

Cómo citar este documento

Moreno Rodríguez, Ana María; Luzón Espínola, María del Pilar. Efectividad de la retirada a media noche del catéter vesical permanente de corta duración. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0631.php>

EFFECTIVIDAD DE LA RETIRADA A MEDIANOCHE DEL CATÉTER VESICAL PERMANENTE DE CORTA DURACIÓN

AUTORAS:

Ana María Moreno Rodríguez,¹ María del Pilar Luzón Espínola¹
1. Enfermeras. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila (España)

RESUMEN:

El Instituto Joanna Briggs establece Grado A- Efectividad demostrada para su aplicación, en cuanto al momento de la retirada de la sonda vesical permanente de corta duración, que se realice a medianoche.

Aceptamos como hipótesis que retirar la sonda vesical permanente de corta duración entre las 22h y medianoche facilita la micción espontánea y la recuperación del ritmo vesical del enfermo y nos planteamos valorar su eficacia.

Se realizará un ensayo cuasiexperimental, casos - controles, aleatorizado, transversal y prospectivo. Se obtendrá una muestra de 160 pacientes adultos con sonda vesical permanente ingresados en unidades de hospitalización en el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila.

Se sugiere actualizar el protocolo de sondaje vesical y unificar la práctica asistencial de retirada de catéter vesical.

Palabras Clave: Cateterismo uretral. Sondaje vesical. Retirada de cateterismo. Horario de retirada.

1. Antecedentes y Estado actual del tema

Aproximadamente el 15% al 25% de los pacientes hospitalizados tienen sondas uretrales permanentes, principalmente para ayudar a monitorizar con precisión la producción de orina durante la enfermedad aguda o después de la cirugía, para tratar la retención urinaria, y para fines de investigación.

A pesar de ser útil la inserción de una sonda vesical permanente conlleva complicaciones, entre éstas, la bacteriuria asociada al catéter es común y que aumenta de 5 al 8% cada día durante el periodo de cateterización.^{1,2}

Aunque la técnica para su inserción está más o menos estandarizada y ampliamente descrito en la literatura técnica existe una variabilidad clínica en el horario óptimo para la retirada del catéter.

Cuando hablamos de la retirada del catéter vesical, la mayoría de las referencias no contemplan aspectos importantes que pueden determinar una duración innecesariamente prolongada del cateterismo sin tener en cuenta que el riesgo de Infección urinaria aumenta por cada día de permanencia del sondaje y que a pesar de ser una técnica protocolizada está asociada en el 80% de los casos con una de las infecciones nosocomiales más frecuente, la infección del tracto urinario.³⁻⁵

En este contexto vamos a fijarnos en los ensayos realizados que si tengan en cuenta la hora de retirada de la sonda vesical permanente de corta duración.

Curran,⁶ realizó búsquedas en el Grupo Cochrane de Incontinencia Register (búsqueda en diciembre de 2005), el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (The Cochrane Library 2006, número 2), MEDLINE (enero 1966 hasta 12 julio 2006), EMBASE (enero 1980 hasta 12 julio 2006), CINAHL (enero de 1982 al 12 de julio de 2006), Nursing Collection (enero 1995 hasta enero de 2002) y listas de referencias de artículos relevantes y resúmenes de congresos.

De los 23 ensayos recogidos para su estudio, con un total de 2.933 participantes, encontraron que los resultados combinados demostraron que, después de la cirugía urológica y otros procedimientos, los pacientes con sondas uretrales permanentes que se retiraron en la medianoche registraron volúmenes significativamente más grandes en su primera evacuación (Diferencia (fijo) 96 ml, 95% IC 62 a 130), así como una asociación con un mayor tiempo hasta la primera evacuación.

Resultados en 13 ensayos con 1422 participantes que más pronto que retrasa la retirada del catéter fueron consistentes con un mayor riesgo de trastornos de la micción y un menor riesgo de infección, con una hospitalización más corta.

También se pudo corroborar que los días de hospitalización se redujeron teniendo en cuenta la posibilidad de no poder dar de alta a un enfermo con sonda permanente de corta duración y esperar algún día más por la posible retención o disfunción urinaria (riesgo relativo de no ir a casa el día de la retirada = 0,71, IC 95%: 0,64 a 0,79).⁶

En otra revisión realizada por Griffiths y Fernández, se identificaron 26 ensayos controlados con el fin de detectar las mejores estrategias para la retirada los catéteres vesicales. En 11 estudios que comparaban la noche frente a la eliminación por la mañana temprano, la retirada a medianoche dio lugar a un tiempo más largo de la primera orina y los pacientes pasan a tener mayores volúmenes, aunque estos resultados variaron ampliamente. No hubo efecto aparente sobre el número de pacientes que requirieron reinserción de la sonda debido por retención urinaria posterior, pero los pacientes con catéteres

retirados a la medianoche fueron dados de alta del hospital mucho antes que aquellos con la eliminación por la mañana.⁷

Como anteriores revisiones, los hallazgos de 13 ensayos, demostraron que un tiempo menor de los días con sondaje vesical estaba vinculado a una estancia hospitalaria más corta y menos riesgo de infección.

Si tenemos en cuenta la posible retención urinaria tras la retirada de la sonda vesical en los ensayos revisados se valoró la necesidad de recateterización y se obtuvieron los resultados 46/716 de los pacientes asignados a retirada a medianoche comparado con 60/ 695 de retirada por la mañana.

En cuanto a la satisfacción del paciente en cinco ensayos se informa que la retirada a medianoche de los sondajes vesicales permanentes no interrumpió el sueño del paciente y no fue necesario la recateterización. Solo en un ensayo se recoge que algunos enfermos sufrieron retraso en el establecimiento de la pauta de evacuación.

Referente al volumen de la primera evacuación se valoraron 7 ensayos y se constató que los pacientes cuyas sondas vesicales se retiraron a medianoche tuvieron volúmenes significativamente más grandes en su primera evacuación. Y que después de procedimientos y cirugía urológicos, incluyendo cirugía ginecológica, se recomienda la retirada de las sondas vesicales permanentes a medianoche (Grado A: efectividad demostrada para su aplicación).

Además concluye en que existe una evidencia sugestiva pero inconclusa, de que la retirada de los catéteres a medianoche en lugar de por la mañana, puede llevar a estancias más cortas en el hospital con el consecuente ahorro que esto supone.^{7,8}

Kelleher,⁹ en otro ensayo clínico de 160 pacientes, compara los efectos producidos después de retirada de la sonda vesical bien a las 6h am. Como es hábito usual aunque no demostrado con evidencia frente a otros en los que se retiraría a medianoche.

Los resultados del estudio corroboraron los resultados de estudios previos respecto al aumento de volumen de la primera micción y la reanudación temprana de los patrones de micción normal, que conllevaron una disminución en cuanto a los días de ingreso hospitalario, así como una reducción de la ansiedad de los enfermos.

Ya que la autora pertenecía al Departamento de Urología, Sandwell Nacional de Salud del Servicio de Salud Trust, West Bromwich, Reino Unido, la recomendación de este estudio fué que debía haber un cambio en las políticas de los hospitales para que se modificara la hora de retirada de la sonda vesical a la medianoche.

Con un papel cada vez mayor del paciente como un participante activo en la toma de decisiones conjunta de los objetivos del plan de atención, es importante identificar la perspectiva del paciente de la experiencia de la retirada del catéter vesical. En el estudio propuesto en este sentido, estudio prospectivo y aleatorizado, realizado por Ganta¹⁰ en 84 pacientes que se sometieron a una resección transuretral de la próstata, una vez que se retiraba la sonda vesical en medianoche se valoraba el impacto frente a la retirada temprano por la

mañana en la privación del sueño y las molestias para el paciente. En cuanto a los resultados de este estudio no hubo diferencias en la experiencia de los pacientes en ambos grupos.

Sin embargo, hubo una mayor incidencia de trastornos del sueño en el grupo de retirada a medianoche debido probablemente en parte a una ansiedad por la incontinenencia de urgencia producida después de la intervención, que considera el autor puede ser aliviado con un asesoramiento adecuado.

Esta alteración en el sueño de los pacientes no lo corrobora otra revisión realizada por Ritin¹¹ que informa que 5 ensayos que si tratan el tema del sueño de los enfermos y objetivaron que la retirada de la sonda vesical por la noche no interrumpía el sueño de los pacientes.

Este autor es reacio a concretar la evidencia, aunque los datos parecen apuntar hacia un beneficio de la retirada nocturna, ya que los estudios revisados estaban referidos exclusivamente a población adulta sometida a cirugía urogenital y contaban con tamaños muestrales discretos.

Recalca además que ninguno de los ensayos informó de diferencias significativas en cuanto a la necesidad de recateterización.

Pero lo que sí parece quedar claro es no existe razón para posponer la retirada del catéter hasta el día siguiente en el caso de que no se haya podido realizar en horario de mañana.

En la última revisión de 2007 recogida en Best Practice el Instituto Joanna Briggs establece en cuanto al momento de la retirada de la sonda vesical que la retirada de las sondas vesicales permanentes a medianoche (Grado A-Efectividad demostrada para su aplicación.) El momento de la primera evacuación es más tardío en los grupos asignados a retirada de la sonda a medianoche, el volumen de la primera micción es mayor y lo más importante, la estancia hospitalaria se reduce en aquellos pacientes cuyo catéter ha sido retirado en horario nocturno. No hay diferencia en la recateterización por retención urinaria tras la retirada de la sonda por la mañana o por la noche.

Se considera Sondaje vesical permanente de corta duración al catéter insertado durante un periodo de 1-14 días. Retirada por la mañana la retirada de las sondas vesicales entre la 8am a mediodía y retirada por la noche a la retirada de la sonda vesical entre las 10pm y medianoche.¹

Bibliografía

1. Cochran S. Care of the indwelling urinary catéter. Is it evidence based? J Wound Ostomy Continence Nurs.2007; 34(3):282-288.
2. Rodríguez Navas M, Moracho Fuertes I, Díez Pérez R. Adecuación del sondaje vesical en la prevención de infecciones del tracto urinario. Metas de Enferm. 2006, sep; 9(7):57-60.
3. Meddings J, Rogers M, Macy M, Sanjay Saint S. Systematic Review and Meta-Analysis: Reminder Systems to Reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections and Urinary Catheter Use in Hospitalized Patients. CID. 2010, Sept;51: 550-560.
4. Sánchez Villar,I. Retirada de la sonda vesical permanente de corta duración. Enfermería Clínica. 2008; (18) 2: 107-108.
5. Pavanello R Silva C, Frota Mendonça SH, Romero Aquino C, Ferreira Soares da Silva A, Malacchia JL, Campos Canesin A, et al. Principales factores

de riesgo de infección del tracto urinario (ITU) en pacientes hospitalizados: propuesta de mejoras. *Enferm Global*. 2009; (8) 15. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/49561.4>. Revisado el 20 de diciembre de 2011.

6. Reducing the risk of healthcare-acquired infection. *Nurs Stand*. 2001;16 (1):45-52. The Joanna Briggs Institute. Manejo del sondaje vesical permanente de corta duración para la prevención de infecciones del tracto urinario. *Best Practice* 2000; 4(1): 1-6

7. Griffiths R, Fernández R. Estrategias para la eliminación de corto plazo catéteres uretrales en los adultos. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2007, Número 2. Arte. N °: CD004011. DOI: 10.1002/14651858.CD004011.pub3

8. Gyi A. Resumen de evidencia: sonda uretral: extracción. The Joanna Briggs Institute 26 September 2006 [base de datos en Internet]. Adelaide: Base de datos de resúmenes de evidencia del JBI Disponible en: <http://es.jbiconnect.org/connect/docs>. Revisado 20 de diciembre de 2011.

9. Kelleher Michaela MB. *British Journal of Nursing*, 2002, Jan; 11(2):84-90.

10. Ganta SB, Chakravarti A, Somani B, Jones MA, Kadow K. Retirada del catéter a la medianoche frente a la mañana temprano: la perspectiva del paciente. *Int Urol*. 2005; 75:26-29.

11. Fernández R, Griffiths R, Murie P. Comparison of late night and early morning removal of short-term urethral catheters. *JBI Reports*. 2003, Jun; 1(1): 1-16.

2. Hipótesis

Retirar la sonda vesical permanente de corta duración entre las 22h y medianoche, facilita la micción espontánea y la recuperación del ritmo vesical del enfermo.

3. Objetivos

Objetivo General: Valorar la eficacia de la retirada del sondaje vesical permanente a medianoche.

Objetivos Secundarios Comparar en ambos grupos las variables:

- Indicación del sondaje vesical.
- Tiempo transcurrido desde la retirada de la sonda hasta la micción espontánea.
- Controlar micción en dispositivos de recogida de orina en cama cuña/botella y el Volumen de la primera micción espontánea
- Necesidad de recateterización por retención urinaria y cantidad de orina en el caso de retención vesical.

4. Metodología

4.1 Diseño

Se realizará un Ensayo cuasiexperimental, casos- controles, aleatorizado, transversal y prospectivo.

Constará de un grupo experimental al que se retirará la sonda vesical a las 23h y un grupo control, al que se retirará la sonda vesical en cualquier horario diurno, después de la indicación médica de la retirada del sondaje.

4.2 Ámbito Y Población

El estudio de investigación se realizará en Hospital Nuestra Señora de Sonsoles del Complejo Asistencial de Ávila, en las Unidades de Hospitalización de Cirugía de Traumatología y Ortopedia, de Medicina Interna y Ginecología.

No tenemos datos exactos del número de sondajes vesicales que se realizan en estas Unidades de Enfermería, calculamos que en dos meses puede haber entre 200 y 300 enfermos adultos ingresados que sea necesario colocar un catéter vesical permanente.

4.3 Criterios de Inclusión

- Ser mayor de 18 años.
- Aceptación voluntaria de participación en el estudio por parte del paciente y/o cuidador principal, aportando consentimiento informado por escrito.
- No presentar dificultad para recibir información oral.
- Presentar sonda vesical permanente de 1 a 15 días y que sea necesaria su retirada.

4.4. Criterios de exclusión

- Tener una sonda vesical permanente durante más de 15 días.
- Tener catéteres vesicales suprapúbicos.
- Las personas a las que se realizan cateterizaciones intermitentes,
- La negativa a participar en el estudio.

4.6 Tamaño Muestral

Estimando 275 sondajes en dos meses, según la fórmula de una proporción:

-Con un intervalo de confianza del 95% ($p=0,5$) para una población infinita que determina $k=1,96$.

-Asumiendo un margen de error del 5% teniendo en cuenta la proporción de respuesta del 90%.

Necesitaríamos una muestra de 160.

Esta muestra se repartirá de forma aleatoria en un grupo u otro, haciéndolos homogéneos, con 80 unidades en cada uno.

La selección no será aleatoria en el supuesto que la indicación de la retirada de la sonda vesical se tenga que hacer a la hora indicada por el facultativo médico, que será habitualmente en horario diurno

4.7 Variables de estudio

Variables demográficas Sexo y Edad

Tipo de Sonda Vesical. (Latex, Silicona, Con globo o no), Vías y tamaño (Número).

-Indicación del sondaje vesical. (Retención vesical, Protocolo Preoperatorio, Control de Diuresis)

-Tiempo transcurrido desde la retirada de la sonda hasta la micción espontánea. (En horas/ minutos)

-Volumen de la primera micción espontánea (En c.c.)

-Necesidad de recateterización por retención urinaria (Si-No)

-Volumen de orina en el caso de retención vesical. (En c.c.)

4.8. Recogida de datos

La recogida de datos se realizará en las Unidades de hospitalización correspondientes y se transcribirán a los registros realizados al efecto. Se contempla una duración de dos meses de recogida de datos.

4.9. Análisis de los datos

Se realizará el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas, con los correspondientes intervalos de confianza y si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles.

Las variables cualitativas se expresarán con porcentajes.

Análisis inferencial: Para comparar información de tipo cuantitativo / numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes.

El nivel de significación estadística se establecerá en $p < 0.05$.

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

-Los datos se representarán mediante gráfico de sectores y diagrama de barras.

5. Limitaciones del estudio

Podemos considerar limitación del estudio el tamaño de la muestra, al no ser muy grande.

En algunos casos no se podrá disponer de una de las variables, exactamente del volumen de orina en la primera micción en los casos de incontinencia vesical o utilización habitual de pañales absorbentes.

En otro aspecto considerar la dificultad de adjudicar a un grupo o a otro, si se suman muchos casos en los que la indicación médica fuera expresamente en el turno diurno.

6. Pertinencia de la investigación

-Cualquier acción encaminada a disminuir la estancia hospitalaria y el riesgo de infección urinaria es un bien innegable, para el sistema sanitario y los pacientes.

-En el protocolo de inserción y mantenimiento del catéter vesical del Complejo Asistencial, no se hace referencia al momento de retirada del mismo y existe disparidad a la hora de retirar este catéter.

-Se confirme o no nuestra hipótesis, nos parece adecuado, ya que disponemos de evidencia y la indicación del Instituto Johana Briggs, de la retirada de la sonda vesical permanente a medianoche, la transmisión a la Comisión de Cuidados, de la necesidad de modificación del protocolo incluyendo esta indicación.

-Por otra parte, creemos que con la implicación de cada vez más enfermeras en trabajos de investigación propios, aumentaría el conocimiento y la implementación de la evidencia científica en nuestra actividad asistencial.

7. Consideraciones éticas y legales

El proyecto se desarrollará siguiendo en todo momento los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, y se incluirá la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes participantes en el proyecto o

de su tutor si fuera el caso.

Los registros de cada paciente así como su consentimiento informado serán debidamente custodiados por el investigador principal, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Previa a la presentación de dicho protocolo se solicitará la autorización a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Complejo Asistencial.

8. Cronograma

Actividad 1:

-Autorización a la Comisión de Ética e Investigación Clínica.

Sesiones conjuntas de los investigadores:

-Información general sobre el proyecto a participantes de las unidades de COT, Ginecología y Medicina Interna, Presentación del cronograma, Exposición de la metodología, Reparto de tareas, Calendario de reuniones.

Actividad 2:

-Estandarización de los contenidos del estudio.

-Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro

-Diseño de la base de datos

Actividad 3:

-Puesta en marcha del estudio de investigación y recogida de datos

-Reuniones del equipo cada quince días para reevaluación y seguimiento.

Actividad 4:

-Análisis de los datos

-Elaboración de los resultados y de las conclusiones

Actividad 5:

-Difusión de los resultados

<p><u>Actividad 1:</u> - Autorización a la Comisión de Ética e Investigación Clínica. Sesiones conjuntas de los investigadores: - Información general sobre el proyecto a participantes de las unidades de COT, Ginecología y Medicina Interna, Presentación del cronograma, Exposición de la metodología, Reparto de tareas, Calendario de reuniones.</p>	<p><u>Actividad 2:</u> - Estandarización de los contenidos del estudio. - Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro - Diseño de la base de datos</p>
<p><u>Actividad 3:</u> - Puesta en marcha del estudio de investigación y recogida de datos - Reuniones del equipo cada quince días para reevaluación y seguimiento.</p>	<p><u>Actividad 4:</u> - Análisis de los datos - Elaboración de los resultados y de las conclusiones</p>
<p><u>Actividad 5:</u> - Difusión de los resultados</p>	

ACTIVIDAD	MESES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Actividad 1								
Actividad 2								
Actividad 3								
Actividad 4								
Actividad 5								

9. Presupuesto. Justificación

Son necesarios soportes informáticos, como es el ordenador portátil, para tenerlo disponible en todo momento y por cualquier miembro de la investigación. Impresora láser que permita disponer de documentación escrita cuando se requiera y los cartuchos de impresión necesarios.

Es necesario el programa SPSS, para poder realizar el análisis de los datos recopilados en la investigación y la contratación de un asesor en estadística.

Se cuenta con la colaboración de enfermeras de Unidades de Hospitalización.

Para congresos y cursos se prevén gastos de inscripción, estancia y desplazamiento.

<u>Material inventariable</u>	
2 Ordenadores portátiles	1800 euros
<u>Material fungible</u>	
Material de oficina	300 euros
Material de ofimática: Programa SPSS 18.0, recambios tonner, CD's, Pendrives	1500 euros
<u>Material bibliográfico</u>	200 euros
Traducciones	300 euros
<u>Recursos humanos</u>	
Asesor informático	1000 euros
Formación y difusión de resultados	2500 euros
TOTAL	7600 EUROS