

Diversidad en la aplicación del cateterismo vesical intermitente

Diversidad en la aplicación del cateterismo vesical intermitente

Asepeyo, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151

Autor

Mario Aquino Olivera, Díaz Malaver A., García Alonso B., Llorente Pérez M., Utrera Oviedo M., Zamora García I.

Maquetación

Dirección de Comunicación

www.asepeyo.es

Índice

1. Introducción.....	4
2. La técnica	4
3. Conclusión	7
4. Bibliografía.....	8

1. Introducción

Al observar las diversas formas de aplicación de esta técnica en las distintas unidades de hospitalización de lesionados medulares, surge la inquietud de revisar las obras actuales sobre el tema, que justifique la variabilidad.

Las diferencias se manifiestan en: técnica utilizada, tipo de sonda, lubricante, posición, frecuencia, educación, quien lo hace y cuando.

Objetivo

Realizar una revisión de la literatura sobre el cateterismo vesical intermitente.

Metodología

Se realizó una búsqueda de artículos de trabajos originales y de revisión sistemática en las siguientes bases de datos: Cuiden, BDIE, Medline, Cochrane, Tripdatabase y BMJ.

Esriptores utilizados

Catheterization; neurogenic bladder; urine; nursing; spinal cord injury para bases de datos en inglés. Enfermera, vejiga neurogénica, lesionado medular, sondaje vesical intermitente, sondaje vesical y paraplejia en bases de datos en español.

2. La técnica

Esta técnica lleva realizándose desde el año 1949. El primer artículo, de Guttman y Frankel, se publicó en la revista Paraplegia ¹ en 1996. Todo el que no esté relacionado con el cuidado de la vejiga neurogénica puede preguntarse para qué sirve esta técnica y cuál es su aplicación.

Podemos decir y citamos textualmente a ² Esclarín A. y De Pinto A. que “es una técnica que se basa en vaciar la vejiga periódicamente con sondajes vesicales, además de controlar la ingesta de líquidos para evitar que ésta se dilate, entre sondaje y sondaje, por un exceso de orina”.

En 1972 se encuentra en la ³ revista J.Urol una publicación fundamental que ha revolucionado el manejo de la vejiga neurogénica que es la propuesta del llamado cateterismo vesical intermitente

limpio (SIL). Lapidés es responsable de esta publicación que todavía hoy es la más citada como referencia bibliográfica al tema que tratamos. En este artículo, Lapidés propone que se utilice la técnica del SIL en vez de una técnica estéril. Propone que el paciente realice el autocateterismo, previa higiene de las manos y la zona genital, con la mano limpia y sin guantes ni paños estériles.

Su éxito fue tal que todavía sigue vigente. Estudios posteriores realizados por ^{4,5,6} Maynard FM, Diokno AC y Sutton G. confirman la vigencia de ambas técnicas (estéril y limpia) para la prevención de las complicaciones de la vejiga neurogénica (incontinencia, distensión vesical, infecciones urinarias, etc.).

Si bien se considera que la técnica más utilizada es el SIL, se recomienda que en el ámbito hospitalario se utilice el cateterismo intermitente aséptico (CIA). Guttman recomendaba la técnica “*sterile non touches*”. Era representado por un famoso dibujo donde se ve al médico en quirófano con bata verde, paño estéril, cogiendo la sonda vesical con pinza Kocher estéril.

Actualmente, en muchas unidades se realiza C.I.A., sin llevar al paciente al quirófano y sin la famosa Kocher estéril. En algunos centros tienen un equipo de enfermería que se dedica exclusivamente a realizar los cateterismos intermitentes.

2.1. Cateter vesical

La sonda vesical con que se practica el cateterismo vesical intermitente puede ser de diferentes formas y de distinto material. En Perú utilizan la forma Nelaton de látex, en Cuba la forma Nelaton de PVC (plástico), en EEUU y Gran Bretaña las de PVC y las sondas de baja fricción. En Europa son de uso habitual las sondas de baja fricción. Estas últimas están recubiertas con un material que se activa con agua, dejando la sonda totalmente lubricada.

Llamativamente Wyndaele ⁷ en un estudio de revisión comenta la escasez de trabajos sobre formas y materiales, comparativos, randomizados y aleatorizados. Lundgren J. ⁸ y Waller L. ⁹ realizan estudios comparativos con sondas hidrofílicas, puntualizando sobre la importancia de la osmolaridad. Poco aporte para un tema importante como es la toma de decisión sobre el material a utilizar. El anteriormente mencionado Wyndaele ¹⁰ también publica un estudio comparativo entre las sondas convencionales (PVC) y las sondas hidrofílicas, encontrando que los pacientes manifiestan mayor satisfacción utilizando estas últimas.

Bakke ¹¹ propone realizar un estudio prospectivo para comparar las sondas desechables y reutilizables con las de baja fricción en los pacientes tratados con SIL. Encontrando en su estudio sobre ¹¹ factores físicos predictivos de la infección en los pacientes tratados con SIL una posible mayor incidencia de complicaciones en pacientes que utilizan sondas de PVC desechables y reutilizables comparando con los que utilizan sondas de baja fricción de un solo uso. Justifica la realización del estudio por el posible impacto económico que tuviera la elección de la sonda.

Wyndaele publicará próximamente un estudio con referencia a este tema (comunicación personal).

El calibre de la sonda está determinado por la experiencia de la práctica diaria. Mayoritariamente se usan del calibre Ch14 para el hombre y Ch16 para la mujer. No hemos encontrado estudios comparativos, aleatorizados y randomizados sobre el calibre ideal del catéter.

2.2. Lubricante

Otra tema interesante en cuanto a la técnica es el lubricante. En el Hospital Asepeyo Coslada se utiliza el tradicional lubricante urológico, en forma de cánula, para facilitar la introducción del gel en el meato urinario. Se recuerda con especial nostalgia por su utilidad cuando teníamos un paciente complicado para sondar la Xilocaina gel en acordeón (hoy en falta en el mercado).

Una de las preguntas que han quedado sin respuesta es el lugar donde se colocaba el lubricante: en el meato urinario (afuera o adentro), en el catéter o en ambos sitios. Sin embargo, debido a la actual utilización masiva de la sonda de baja fricción en Europa, esas preguntas no tienen sentido. No debemos olvidar que hay experiencias documentadas de utilización como lubricante el agua ¹² y el aceite ¹³, al parecer con buen resultado. El nivel de evidencia científica no lo podemos evaluar al no conseguir los originales de estos estudios.

2.3. Posición

La posición habitual para realizar el CIA es colocar al paciente en decúbito supino, tarea que conlleva una carga importante de trabajo para el personal sanitario (acostar y levantar). Ni qué decir del paciente que se hace autocateterismo, no siempre encontrará un sitio para acostarse o ponerse en decúbito supino. ¹⁴ Bruijnen CLAH recomienda que puede hacerse acostado, sentado o de pie, sin que existan diferencias positivas o negativas.

2.4. Aspectos a tener en cuenta

La tesis doctoral de Wyndaele ¹⁵ es la referencia básica para saber cómo realizar la técnica. En ella, afirma que es fundamental realizar una buena higiene, una buena lubricación y una inserción del catéter suave y no traumática. Esto último se recomienda muy insistentemente.

Se debe de lograr un vaciado de la vejiga casi total, mediante maniobra de valsalva o prensa abdominal si el paciente lo permitiera. Es ideal no dejar un residuo no mayor de 6 ml. Doblar la sonda vesical al retirarla para que no refluya la orina es un detalle que ayuda a este objetivo. Hay un trabajo publicado ¹⁶ que mide el residuo mediante ultrasonido posterior al cateterismo realizado, encontrando un porcentaje elevado de residuo (de 50 a 100 ml). Este elevado residuo podría indicar que debemos mejorar nuestra técnica.

2.5. Frecuencia

Bakke ¹¹ en el *British Journal of Urology* (1997) dice que la frecuencia del sondaje está vinculada al volumen medio de cada sondaje. Debe de mantenerse por debajo de los 400 ml en los adultos. Manteniendo este volumen medio, el paciente tendrá menos infecciones urinarias. La frecuencia debe ser mayor de 4 veces al día. Comenta la importancia de la frecuencia del lavado mediante cateterismo intermitente de las paredes de la vejiga para disminuir las infecciones urinarias.

Prometedor resulta el ¹⁷ estudio publicado con un alto nivel de evidencia científica sobre la utilización por enfermeras del ultrasonido portátil para medir el volumen de orina en vejiga previo CIA. Se ha realizado una menor cantidad de CIA y por consiguiente mayor satisfacción del paciente.

2.6. Quién lo hace y cuándo

La secuencia o rutina que se realiza en el manejo de la vejiga neurogénica en los pacientes con lesión medular (extrapolable a otras patologías) es la siguiente: en cuanto sea posible, se retira la sonda vesical permanente y el personal de enfermería comienza con CIA. Si el entorno familiar es favorable se comienza la enseñanza del familiar para que éste asuma la técnica.

Una vez que el paciente pueda sentarse, y el corsé lo permita, se comienza con el autocateterismo o SIL. ¿Cuándo? Lo ideal es que el familiar y el paciente asuman cuanto antes la técnica. La disminución de las infecciones urinarias es tangible. En el ¹⁸ el “Manual de Enfermería y lesionado medular” se describen las actividades de control de calidad en la Unidad del lesionado medular del Hospital Asepeyo Coslada. Monitorizan trimestralmente el indicador: infecciones urinarias/sondaje vesical intermitente. Los resultados aún no publicados avalan la literatura sobre el tema.

Sobre este punto, la variabilidad está justificada porque las unidades no siempre tienen la infraestructura para que el familiar quede hospitalizado junto al lesionado y puedan enseñarle la técnica.

2.7. Educación

Cuando se educa al paciente para la salud se tienen en cuenta tres variables: la parte cognitiva, actitud y habilidades. El paciente debe conocer la anatomía de su vejiga (cognitiva), debe de comprender y asimilar la importancia que tiene que realice el SIL de forma correcta para obtener una mayor calidad de vida (actitud) y aprenderá la técnica de SIL de forma satisfactoria (habilidad).

Estudios hablan de hasta un ¹⁹ 52% de abandono del tratamiento. Puede ser que enseñemos bien la parte cognitiva y de habilidades, pero en la actitud suspendemos aparentemente. Cabe destacar que la educación para la salud del paciente hospitalizado todavía no es una práctica estructurada y difundida en los diversos hospitales.

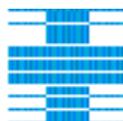
3. Conclusión

La revisión de las obras sobre esta técnica justifica su plena vigencia. A pesar de no poder conseguir el texto completo de algunas publicaciones, se puede afirmar que aún sigue siendo el método ideal para tratar vejigas neurogénicas.

No podemos dejar de recordar que todavía hay muchos puntos oscuros que merecen estudios de investigación aleatorios, randomizados y controlados. La variabilidad de aplicación de la técnica en diversos países está justificada por las referencias encontradas actualmente.

Bibliografía

1. Guttmann L, Frankel H. "The value of intermittent catheterization in the early management of traumatic paraplejía and tetraplegia". Paraplejía, 1966; 4: 63-68.
2. Esclarin A, De Pinto A. "Manual: La lesión medular, vejiga e intestino". Editado por Coloplast Productos Médicos SA, 2001. Madrid.
3. Lapides J, Diokno A, Silber S, Lowe B. "Clean intermittent self catheterization in the treatment of urinary tract disease". J Urol, 1972; 107: 458-461.
4. Maynard FM, Diokno A. "Clean intermittent catheterization for spinal cord injured patients". J.Urol, 1982; 128: 477-480.
5. Diokno AC, Sonda LP, Hollander JB, Lapides J. "Fate of patients started on clean intermittent self-catheterization 10 years ago". J Urol, 1983; 129: 1120-1122.
6. Sutton G, Shah S, Hill V. "Clean intermittent self-catheterization for quadriplegic patients-a five year follow up". Paraplejía, 1991; 29: 542-549.
7. Windaele JJ. "Intermittent catheterization: which is the optimal technique?". Spinal Cord, 2002. Vol 40; 9: 432-437
8. Lundgren J et al. "The importance of osmolality for intermittent catheterization of the urethra". Spinal Cord, 2000; 38:45-50.
9. Valler L, Telander M, Sullivan L. "The importance of osmolality in hydrophilic urethral catheters a crossover study". Spinal Cord, 1998; 36: 368_369.
10. Wyndaele JJ et al. "Evaluation of the use of Uroath- gel catheters for intermittent self-catheterization by male patients using conventional catheters for a long time". Spinal Cord, 2000;38: 97-99.
11. Bakke A, Malt UF. "Psychological predictor of symptoms of urinary tract infection and bacteriuria in patients treated with clean intermitente catheterization: a prospective 7 years study". Eur. Urol, 1998; 34: 30-36.
12. Kovindha. 1998; personal communication. En "Windaele JJ. Intermittent catheterization: which is the optimal technique?". Spinal Cord, 2002. Vol 40; 9: 432-437
13. Orikasa S et al. "Experience with non-sterile intermittent self-catheterization". J. Urol, 1976; 115: 141-142. En "Windaele JJ. Intermittent catheterization: which is the optimal technique?". Spinal Cord, 2002. Vol 40; 9: 432-437.
14. Bruijnen CLAH, Boer PW. "Intermittent self-catheterization: a new instrument". Br J. Urol, 1981; 53: 198.
15. Wyndaele JJ. "Early urological treatment of patients with an acute spinal cord injury". Thesis Doctor in Biomedical Science State University Ghent, 1983.
16. Jensen AE, Hjeltnes N, Berstad J, Stanghelle JK. "Residual urine following intermittent catheterization in patients with spinal cord injuries". Paraplejía, 1995; 33: 693-696.
17. De Ridder D, Van Poppel H, Baert L, Binard J. "From time dependent intermittent self catheterization to volume dependent self catheterization in multiple sclerosis using the PCI 5000 Bladder manager". Spinal Cord, 1997; 35: 613-616.
18. Unidad del Lesionado Medular. Hospital Asepeyo Coslada. Madrid. "Manual: Enfermería y lesionado medular". Editado por la Mutua de Accidentes de Trabajo Asepeyo, 2001.
19. Yavuzer G et Al. "Compliance with bladder management in spinal cord injury patients". Spinal Cord, 2000; 38: 762-765.



ASEPEYO

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
ENTRENADORES DE
MÚLTIPLE ESPECIALIDAD

Urgencias 24 h
800 151 000

Carretera 4, Alcobendas
a 15.000
902 151 002

www.asepeyo.es