

ABÁSOLO OTEGUI, I.; LEKUONA ZUBELDIA, A.; MENA SAGASTI, M.; REZOLA ALDAZ, B.
DUE Servicio de Urología, OSI Donostialdea

Revisión del protocolo del sondaje vesical. ¿Y ahora qué?

RESUMEN

Siguiendo las nuevas líneas de acción en materia de seguridad propuestas por Osakidetza en relación con la disminución de infecciones del tracto urinario asociadas a catéteres, y continuando con el interés creciente por una práctica clínica basada en la evidencia, se ha llevado a cabo una actualización del protocolo del sondaje vesical. Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica se han determinado puntos clave en el procedimiento del sondaje vesical y se están estudiando estrategias para difundir este protocolo.

En la práctica se verán reflejadas en acciones dirigidas a evitar sondajes innecesarios, retirada precoz de las sondas, técnicas asépticas en la inserción, correcto mantenimiento, seguimiento de ITU relacionadas con el sondaje. Todo esto es un proceso sin concluir que nos va a llevar a adaptarnos a unas recomendaciones e intervenciones enfermeras basadas en la mejor evidencia.

Palabras clave: catéteres urinarios, práctica clínica basada en la evidencia, protocolo de enfermería, infecciones urinarias.

Keywords: *Urinary catheters, clinical evidence-based practice, nursing protocol, urinary infections.*

INTRODUCCIÓN

Osakidetza ha sido reconocida por la calidad y seguridad de sus prestaciones, pero el aumento de la actividad que se viene dando año tras año y la complejidad de procedimientos que se realizan, exigen alcanzar el máximo nivel de seguridad para los pacientes. Por todo ello se presentó el Plan Estratégico de Seguridad, en el que quedó reflejado el papel importante que ocupa la seguridad del paciente.

El Plan Estratégico de Seguridad de Osakidetza (2013-2016) recoge diferentes líneas de acción y diferentes proyectos que se quieren impulsar en los próximos años.

Entre las nuevas líneas de acción que han sido incluidas se encuentra la reducción de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario. Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen hasta el año 2011 la infección nosocomial más prevalente. El 80% de las mismas están asociadas al uso de catéteres urinarios. Todo esto conlleva un aumento de los costes de la atención sanitaria (debido al alargamiento de la estancia hospitalaria y a los tratamientos necesarios para resolverlas) y muchas veces se convierten en un factor que empeora la evolución del paciente y su

estado de salud, elevando el riesgo de padecer otras complicaciones (pielonefritis, infecciones por microorganismos multirresistentes, caídas o en ancianos deterioro cognitivo) e incluso elevando la mortalidad. Por todo ello, las ITU asociadas al uso de catéteres urinarios constituyen un foco de atención de los organismos preocupados en la seguridad del paciente y recomiendan la puesta en marcha de medidas destinadas a reducirlas.

Asimismo el interés creciente por una práctica clínica basada en la evidencia nos ha llevado como primer paso de actuación a la revisión y actualización de los protocolos del hospital.

OBJETIVOS

1. Revisar y actualizar el protocolo del sondaje vesical, uso, inserción, mantenimiento y retirada, el cual ha sido publicado en la revista de la Asociación de Enfermería Urológica (nº 128).
2. Utilizar fuentes fiables y basadas en la evidencia en que sustentar el nuevo protocolo. Este se basa en las guías de práctica clínica de la CDC (2009) y de la EAUN European Association of Urology Nurses (2012-2013).

3. Determinar las claves del procedimiento del sondaje vesical que tengan mayor incidencia en la seguridad del paciente.

3.1. En la revisión del protocolo se ha incidido sobre todo en la técnica de inserción del catéter urinario, se han tratado puntos que hasta ahora nos creaban dudas a la enfermería, como es la diferenciación de la técnica de inserción del catéter según la definición de EAUN en su última guía de cateterización intermitente en adultos (2013)

3.1.1. *Técnica estéril:* la técnica estéril completa sólo se utiliza en los quirófanos y en situaciones de diagnóstico. La técnica estéril implica que todo el material sea estéril y la colocación de la sonda se realice con bata estéril, guantes, etc.; es decir, las condiciones completas de quirófano.

3.1.2. *Técnica aséptica:* cuando se menciona el concepto "técnica aséptica", se hace referencia a la utilización de:

- Catéter estéril.

- Limpieza y desinfección de genitales.
- Guantes estériles.
- Adicionalmente se pueden utilizar pinzas.
- Lubricante estéril (si el catéter no está prelubricado).

3.1.3. Técnica limpia: esta técnica solo es usada por los pacientes o cuidadores en el entorno del hogar. En algunos países la técnica limpia solo se utiliza si una técnica aséptica no es posible, por ejemplo, debido a la disfunción cognitiva o discapacidad funcional. Hace referencia a la utilización de:

- Catéter estéril o reutilizable.
- Lavado de genitales con agua o agua y jabón.
- Lavado de manos con agua y jabón.
- No uso de guantes.
- Lubricante estéril o no lubricante.

3.2. Uso de lubricante estéril introduciéndolo en la uretra masculina (si la sonda no está prelubricada). Esperar 3-5 minutos antes de proceder al sondaje hasta que el anestésico sea efectivo.

3.3. Se recomienda el vaciado completo de la vejiga en lugar de limitar el volumen de drenaje inicial. Hematuria, hipotensión transitoria y diuresis posobstrucciona son comunes, pero con mínima importancia clínica. Anteriormente la recomendación consistía en limitar el primer vaciado a un volumen de 500-1.000 ml para reducir dichas complicaciones. Hoy en día es reconocido que el vaciado parcial y clampado no es necesario, ya que puede incrementar el riesgo de infecciones urinarias.

4. Identificar las estrategias de traslación de la evidencia a la práctica clínica. En la actualidad hay grupos de enfermeras que están trabajando en el desarrollo de guías, protocolos y en la forma de implantarlos en la prácti-



ca diaria, entre estos grupos se encuentra la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), que se han centrado en trasladar la mejor evidencia a la práctica clínica.

Las guías de RNAO incluyen recomendaciones prácticas adaptadas específicamente a intervenciones de enfermería, así como recomendaciones de tipo educativo.

servicio de urgencias del Hospital Donostia.

- Búsqueda bibliográfica. Meticulosa búsqueda priorizando las bases de datos secundarias de acuerdo con la propuesta de Haynes.
- Revisión y actualización del material utilizado en el sondaje vesical. Se han seleccionado las sondas según su composición, calibre y diseño, así como los distintos tipos de bolsas y lubricante que utilizamos en el hospital.

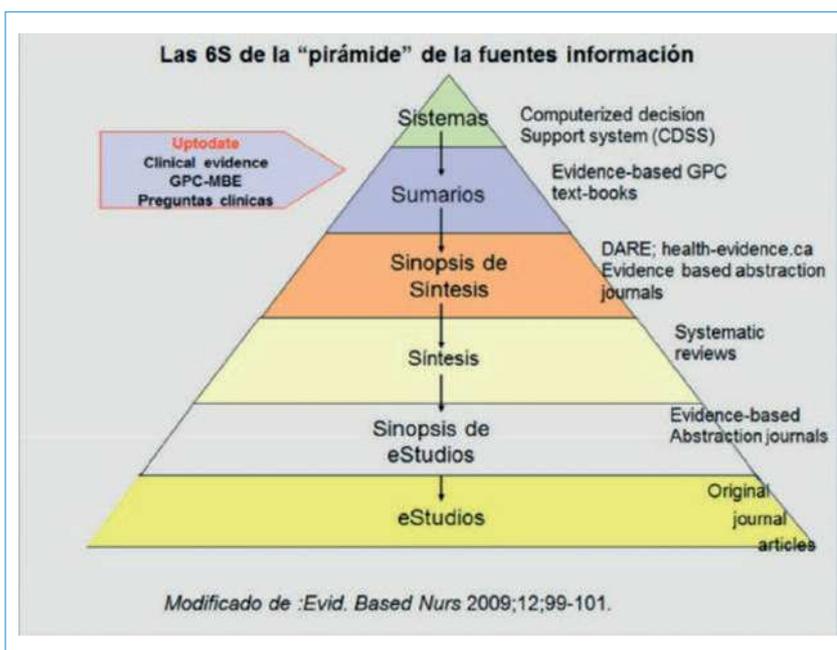
MATERIAL Y MÉTODO

- Reuniones durante el periodo 2013-2014 del equipo de trabajo que ha elaborado este protocolo. Dicho equipo lo integran profesionales de enfermería de los servicios de Urgencias, Urología, Medicina Interna, Medicina Preventiva y Dirección de Enfermería. El documento base de trabajo fue el protocolo del sondaje vesical que se estaba utilizando en el

RESULTADO

Actualización de un protocolo con las mejores evidencias disponibles en el que se revisan los puntos más importantes en relación con el sondaje vesical:

1. Uso.
2. Inserción.
3. Mantenimiento.
4. Retirada.





En la actualidad está en fase de difusión: ha sido presentado en una jornada informativa del Comité de Infecciones del Hospital Donostia, podemos disponer de él a través de la herra-

mienta informática Osabide Global, se ha enviado notificación a todas las supervisoras por medio de email informando del mismo y se ha publicado en el último número de ENFURO (nº 128).

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Las acciones dirigidas a reducir las ITU asociadas al sondaje urinario que se demuestran más efectivas y eficientes según la evidencia científica actual se pueden clasificar en cinco grupos:

1. Acciones dirigidas a evitar sondajes urinarios innecesarios, se estima que entre el 30 y el 40% de los sondajes que se realizan no están claramente indicados.
 - 1.1. Realizar sondajes únicamente en los casos apropiados: manejo de la retención aguda de orina, obstrucción del tracto urinario, diuresis en pacientes críticos, cirugía urológica o de importante administración de líquidos, pacientes paliativos.
 - 1.2. Evitar el sondaje para el manejo de la incontinencia (uso de pañales y colectores).
 - 1.3. Utilizar ecógrafo para valorar el volumen de orina retenida.
2. Acciones encaminadas a la retirada precoz de los sondajes urinarios, puesto que la duración en tiempo del sondaje es el principal factor de riesgo modificable para desarrollar una ITU asociada a catéter.
 - 2.1. Se recomienda la retirada de sonda vesical lo antes posible para minimizar el riesgo de ITU. El riesgo de infección aumenta entre 5-8% cada día que permanece la sonda.
 - 2.2. La retirada de sonda se aconseja a media noche, ya que se asocia a un mayor volumen de orina en la primera micción y recuperación más temprana de las pautas urinarias.
 - 2.3. No está demostrado que el pinzamiento previo a la retirada de la sonda reduzca la necesidad de volver a sondar.
 - 2.4. En sondas de silicona se recomienda desinflar el balón sin aspirar.
 - 2.5. Revisión diaria de los catéteres para identificar y retirar aquellos que no sean necesarios.
 - 2.6. Creación de protocolos liderados por enfermería para retirada de catéteres innecesarios.
3. Acciones dirigidas a la implementación de una técnica aséptica en la inserción de la sonda con el fin de evitar la colonización del tracto urinario por microorganismos endógenos (presentes en el periné) y exógenos (transmitidos por las manos contaminadas del personal o material no estéril). En el protocolo del sondaje vesical quedan ampliamente explicadas las técnicas de inserción en hombres y en mujeres.
4. Acciones dirigidas a la implementación de buenas prácticas en el cuidado de los sondajes urinarios, destinadas a evitar el ascenso intraluminal o extraluminal de microorganismos hasta alcanzar el tracto urinario. Recomendaciones en la sujeción, higiene, cambios de bolsa, cambio

de sonda, recomendaciones dietéticas y recomendaciones de actividad física.

- 4.1. Extremar la higiene de manos antes y después de cualquier manipulación de la sonda y bolsa.
- 4.2. Evitar manipulaciones innecesarias de la sonda y de la bolsa.
- 4.3. Mantener un flujo continuo de salida de orina evitando colocar tapones y teniendo siempre la sonda conectada a una bolsa.
5. Seguimiento de las ITU asociadas al sondaje urinario y evaluación periódica de las medidas implantadas a fin de favorecer, mantener y mejorar las acciones.

CONCLUSIONES

Nos encontramos en un proceso sin concluir. La implementación de prácticas seguras y de calidad es uno de los retos de la atención de la enfermería urológica en la actualidad. El Hospital Donostia está trabajando en la implantación de buenas prácticas en cuidados, fomentando, facilitando y apoyando la implantación, evaluación y seguimiento en cualquier entorno de la práctica enfermera de las buenas prácticas en cuidados basadas en la guías de RNAO.

Identificamos que la revisión y puesta al día de los protocolos asistenciales referidos a sondaje vesical, basados en la mejor evidencia disponible, junto con el diseño de estrategias de traslación a la práctica clínica son herramientas fundamentales. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente. Estrategia de Seguridad del Paciente en Osakidetza, Vitoria. Septiembre 2013. 89-92. Disponible en <http://www.osakidetza.euskadi.net>.
2. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Manual de normas para el control de la infección nosocomial. 1994.
3. Geng V, Cobussen-Boekhorst H, Farrell J, Gea-Sánchez M et al. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation: Indwelling catheters in adults. Editada por EAUN European Association of Urology Nurses. February 2012. Disponible en <http://www.uroweb.org/nurses/nursing-guidelines>.
4. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España. EPINE 1990-2011.
5. European Association of Urology. Guía clínica sobre las infecciones urológicas. 2010.
6. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HIC-PAC). Guideline for Associated Urinary Tract Infections. Cambridge; 2011.
7. Society of Urologic Nurses and Associates (SUNA). Clinical Practice Guidelines: Prevention & Control of Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI). Pitman NJ; 2010.
8. UpToDate. Placement and management of urinary bladder catheters. Autores: Anthony J Shaeffer, MD; Jerome P Richie, MD, FACS. Editor adjunto: Kathryn A Collins, MD, PhD, FACS. Tema actualizado: 24 junio 2013. Revisado: octubre 2013.
9. UpToDate. Complications of urinary bladder catheters and preventive strategies. Autores: Anthony J Shaeffer, MD; Jerome P Richie, MD, FACS. Editor adjunto: Kathryn A Collins, MD, PhD, FACS. Tema actualizado: 27 abril 2012. Revisado: octubre 2013.
10. UpToDate. Acute urinary retention. Autores: Glen W Barrisford, MD; Graeme Steele, MBBCh, FCS; Michael PO Leary, MD, MPH; Robert S Hockberger, MD, FACEP. Editor adjunto: David M Rind, MD. Tema actualizado: 21 noviembre 2013. Revisado: enero 2014.
11. UpToDate. Urinary tract infection associated with urethral catheters. Autores: Thomas Fekete, MD; Stephen B Calderwood, MD. Editor adjunto: Allyson Bloom, MD. Tema actualizado: 22 julio 2013. Revisado: octubre 2013.
12. JBI. Management of short-term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. 2010; 14(12): 1-4.
13. Gokula M, Smolen D, Gaspar PM, Hensley SJ, Benninghoff MC, Smith M. Designing a protocol to reduce catheter-associated urinary tract infections among hospitalized patients. American Journal of Infection Control. 2012; 40: 1002-1004.
14. Loeb M, Hunt D, O Halloran K, Carusone SC, Dafoe N, Walter SD. Stop Orders to Reduce Inappropriate Urinary Catheterization in Hospitalized Patients: A Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2008; 23(6): 816-20.
15. Biblioteca Lascasas. Fundación Index. Protocolo de sondaje vesical. 2010; 6(1). Autores: Jiménez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa; Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño, Rosario et al. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0509.php>.
16. Paciente portador de sonda vesical. Hoja de recomendaciones. Editado por Osakidetza.
17. Vahr S, Cobussen-Boekhorst H, Eikenboom J, Geng V et al. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation: Urethral intermittent in adults. Editada por EAUN, European Association of Urology Nurses, March 2013. Disponible en <http://www.uroweb.org/nurses/nursing-guidelines>.
18. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, et al. HICPAC. Guideline for prevention of catheter associated urinary tract infections 2009. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2009.
19. Boettcher S, Brant AS, Roth S, et al. Urinary Retention: Benefit of gradual bladder decompression - myth or truth? A randomized control trial. Urol Int 2013; 91:140.
20. Registered Nurses Association of Ontario. Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto 2012. Disponible en: <http://www.evidenciaencuidados.es>