

Best Practice

Evidence-based information sheets for health professionals

Estrategias para promover el auto-sondaje intermitente en adultos con vejiga neurógena

Recomendaciones

- Debe realizarse una valoración completa en todos los pacientes que potencialmente podrían llevar a cabo el auto-sondaje intermitente limpio (ASIL) de forma independiente. **(Grado B)**.
- Debe proporcionarse un programa educativo integral, estandarizado y por etapas para todos los pacientes en los que se haya evaluado que tienen la capacidad cognitiva y física para llevar a cabo el ASIL y que deseen hacerlo. Este programa debe constar de tres fases: facilitación de información básica, entrenamiento en habilidades de auto-sondaje, y seguimiento y apoyo hasta alcanzar confianza y destreza. **(Grado B)**.
- Las personas que pueden beneficiarse de un dispositivo diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades individuales respecto al auto-sondaje (problemas con la función motora de la mano, por ejemplo) deben ser identificadas y su necesidad abordada por uno o más miembros del equipo de especialistas (por ejemplo, especialistas en enfermería clínica, terapeutas ocupacionales). **(Grado B)**.
- Debería desarrollarse un programa de formación para todo el personal involucrado en cualquier aspecto de la formación en el ASIL y debería evaluarse de forma regular su competencia para formar en el ASIL. **(Grado B)**.

Fuente de Información

Este Best Practice Information Sheet se basa en una revisión sistemática integral publicada en 2011 en la JBI Library of Systematic Reviews. El texto completo del informe de la revisión sistemática² está disponible en el Instituto Joanna Briggs (www.joannabriggs.org).

Antecedentes

El objetivo de los médicos que trabajan con personas que controlan su vejiga neurogénica mediante el auto-sondaje es promover el cumplimiento a largo plazo y la continuidad de este método para facilitar la independencia y reducir las complicaciones de las vías urinarias. Antes de la introducción de esta técnica en la década de los 70 la tasa de mortalidad de los pacientes con lesión medular era aproximadamente del 80% como consecuencia de las complicaciones urológicas. En el año 2006 se había reducido al 3,6%.²

Varias revisiones sistemáticas han abordado el reto de reducir las complicaciones del sondaje mediante la identificación de la mejor evidencia disponible referente a la técnica y al equipamiento.^{3,4}

Estas han sido complementadas por la reciente revisión sistemática completa que resume la evidencia relacionada con cuestiones tales como las ventajas y desventajas del auto-sondaje, los criterios de idoneidad del auto-sondaje independiente y las estrategias más eficaces para facilitar el cumplimiento y la continuidad a largo plazo.²

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los Grados de efectividad¹ del JBI 2006

Grado A Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C Recomendación no demostrada

Definiciones

A efectos de este *infomation sheet* se han utilizado las siguientes definiciones:

Auto-sondaje intermitente limpio (ASIL) es la inserción temporal de una sonda para eliminar la orina del cuerpo usando un procedimiento limpio en comparación con un procedimiento estéril.

Neurogenic bladder disfunción de la vejiga urinaria causada por una interferencia en el sistema nervioso central o en los nervios periféricos que controlan la micción, o por una enfermedad o trastorno que afecta al sistema nervioso.

Objetivos

El objetivo de este Best Practice Information Sheet es proporcionar la mejor evidencia disponible sobre las estrategias para promover el auto-sondaje uretral intermitente en adultos con vejiga neurógena.

Foco de interés

Tres aspectos se incluyeron en la revisión:

- Factores que identifican la idoneidad del auto-sondaje independiente
- Educación y preparación para el auto-sondaje
- Intervenciones que promuevan el cumplimiento y la continuidad del auto-sondaje.

Calidad de la investigación

Catorce estudios cuantitativos y cuatro cualitativos reunieron el nivel de calidad necesario para su inclusión en la revisión sistemática completa. Los estudios abarcaban una amplia gama de diseños de investigación. De los cuatro estudios interpretativos cualitativos, tres reunieron los diez criterios de calidad, el estudio restante cumplía ocho de estos criterios. Los tres estudios de casos y controles reunieron siete de los ocho criterios de calidad pertinentes, mientras que los tres estudios de caso cuantitativos reunieron por lo menos diez de los doce criterios desarrollados para esta categoría de diseño de estudio. Del mismo modo, los ocho estudios descriptivos cuantitativos obtuvieron una buena puntuación respecto a los criterios aplicables a su diseño.

Resultados

La revisión sistemática identificó cuatro estrategias que promovieron el ASIL: la evaluación integral del paciente; un programa de educación estandarizado por etapas; cuando proceda, el uso de dispositivos para ayudar al paciente; y la capacitación del personal en el programa de educación con la evaluación periódica de su competencia para impartirlo.

Valoración del paciente

En relación a las lesiones de la médula espinal, un factor clave es el nivel motor funcional después de la lesión. Un estudio cuantitativo realizado a 31 pacientes tetraplégicos que utilizaban el ASIL encontró que algunos individuos con un nivel funcional C6, con el entrenamiento adecuado y el equipo de adaptación, fueron capaces de realizar el ASIL con independencia modificada. Sin embargo, aquellos con problemas funcionales C7/C8 tuvieron una mayor capacidad para llevar a cabo el ASIL. Se identificó también una diferencia sustancial en la capacidad entre hombres y mujeres para realizar con independencia modificada el ASIL, teniendo en cuenta las diferencias físicas. La valoración de las mujeres respecto a la capacidad para llevar a cabo el ASIL debe incluir las habilidades para vestirse/desvestirse en una silla de ruedas, el equilibrio y fuerza para adquirir la postura adecuada, la manipulación de aparatos (equipo para separar los labios, el espejo y la sonda) y exponer el meato uretral.

En base a los datos recogidos en un estudio cuantitativo retrospectivo de 36 pacientes con lesión medular (C6/C7) con la función de la mano limitada, se identificaron nueve variables estadísticamente significativas, algunas con una influencia positiva, otras negativa que pueden, de forma acumulativa, predecir el éxito del ASIL. Estas incluyen:

- Nivel de espasticidad al alta
- Intervalo entre la lesión y el ASIL
- Complicaciones – número de hospitalizaciones por infección de orina
- Fecha de la última cita con el médico de atención primaria
- Ocupación (categoría profesional, por ejemplo, trabajo a jornada completa, desempleado, etc.)
- Planes de vida actuales – vive con su pareja, con pareja y familia o con padres.

El nivel de la espasticidad al alta fue el segundo mayor contribuyente a que las personas continúen con el ASIL y el modelo predice que las personas con niveles bajos o sin espasticidad son más propensas a continuar con el ASIL.

El intervalo entre la lesión y el inicio del ASIL también se asoció de forma negativa con el mantenimiento del ASIL. Cuanto más largo es el intervalo de tiempo (en meses) entre la lesión y el aprendizaje del auto-sondaje, mayor es la influencia negativa del mantenimiento del auto-sondaje, con el imperativo de emprender el proceso educativo como una prioridad. Tres variables del modelo tenían relación con los planes de vida. El análisis de los datos indicaba que vivir con la pareja o con la pareja y familia tuvo una influencia positiva sobre el mantenimiento del ASIL. Sin embargo vivir con sus padres tuvo una influencia negativa en el mantenimiento del auto-sondaje.

Basándose en las observaciones de una mujer parapléjica que había estado usando el ASIL durante 27 años sin complicaciones, un caso de estudio recomendó que lo siguiente debe considerarse al evaluar la idoneidad de las personas para el ASIL: nivel de la lesión, tipo de vejiga neurógena, la función de la extremidad superior, el equilibrio sentado, grado de espasticidad en la extremidad inferior, sensación de llenado de vejiga y factores socio-vocacionales.

En el único estudio descriptivo cuantitativo que examinó la capacidad de las personas con esclerosis múltiple para aprender el ASIL, el factor clave fue la puntuación de discapacidad ($p = 0,039$), no el curso de la enfermedad o el deterioro cognitivo. Aunque las personas con disfunción cognitiva más severa requerían más tiempo para aprender/realizar el ASIL, la duración de la formación en sí no fue significativa.

Uso de dispositivos

La evidencia limitada sugiere que la mayoría de categorías de pacientes pueden ser capaces de realizar un auto-sondaje si se les proporcionan las ayudas adecuadas. En un estudio se enseñó con éxito a nueve hombres tetraplégicos (C5/C7) el auto-sondaje utilizando un dispositivo ligero para entablillar/inmovilizar el pene. En el seguimiento después de un mes, ocho de los nueve seguían utilizando el dispositivo de auto-sondaje. En un estudio japonés que estudiaba a pacientes con lesión de la médula cervical dados de alta, el nivel funcional más alto de aquellos que realizaban auto-sondaje fue C6A/C5B con la ayuda de un dispositivo especial para las manos. Con respecto a los pacientes hemipléjicos, dos estudios de caso -uno de un paciente masculino, el otro femenino- recomendaron el uso de ayudas para superar las restricciones impuestas por tener sólo una mano funcional.

Programas educativos

Los resultados de seis estudios sugieren que un programa de educación eficaz se base en los siguientes principios:

- Las estrategias de diseño y de aprendizaje incorporadas en el programa deben ser capaces de cumplir o dar cabida a una variedad de necesidades, prioridades y contextos, por ejemplo, las diversas causas subyacentes de una vejiga neurógena, el alta temprana de los pacientes en los hospitales de pacientes agudos impulsados por la demanda de camas, pacientes hospitalizados y clínicos.
- Cada fase de este programa debe poderse impartir en una variedad de formas con una lista o matriz para asegurar que se abordan todos los aspectos del programa.
- Aunque existe alguna evidencia cuantitativa que sugiere que el inicio del programa lo más cerca posible de la lesión es un predictor de éxito del ASIL, esto necesita equilibrarse con una valoración del estado clínico del individuo y el progreso que está llevando a cabo para adaptarse a su situación.

Formación del personal

Un estudio de casos y controles identificó que los pacientes que reciben un amplio programa educativo estructurado, estandarizado y centralizado en el hospital requieren significativamente menos sesiones ($p < 0,001$) para ganar confianza en el uso del ASIL. Estos participantes también estuvieron significativamente más satisfechos ($p < 0,05$) con la educación que los que recibieron la formación del personal utilizando únicamente directrices generales (que se tradujeron en una experiencia que variaba dependiendo de qué miembro del personal de la unidad proporcionaba la formación). Con el fin de ofrecer un programa estandarizado, se requiere una formación inicial y permanente del personal en todos los aspectos de ese programa, junto con la evaluación regular de las competencias relacionadas con los conocimientos y habilidades del personal.

Los datos cualitativos de varios estudios también pusieron de relieve la importancia de la enseñanza efectiva, no sólo en términos de técnica y contenido, sino también en términos del proceso educativo. Elementos como una buena comunicación, un acercamiento sin prisas y unas expectativas claras fueron destacados por los participantes del estudio. Un tema común en estos estudios fue la importancia vital de tener una actitud positiva por parte de aquellos que trabajan con los alumnos; las actitudes percibidas como negativas impactaron negativamente en la experiencia y en el cumplimiento del ASIL.

Implicaciones para la práctica

El diseño, el contenido y la organización del programa educativo es un factor importante para promover el cumplimiento y el mantenimiento a largo plazo del ASIL en personas con vejiga neurógena. Hay varios factores a considerar en el desarrollo de un programa educativo eficaz.

Fase 1

Idealmente, el proceso de educación debe:

- comenzar por los antecedentes antes de embarcarse en el aprendizaje de las habilidades necesarias para el ASIL. Sin embargo, independientemente de la secuencia, los antecedentes son esenciales.
- cubrir todos los aspectos relevantes del ASIL necesarios para que el paciente/cliente entienda el "quién, qué, cuándo y por qué" del ASIL, incluyendo las opciones de manejo alternativo de la vejiga y la anatomía.
- utilizar una variedad de modalidades de aprendizaje, ayudas audiovisuales y material escrito para mejorar esta fase de aprendizaje, con un paquete de información creado tanto para los pacientes hospitalizados como para las personas que viven en la comunidad.

Fase 2

Los programas de formación ofrecen el "cómo" del ASIL, enseñando a la gente el auto-sondaje.

- Las estrategias para garantizar que la educación que se imparte en esta fase es estandarizada incluyen la creación y el uso de un plan de lecciones para las sesiones de destreza, y la instrucción de profesionales de la salud que son competentes respecto a la educación del paciente y la técnica de sondaje. Estos instructores necesitan buenas habilidades interpersonales y una actitud positiva para el uso del ASIL. Esta formación debe continuar hasta que se demuestre la competencia en el ASIL, es decir, la duración de la formación dependerá de la persona.
- La formación debe llevarse a cabo en un espacio privado para disminuir la vergüenza (detrás de las cortinas de la cama del hospital en una unidad no se considera un espacio privado).
- El personal también debe trabajar con el individuo para desarrollar y poner a prueba una rutina diaria que haga hueco al tiempo necesario para el auto-sondaje.

Fase 3

El seguimiento y el apoyo conforman la fase final del programa. El principio fundamental de esta fase es que el apoyo y el seguimiento estén disponibles y se proporcionen hasta que la confianza con el ASIL se demuestre y/o cuando surjan dificultades.

- El apoyo para temas relacionados con el ASIL debe prestarlo personal competente siempre disponible y sus datos de contacto se deben proporcionar al paciente/cliente para que se pueda acceder a ellos fácilmente.
- Seguimiento del plan de rutina para valorar el mantenimiento, cumplimiento y confianza, y para abordar cuestiones tales como las dificultades encontradas, los miedos y la rutina de ASIL del individuo.
- Llevar a cabo más educación y/o formación en la técnica del ASIL si fuera necesario.

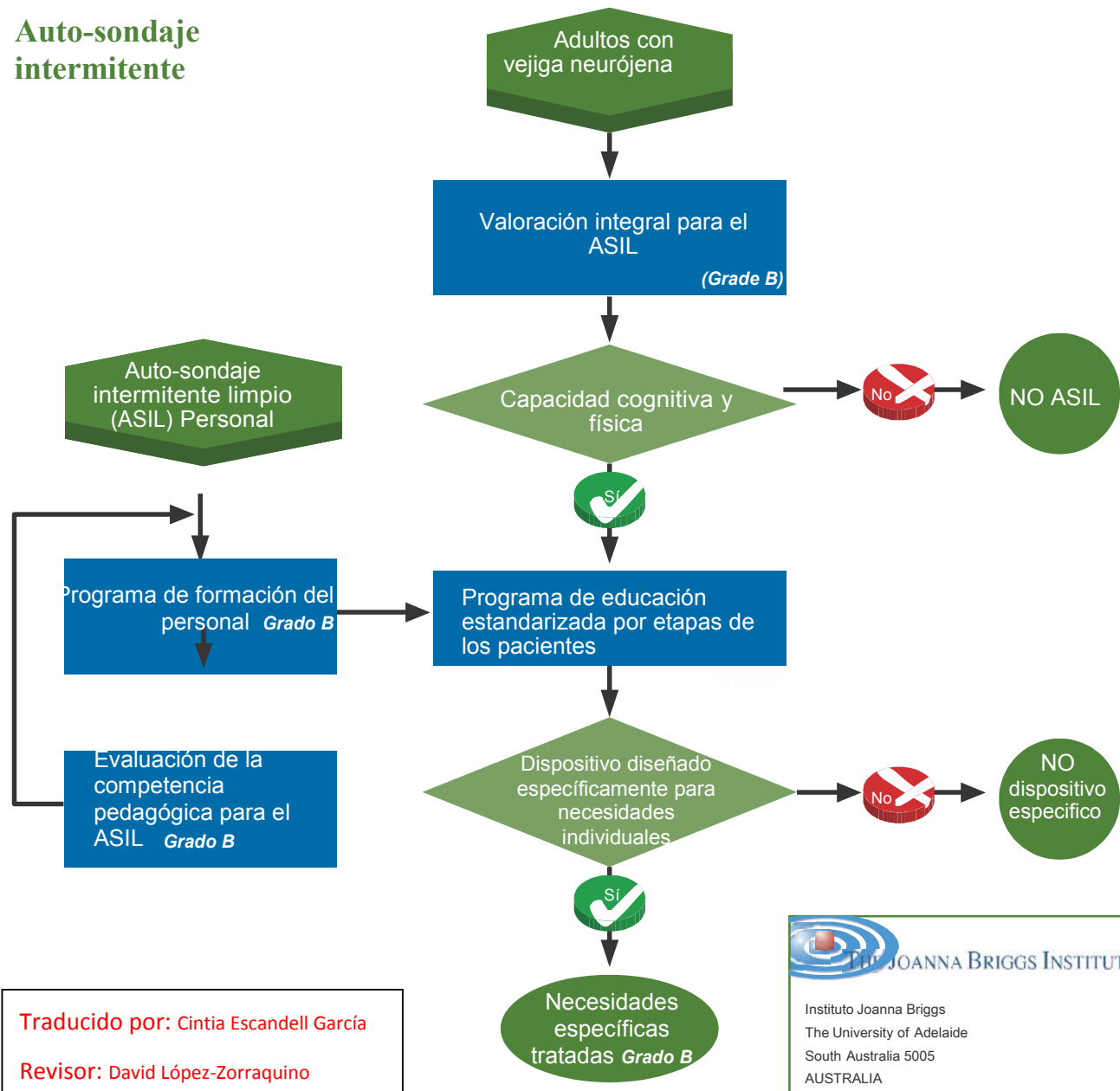
El seguimiento en el apoyo se puede proporcionar a los pacientes hospitalizados, en una clínica ambulatoria o en la comunidad, y se puede realizar en persona, por teleconferencia o por teléfono.

El programa de formación para el personal implicado en la enseñanza y el apoyo a los pacientes que utilizan el ASIL tendrá que cubrir todos los aspectos anteriores. Se sugiere que un programa on-line, probablemente, sería el medio más eficaz para proporcionar esta formación.

Agradecimientos

Este Best Practice Information Sheet ha sido desarrollado por Robin Watts, Jillian Adams, Marie Yearwood, Anne Watts, Carly Hartshorn, Sally Simpson, Karen Allingham, Sandra Denison and Beverley Hardcastle (el Royal Perth Hospital JBI Evidence Synthesis Group & the Western Australian Centre para Evidence Informed Healthcare Practice: centro colaborador del Joanna Briggs Institute).

Auto-sondaje intermitente



Traducido por: Cintia Escandell García
Revisor: David López-Zorraquino

References

1. The Joanna Briggs Institute. Levels of evidence and Grades of Recommendations. <http://www.joannabriggs.edu.au/About%20Us/JBI%20Approach>
2. Adams J, Watts R, Yearwood M, Watts A, Hartshorn C, Simpson S, et al. Strategies to promote intermittent self-catheterisation in adults with neurogenic bladders. The Joanna Briggs Library of Systematic Reviews. 2011; 9(34):1393-1446.
3. Lockwood C, Page T, Conroy-Hiller T, Florence Z. Management of short-term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections. JBI Reports. 2004; 2:271-291.
4. Getliffe K, Fader M, Allen C, Moore K. Current evidence on intermittent catheterization: Sterile single-use catheters or clean reused catheters and the incidence of UTI. J Wound Ostomy Continence Nurse. 2007; 34(3):289-296.
5. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J of Evid Based Healthc* 2005; 3(8):207-215.



JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Instituto Joanna Briggs
 The University of Adelaide
 South Australia 5005
 AUSTRALIA
www.joannabriggs.org

© The Joanna Briggs Institute 2011
 ph: +61 8 8313 4880
 fax: +61 8 8313 4881
 email: jbi@adelaide.edu.au

Published by
Blackwell Publishing



“ Los procedimientos descritos en el *Best Practice* sólo deben ser utilizados por personas que tienen la experiencia adecuada en el ámbito al que se refiere el procedimiento. La aplicabilidad de cualquier información debe ser establecida antes de confiar en él. Si bien se ha tenido cuidado para asegurarse de que esta edición de *Best Practice* resume la investigación disponible y el consenso de expertos, cualquier pérdida, daño, coste, gasto o responsabilidad sufrida o incurrida como resultado de la confianza en estos procedimientos (tanto si se producen en un contrato, negligencia o en cualquier otro caso) están excluidos, en la medida permitida por la ley ”.



Este *Best Practice information sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Las implicaciones para la práctica se realizan con la expectativa de que los profesionales de salud utilicen esta evidencia teniendo en cuentas su contexto, la preferencias de sus clientes y su juicio clínico.⁵