



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

**EDUCACIÓN EN EL AUTOSONDAJE AL PACIENTE LESIONADO MEDULAR
CON VEJIGA NEURÓGENA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES
URINARIAS**

Autor/a: Yolanda Puyo Marco

Tutor/a: Ascensión Falcón Alberó

ÍNDICE

	<u>PÁGINA</u>
1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	4
3. OBJETIVOS	7
4. METODOLOGÍA	8
5. DESARROLLO	10
6. CONCLUSIONES	17
7. BIBLIOGRAFÍA	18
8. ANEXOS	21
8.1 Valoración inicial	22
8.2 Tríptico	24
8.3 Manejo de la vejiga neurógena en hospitalización	26
8.4 Protocolo de sondaje intermitente estéril	28
8.5 Lavado y desinfección de manos	31
8.6 Diario miccional	33
8.7 Recomendaciones para la prevención de infección urinaria	34
8.8 Sondaje vesical intermitente limpio (extrahospitalario)	35
8.9 Díptico	37
8.10 Cuestionario de autoevaluación de conocimientos	39
8.11 Cuestionario de satisfacción	41

RESUMEN

Introducción: La lesión medular es un síndrome neurológico que ocasiona una de las discapacidades más graves. En España se producen anualmente entre 800 y 1000 nuevas lesiones. Las complicaciones urológicas son la segunda causa de muerte del lesionado medular y la más frecuente de reingreso. La mayoría de ellas, derivan de la vejiga neurógena. El sondaje intermitente es la técnica más aceptada como método de drenaje vesical completo. Nuestra labor es intervenir, mediante los cuidados enfermeros, considerando la reeducación vesical como parte fundamental de la rehabilitación integral.

Objetivos: Mejorar la calidad de los cuidados del paciente con vejiga neurógena y evitar sus complicaciones, diseñando un Programa de Educación para la Salud basado en la técnica del autosondaje.

Metodología: Revisión bibliográfica a través de bases de datos, páginas web y libros para el posterior diseño de un Programa de Educación para la Salud. La mayor parte de los documentos utilizados abarcan del año 2007 al 2012.

Palabras clave: lesión medular, vejiga neurógena, autosondaje, hiperactividad vesical, spinal cord injuries y neurogenic bladder dysfunction.

Desarrollo: Se ha creado un programa de Educación para la Salud cuyo objetivo es educar al lesionado medular en la técnica del autosondaje fomentando su independencia y previniendo complicaciones. El programa va dirigido a pacientes parapléjicos. Consiste en siete sesiones repartidas a lo largo de dos meses que llevarán a cabo enfermeros de Unidades de Lesionados Medulares.

Conclusiones: La frecuencia y morbilidad de las complicaciones urológicas en pacientes que padecen vejiga neurógena, hacen necesaria la implantación de un Programa de Educación individualizado y adaptado a sus necesidades.

INTRODUCCIÓN

La lesión medular (LM) es cualquier daño en la médula espinal que puede producir alteraciones en el movimiento, la sensibilidad o la función autónoma por debajo del nivel de lesión. Además, conlleva una falta de control sobre el mecanismo de micción y evacuación intestinal, trastornos de la sexualidad y la fertilidad. ^(1, 2, 3)

Se trata de un síndrome neurológico que ocasiona una de las discapacidades más graves, tanto por la pérdida funcional y su consecuente pérdida de independencia, como por las consecuencias psicosociales y las secuelas irreversibles, unidas a la carencia de un tratamiento curativo. ^(1,2,4,5)

El conocimiento de la incidencia y la prevalencia de la LM resulta importante tanto por el impacto personal como por sus consecuencias socioeconómicas. ⁽¹⁾

La incidencia mundial oscila entre 10,4 y 83 casos por millón de habitantes. En España se producen anualmente entre 800 y 1000 nuevas lesiones, de las cuales el 80% tienen etiología traumática, siendo de tráfico el 43%, el 15% laboral y el resto por otras causas. Las enfermedades médicas (patologías o intervenciones) son las responsables del 20% restante. ^(1, 2, 6-8)

Según la última estadística realizada por el INE en 2008, en España residen alrededor de 108.300 personas con lesión medular, de las cuales, 2.600 viven en Aragón. ⁽⁹⁾

Esta discapacidad es más frecuente en adultos jóvenes (16-30 años). Afecta a ambos sexos, aunque la proporción (hombre/mujer) se estima en 3.8/1 y se va igualando en mayores de 50 años por lesiones no traumáticas que aumentan con la edad. ^(2, 4)

El paciente, tras la lesión, pasa por tres etapas: la primera incluye el periodo de encamamiento, dura de dos a tres meses y se denomina fase de shock medular. En la segunda, retorna parte de la actividad refleja espinal. La última etapa, en la que nos centraremos más adelante, es la fase de aprendizaje

de la autonomía en la que se llevará a cabo la rehabilitación según el nivel de lesión. ⁽¹⁰⁾

Antiguamente estos pacientes presentaban una alta mortalidad debido a complicaciones respiratorias en un primer momento y a problemas urológicos después. Estas complicaciones urológicas continúan siendo la segunda causa de muerte del lesionado medular, después de las cardiorrespiratorias, y la más frecuente de reingreso, presentando un gran impacto en su calidad de vida. Debido a su morbilidad y frecuencia, superior al 95%, constituye un problema de salud pública. Actualmente, con la creación de unidades multidisciplinarias y un mejor manejo de la patología urológica la supervivencia puede considerarse cercana al resto de la población. ^(1, 2, 11-13)

La mayor parte de las complicaciones urológicas, derivan de la vejiga neurógena. Ésta es definida como el estado patológico que sufre el paciente medular, caracterizado por la pérdida del funcionamiento de la vejiga debido a la interrupción total o parcial de la inervación que llega hasta ella. Teniendo en cuenta que la micción voluntaria y la continencia son funciones que requieren la mayor integración entre los sistemas nerviosos somático y autónomo, los dos principales problemas que comporta la vejiga neurógena son la hiperactividad neurogénica del detrusor y la disinergia detruso- esfinteriana que impiden el correcto vaciado vesical. ^(14, 15)

Un estudio urodinámico nos informará del tipo de disfunción y sus posibles complicaciones, pero no podemos olvidarnos de la funcionalidad del paciente, su entorno social y estilo de vida a la hora de establecer el método de eliminación urinaria que interfiera lo menos posible en las actividades de su vida diaria. ⁽¹⁰⁾

El sondaje intermitente es hoy en día la técnica más aceptada como método de drenaje vesical completo. En la mayoría de casos se acompaña de tratamiento farmacológico para disminuir las contracciones vesicales o mejorar el funcionamiento esfinteriano, además de maniobras de estimulación con golpeteos suprapúbicos que ayudan, en ocasiones, a lograr el vaciamiento vesical. ^(1, 12, 16, 17)

Los objetivos a conseguir con el cateterismo son: preservar el tracto urinario, conseguir un almacenamiento y vaciado a baja presión con el mínimo

residuo, suprimir la sobredistensión vesical o mejorar la continencia. De esta manera, se previenen numerosas infecciones y complicaciones y se evitan catéteres o estomas permanentes. ^(11,12)

En la rehabilitación de la LM interesa, además de la recuperación médico-funcional, una adaptación satisfactoria a una situación radicalmente distinta en la que el paciente debe aprender una nueva manera de afrontar lo cotidiano. Es nuestra labor intervenir, mediante los cuidados enfermeros, considerando la reeducación vesical como parte fundamental de la rehabilitación integral para que nuestro paciente alcance el mayor grado de independencia que le proporcione una buena calidad de vida. ^(4, 10, 12, 18)

Enseñar a un paciente a autosondarse, no es solamente conseguir destreza en la técnica. Es hacerle partícipe de su necesidad, facilitarle el aprendizaje y hacer que supere el temor que supone la falta de familiaridad con la experiencia. De una inadecuada educación pueden surgir problemas como hematuria, dolor, falsas vías y estenosis uretrales debidas a una introducción incorrecta y repetida de la sonda. Para lograr resultados óptimos, es preciso contar con la implicación total del paciente en su proceso terapéutico. ^(10, 12, 19, 20)

Todo ello hace que unas correctas pautas de rehabilitación, unidas a revisiones periódicas y a medidas encaminadas a prevenir dichas complicaciones, sean de vital importancia. ⁽¹⁾

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Diseñar un Programa de Educación para la Salud (PEPS) útil para profesionales no familiarizados con la enfermería urológica en pacientes lesionados medulares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Actualizar conocimientos mediante una revisión bibliográfica, describir el perfil del paciente lesionado medular y planificar sus cuidados.

- Mejorar la calidad de los cuidados del paciente medular con vejiga neurógena.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la búsqueda en bases de datos científicas como Dialnet, Scielo, Science Direct, Cuiden y PubMed utilizando palabras clave como "lesión medular", "vejiga neurógena", "autosondaje", "hiperactividad vesical", "spinal cord injuries" y "neurogenic bladder dysfunction".

Además, se han obtenido otros artículos, guías y protocolos a través de Google Académico y se ha revisado la página web del Instituto Nacional de estadística (INE).

Al mismo tiempo, se han consultado siete libros en formato papel de la biblioteca de la facultad de Ciencias de la Salud, de los cuales, se han utilizado cuatro.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTICULOS CONSULTADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
PUBMED	"spinal cord injuries" AND "neurogenic bladder dysfunction" Lesión Medular Vejiga Neurógena Autosondaje Hiperactividad Vesical Spinal Cord Injuries	2	0
DIALNET		13	9
SCIENCE DIRECT		10	2
SCIELO		3	3
CUIDEN PLUS		2	0
GOOGLE ACADÉMICO		16	2
PÁGINA WEB	ww.ine.es (Instituto Nacional de Estadística)		
LIBROS CONSULTADOS	7	LIBROS UTILIZADOS	4

Para la realización del trabajo se han incluido aquellos documentos que abarcan desde el año 2000 al 2012, siendo mayoritariamente del año 2007 al 2012 los más relevantes para este programa.

No se ha establecido ningún límite lingüístico a las búsquedas bibliográficas, pero principalmente se han considerado estudios en español y alguno en inglés.

Finalmente 21 son los documentos que conforman la bibliografía de este trabajo además, de otros 6 utilizados en los anexos. Con ellos, se ha realizado una lectura, una revisión exhaustiva y un análisis de los mismos para actualizar conocimientos, organizar la información según los objetivos y desarrollar un Programa de Educación para la Salud.

Desarrollo temporal del estudio:

Este trabajo se ha desarrollado en el periodo comprendido entre Febrero y Mayo de 2013.

Ámbito de aplicación del estudio:

Este programa puede resultar de interés para profesionales de enfermería que desarrollen su trabajo en el Unidades de Lesionados Medulares ya sea en contexto intrahospitalario o en consultas ambulatorias.

Población diana:

Pacientes parapléjicos con vejiga neurógena ingresados en una Unidad de Lesionados medulares.

DESARROLLO

1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

- Proporcionar conocimientos y habilidades al paciente medular, preparándole para asumir el autocontrol de su discapacidad en la vida cotidiana y así prevenir futuras complicaciones.
- Educar al paciente lesionado medular en la técnica del autosondaje.
- Disminuir el número de complicaciones urológicas debidas a una mala técnica por desconocimiento.
- Fomentar la independencia del paciente.

2. DETERMINACIÓN DE NECESIDADES

Los cuidados de la vejiga neurógena, desde el inicio, deben ir encaminados a la reeducación vesical, tal como enuncian Aranda Álvarez et al. Cada fase constituye parte de un proceso rehabilitador, en el que el seguimiento secuencial de cada periodo es fundamental para adecuar los cuidados y detectar complicaciones. El adiestramiento en la técnica es función de enfermería. ^(10,12)

El cateterismo intermitente está indicado en todos los pacientes con lesión medular siempre que no exista complicación, impedimento anatómico o razón médica que lo contraindique. ⁽¹²⁾

No todos los pacientes consiguen un vaciamiento adecuado que permita suprimir todos los cateterismos vesicales, permaneciendo con dos o tres sondajes al día. Por ello, una buena educación es fundamental para alcanzar la máxima autonomía del paciente y prevenir futuras complicaciones. ^(1,8)

Montoto Marqués et al. destacan la importancia de la colaboración del paciente en todas las etapas de la reeducación vesical, ya que los daños

provocados por desconocimiento o abandono, son cruciales en la evolución del aparato urinario. ^(12, 14)

De acuerdo con Esclarín de Ruz, una vez pasada la etapa aguda, el paciente debe responsabilizarse del vaciamiento vesical, mientras dura la reeducación vesical o como sistema de vaciado definitivo. Para ello, deberá ser convenientemente instruido, y durante el tiempo que permanezca hospitalizado deberá realizarlo con la mayor asepsia posible, debido al mayor riesgo de infección intrahospitalaria. ⁽¹⁴⁾

3. GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

POBLACIÓN DIANA: pacientes parapléjicos, hospitalizados en una Unidad de Lesión Medular, con completa movilidad de extremidades superiores y que se encuentren en la tercera etapa, denominada aprendizaje de la autonomía.

LUGAR: habitación del paciente a excepción de la tercera sesión que se realizará en una sala de reuniones.

PERSONAL REQUERIDO: un/a enfermero/a por sesión y un paciente invitado.

RECURSOS MATERIALES: un ordenador portátil y dos DVDs ("Sondaje intermitente limpio para principiantes" y "Técnica del sondaje vesical intermitente"), folleto educativo, equipos de sondaje, impresos de diario miccional, cuestionario de autoevaluación, cuestionario de satisfacción y folleto de recomendaciones.

SESIONES: se considera que siete sesiones darían cabida a la información y las actividades necesarias para que el paciente pueda adquirir destreza e independencia en la técnica.

TIEMPO: este PEPS consiste en siete sesiones repartidas a lo largo de uno o dos meses. Se trata de una progresión que dependerá de la evolución del paciente y las posibles recaídas. Se pasará a la siguiente etapa cuando se haya concluido con éxito la anterior, por lo que el tiempo total del programa puede variar de un

paciente a otro. Cada sesión durará entre veinte y treinta minutos a excepción de la tercera que será de una hora.

PAUTAS A SEGUIR:

En la unidad de lesionados medulares trabajan en conjunto multitud de profesionales, por ello, es imprescindible que todos actúen en la misma dirección. Es conveniente que cada etapa del proceso se lleve a cabo de igual manera independientemente del enfermero/a que la realice. ⁽²¹⁾

Todas las actividades deberán quedar registradas favoreciendo la continuidad de los cuidados.

Nos presentaremos al paciente al principio del programa, y en cada sesión si la enfermera que la imparte es distinta a la de días anteriores.

Es conveniente que en la rehabilitación, el paciente sea un agente activo, que se le consulte, se tenga en cuenta sus horarios o la implicación de familiares. Tenemos que hacerle ver que tiene cierto control sobre su rehabilitación y su estado. Para fomentar su motivación, se recomienda que en los primeros momentos del entrenamiento se enseñen actividades sencillas, de fácil aprendizaje y resultado rápido. Asimismo, se reforzarán positivamente cualquier avance o aproximación a la conducta deseada. ⁽²¹⁾

Es importante demostrar que entendemos al paciente, escucharle, empatizar, ofrecer alternativas si surgen problemas y permitir momentos de intimidad, si lo demanda. ⁽²¹⁾

4. VALORACIÓN

Antes de iniciar el programa debemos conocer los datos, la historia y la situación del paciente, para ello, haremos una valoración inicial haciéndole una serie de preguntas abiertas y estructuradas, sobre sus antecedentes, su entorno y la patología urológica. (ANEXO 1)

Aprovecharemos este momento para preguntarle qué sabe de la vejiga neurógena y si conoce a alguien en esa situación.

Con todo ello, sabremos desde qué nivel de conocimientos partimos y podremos adaptar e individualizar nuestro programa ajustándolo a sus necesidades.

1ª SESIÓN. ACOGIDA AL PROGRAMA

Charla individual con el paciente en la que se le explicará su situación y cómo vamos a llevar a cabo el entrenamiento a través del PEPS. Le entregaremos un folleto en el que se definen las diferentes sesiones que se impartirán en el programa. (ANEXO 2)

En esta primera charla se abarcarán los siguientes puntos: (ANEXO 3)

- Definir qué es la vejiga neurógena.
- Explicar en qué consisten los sondajes vesicales intermitentes y por qué son necesarios en su situación actual, siendo siempre realistas y mentalizando al paciente sobre la posibilidad de que éste sea su tratamiento definitivo.
- Instruir en la necesidad de ajustar el volumen de líquidos ingeridos.
- Comentar las posibles complicaciones.

Complementaremos la explicación con videos educativos que apoyen lo expuesto. El paciente los podrá ver en su habitación sólo o acompañado. Una vez vistos los DVDs, le animaremos a que exprese cómo ve la situación y nos pregunte todas sus dudas.

2ª SESIÓN. SONDAJES INTERMITENTES ASISTIDOS

Comenzamos los sondajes intermitentes asistidos, los realizaremos despacio explicando paso a paso lo que hacemos y el por qué. (ANEXO 4)

Para que el paciente se familiarice con el material, tenemos que explicar cómo se utiliza y para qué sirve, por muy obvio que parezca.

Cuando se inicia la reeducación vesical, los cateterismos son realizados por enfermeros de modo estéril, ya que el riesgo de infección en el hospital es mayor que en el domicilio. ^(12, 14)

3ª SESIÓN. CHARLA DE UN ANTIGUO PACIENTE

Nuestros pacientes necesitan modelos positivos con los que identificarse, es conveniente la asistencia de pacientes ya dados de alta, que cuenten con la experiencia y les demuestren que son capaces de llevar una vida plena. ⁽²¹⁾

Para ello, contaremos con la colaboración de un antiguo paciente para que explique su situación y le sirva a nuestro paciente de ejemplo y motivación.

Esta charla puede ser individual o como un grupo de autoayuda para pacientes que están pasando por la misma situación en la unidad en la que se está desarrollando el PEPS.

4ª SESIÓN. APRENDIENDO A AUTOSONDARME

Una vez que valoremos que el paciente ya conoce la técnica y sus pasos, será el momento en el que comenzará a familiarizarse con el material y a autosondarse, siempre con nuestra colaboración.

Es fundamental que aprenda a hacer un correcto lavado de manos que ayudará a prevenir numerosas complicaciones, para ello, le enseñaremos a hacerlo minuciosamente y a utilizar los hidroalcoholes. (ANEXO 5)

En esta etapa, el/la enfermero/a se pondrá guantes estériles para ayudarle a coger destreza en la técnica.

5ª SESIÓN. EL DIARIO MICCIONAL

El paciente ya está capacitado para realizar la técnica por sí mismo, nosotros sólo supervisamos y resolvemos sus dudas.

En esta etapa le enseñaremos a llevar un control de sus sondajes con ayuda de un diario miccional.

El diario es una herramienta de registro de frecuencia y volumen muy útil en el seguimiento de pacientes con vejiga neurógena. El paciente anotará los líquidos ingeridos, la hora de cada sondaje, el volumen de orina obtenido y si ha tenido pérdidas o sensación de orinar. ⁽¹²⁾ (ANEXO 6)

6ª SESIÓN. ÚLTIMOS CONSEJOS

Se realiza unos días antes del alta del paciente. Es el momento de dar los últimos consejos sobre ingesta de líquidos, higiene y prevención. (ANEXO 7)

Momento de explicar que en su domicilio realizará un sondaje limpio. El hecho de que el sondaje sea limpio y no estéril, no implica que no se tengan que realizar ciertas medidas higiénicas. Es suficiente con una buena higiene de manos y de los genitales externos que el paciente ya habrá aprendido al principio del programa. ^(12, 14) (ANEXO 8)

El paciente continúa realizando el autosondaje en la intimidad, nosotros controlamos su diario miccional y le aconsejamos.

7ª SESIÓN. EVALUACIÓN Y DESPEDIDA

Se instruirá al paciente sobre las revisiones periódicas en la consulta ambulatoria y sobre los signos de alerta de infección con ayuda de un díptico. (ANEXO 9)

Se le entregarán al paciente dos cuestionarios finales. El primero para evaluar los conocimientos adquiridos. Ésto nos servirá para valorar si tenemos que explicar de nuevo aquellos detalles que observemos que el paciente en el momento del alta aún no tiene claros. El segundo será un cuestionario de satisfacción para que el paciente valore al equipo docente y las sesiones del PEPS. (ANEXOS 10 Y 11)

Nos despediremos del paciente y le invitaremos a participar en futuras sesiones que se realicen con nuevos pacientes para que comparta su experiencia con ellos.

CONCLUSIONES

La frecuencia y morbilidad de las complicaciones urológicas en pacientes, que por su lesión medular, padecen vejiga neurógena, hacen necesaria la implantación de un Programa de Educación para la Salud individualizado y adaptado a sus necesidades.

Una adecuada educación en el autosondaje a pacientes con lesión medular previene de futuras complicaciones urológicas, fomenta su independencia y mejora su calidad de vida.

Para llevar a cabo el programa con éxito, todos los profesionales que participan en él deben actuar con el mismo propósito y en la misma dirección, favoreciendo así la continuidad de los cuidados.

Este programa podría adaptarse para educar a cuidadores de lesionados medulares dependientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esclarín de Ruz A. Lesión medular. Enfoque multidisciplinario. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
2. Henao-Lema CP, Pérez-Parra JE. Lesiones medulares y discapacidad: Revisión bibliográfica. Aquichan. 2010; 10(2): 157-172.
3. Gifre M, del Valle A, Yuguero M, Gil A, Monreal P. La mejora de la calidad de vida de las personas con lesión medular: La transición del centro rehabilitador a la vida cotidiana desde la perspectiva de los usuarios. Athenea Digital [Internet]. 2010 [citado 15 Feb 2013]; (18): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/708>
4. Aguado Díaz AL, Alcedo Rodríguez MA, García Carenas L, Arias Martínez B. Personas con lesión medular: diferencias en variables psicológicas desde la perspectiva de género. Psicothema. 2010; 22(4): 659-663.
5. Figueiredo Carvalho ZM, Núñez Hernández AJ, Mulet Falcó FV, Nuñez Angulo MI, Miranda Andrade L. El significado del cuidado para los enfermeros que cuidan de personas con lesión medular. Cultura de los cuidados. 2008; (24): 107-113.
6. Cobo-Cuenca AI, Serrano-Selva JP, de la Marta-Florencio M, Esteban-Fuertes M, Vírveda-Chamorro M, Martín-Espinosa NM, et al. Calidad de vida del varón con lesión medular traumática y disfunción sexual. Enferm Clin. 2012; 22(4):205-208.
7. Sánchez Donaire AM, Parro Jiménez M, Fernández Sánchez L, Melchor Arteaga M. Factores que intervienen en el afrontamiento de la lesión medular traumática. Nure Inv. [Internet]. 2011 May-Jun [citado 14 Mar 2013]; 8(52): [aprox. 7 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE52_proyecto_afront.pdf

8. Gómez García E, Herrera Álvarez A, López Herrero I. Plan de cuidados en autosondaje: a propósito de un caso. *Enfuro*. 2008; (106): 13-16.
9. Instituto Nacional de Estadística.es, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de estadística.com; 2008 [actualizada en 2008; acceso 27 de marzo de 2013]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p418/a2008/hogares/p02/modulo1/I0/&file=03028.px>
10. Aranda Álvarez de Lara MI, Pérez González J, Rosell Casarrubios MC. Plan de cuidados urológicos al paciente lesionado medular espinal con vejiga neurógena. *Enfuro*. 2006; (98): 6-11.
11. Jiménez Penick FJ, Hernández Hortelano E, Moreno Sierra J, Resel Estévez L. Incontinencia urinaria y Lesión medular traumática. *Clínicas urológicas de la complutense*. 2000; (8): 349-374.
12. Montoto Marqués A, Ferreiro Velasco ME, Rodríguez Sotillo A, Salvador de la Barrera S. Lesión Medular y vejiga neurógena. Valoración y rehabilitación. Barcelona: Ars Médica; 2005.
13. Romero-Cullerés G, Planells-Romeo I, Martínez de Salazar-Muñoz P, Conejero-Sugrañes J. Infección urinaria en pacientes con vejiga neurógena: patrones de resistencias de los uropatógenos más frecuentes. *Actas Urol Esp*. 2012; 36 (8):474-481.
14. Esclarín de Ruz A, de Pinto Benito A. La lesión medular. Vejiga e intestino. Madrid: Coloplast productos médicos; 2001.
15. Opisso E, Navarro M, Morcillo M, Borau A, Rijkhoff NJM. Estimulación eléctrica del nervio pudendo: una opción para el tratamiento de la hiperactividad neurogénica del detrusor. *Trauma Fund MAPFRE*. 2011; 22 (4):264-271.

16. Aparicio Hormigo J, Jiménez Mayorga IE, Díaz Rodríguez F, Cuenca García JA. Sondaje vesical intermitente. *Enfuro*. 2007; (103): 32-34.
17. Luján Marco S, García Fadrique G, Ramírez Backhaus M, Arlandis Guzmán S, Martínez Agulló E, Jiménez Cruz JF. Manifestaciones urológicas de los accidentes vásculo-medulares. *Actas Urol Esp*. 2008; 32 (9):926-930.
18. Romero Ganuza FJ, Mazaira Álvarez J. El paciente con lesión medular en el medio extrahospitalario. *Aten Primaria*. 2001; 27 (2): 127-136.
19. Gómez García E, Herrera Álvarez A, Carmona Alcalá JA, González Cecilio JI, Repullo Merino A, Higuera Gómez G. Intervención de enfermería ante el temor en Urología ambulatoria: ¿se benefician nuestros pacientes?. *Enfuro*. 2009; (109): 9-12.
20. Hernández González E, Zamora Pérez F, Martínez Arroyo M, Valdez Fernández M, Alberti Amador E. Características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de las infecciones nosocomiales urinarias en las lesiones medulares espinales. *Actas Urol Esp*. 2007; 31 (7): 764-770.
21. Rodríguez Fernández MI. Lesión Medular. Atención sociosanitaria. Jaén: Editorial Alcalá; 2004.

ANEXOS

ANEXO 1. VALORACIÓN INICIAL

La valoración debe enfocarse al conocimiento de sus antecedentes generales y urológicos, analizando el comportamiento sensitivo y motor de la vejiga, en relación con las directrices de la Sociedad Internacional de Continencia y de la International Spinal Cord Injury (ISCOS).

ANAMNESIS

Antecedentes familiares:

Antecedentes personales generales:

Capacidad de colaboración:

Hábitos tóxicos:

Situación familiar:

Embarazos, partos y ciclo menstrual:

Situación laboral y económica:

Alergias medicamentosas y alergia al látex:

Tratamiento general:

Tratamiento anticoagulante:

Tratamiento antidepresivo:

Enfermedades previas:

Patología prostática:

Litiasis:

HTA:

Hematuria:

Diabetes:

Neoplasias:

Patología psiquiátrica:

Intervenciones quirúrgicas:

Otras:

RITMO INTESTINAL

Previo:

Post lesión medular:

Uso de laxantes:

PATRÓN MICCIONAL

Patrón miccional previo:

Patrón miccional post lesión medular

Sensación de vaciado vesical:

Vaciado Normal:

Vaciado reflejo:

Vaciado voluntario (golpeteo suprapúbico)

Vaciado Involuntario:

INCONTINENCIA

Dispositivos de incontinencia:

Colector:

Bolsa de ostmía:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ESPECÍFICAS SOBRE TRACTO URINARIO Y FECHA

Inserción catéter suprapúbico:

Litiasis:

Esfinterotomía:

Administración intravesical deToxina Botulinica:

Esfínter artificial:

Otros:

Nota. Las fases de llenado y vaciado vesical producen síntomas característicos en población general. Sin embargo, en pacientes con patología neurológica pueden no manifestarse, debido a alteraciones de la sensibilidad. En estos casos, pueden referir otras quejas mal definidas como: incomodidad, peso suprapúbico, esfuerzo miccional, goteo terminal, etc.

Fuente de información: Manual sobre el manejo clínico de la disfunción vesicouretral neurógena en la lesión medular. Madrid: Coloplast productos médicos; 2012.

ANEXO 2. TRÍPTICO

INGESTA DE LÍQUIDOS

Desde el inicio del programa tendrá que ajustar la cantidad de líquidos que bebe.



Una correcta hidratación le ayudará a mantener una producción regular de orina y a reducir el riesgo de infección.

CONSEJOS:

- Se aconseja beber entre 6 y 8 vasos grandes de agua al día.
- Reducir la ingesta de bebidas que contengan cafeína (café, té y bebidas carbonatadas) ya que ésta irrita la vejiga.
- Las bebidas alcohólicas también pueden estimular el vaciamiento de la vejiga, por lo que deberá limitarlas.
- Si tiende a sufrir infecciones urinarias, le recomendarán aumentar la ingesta de líquido, en ese caso, deberá aumentar el número de sondajes.
- Se recomienda no tomar líquidos antes de acostarse.

HIGIENE DE MANOS

Los autosondajes deben realizarse de la manera más limpia posible para evitar algunas complicaciones como la infección urinaria.

Para ello, le enseñaremos a realizar un correcto lavado de manos, antes y después del cateterismo.

¿Cómo lavarse las manos?

¡LAVARSE LAS MANOS SE ESTÁ CONVIRTIENDO EN UN PROYECTO DESARROLLANTE EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO!

2. Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos

1. Moja las manos.
2. Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.
3. Frotase las manos.
4. Frotase la palma de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, y viceversa.
5. Frotase la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, y viceversa.
6. Entrelaza los dedos, y vueltos.
7. Frotase la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, y viceversa.
8. Limpia las muñecas.
9. Enjuaga las manos.
10. Seque las manos con una toalla limpia.
11. Seque las manos con una toalla limpia.

Salve Vidas
Digitalización
Nacional de la Salud
Salve Vidas
Limpieza las manos
Salve Vidas
Limpieza las manos

PROGRAMA DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD
EDUCACIÓN EN EL
AUTOSONDAJE
INTERMITENTE



Unidad de Lesionados Medulares

Bienvenido al Programa de Educación en el Autosondaje.

Con este programa queremos ayudarle a adquirir nuevas habilidades para que logre la máxima independencia en el menor tiempo posible.

Como le habrán explicado, padece vejiga neurógena. Debido a su lesión medular, su vejiga no tiene la capacidad de vaciarse por sí misma.

Para conseguir un vaciado regular, le vamos a enseñar a autosondarse.

Es una técnica fácil de aprender pero que requiere su máxima colaboración.

En este folleto, encontrará las diferentes sesiones del programa y unas recomendaciones básicas por las que



empezaremos a trabajar: "ingesta de líquidos" y "lavado higiénico de manos".

Ante cualquier duda, consulte a su enfermero/a.

SESIONES

1. ACOGIDA AL PROGRAMA

Su enfermero/a le explicará cuál es su situación actual y en qué consistirá el programa con ayuda de dos DVDs.

2. SONDAJES INTERMITENTES ASISTIDOS

Empezaremos por los sondajes intermitentes asistidos explicando paso a paso cómo se realizan para que usted se familiarice con el material.

3. CHARLA DE UN ANTIGUO PACIENTE

Contaremos con la colaboración de un antiguo paciente que nos explicará su experiencia y al que podrá preguntar todas sus dudas e inquietudes.

4. APRENDIENDO A AUTOSONDARME

Comenzará a autosondarse siempre con supervisión para ir mejorando la técnica.

5. DIARIO MICCIONAL

Le enseñaremos a llevar un control de sus sondajes con ayuda de una tabla de registros sencilla, llamada "diario miccional".

6. ULTIMOS CONSEJOS

Le explicaremos cómo realizar los sondajes limpios en su domicilio y las precauciones que deberá tener.

7. EVALUACIÓN Y DESPEDIDA

En esta última sesión resolveremos sus últimas dudas y le entregaremos un cuestionario para que evalúe nuestro programa.



ANEXO 3. MANEJO DE LA VEJIGA NEURÓGENA EN HOSPITALIZACIÓN

Una vez que la estabilidad clínica del paciente lo permita y el aporte de líquidos pueda ser ajustado, se retirará la sonda vesical permanente, siendo el cateterismo intermitente (CI) la técnica de vaciamiento vesical recomendada.

OBJETIVOS EN ESTA FASE:

1. Garantizar el vaciado vesical.
2. Prevenir la sobredistensión vesical.
3. Prevenir las infecciones urinarias.
4. Prevenir la formación de cálculos.
5. Preservar la función renal.

CONTRAINDICACIONES:

- Lesión vesical o uretral (hematuria o sangrado uretral).
- Estenosis uretral.

MEDIDAS A SEGUIR:

- Ajuste de ingesta líquida a 1.500 cc de líquidos / día.*
- Técnica aséptica.
- Frecuencia horaria: CI cada 6 horas.
- Volumen de orina máximo extraído en cada sondaje inferior a 400 cc.
- Si los volúmenes de orina extraídos están por encima de 400 cc, pasar a CI cada 4 horas y revisar ingesta.
- Utilización de sondas de baja fricción.
- Hombres: sonda calibre 10 o 12 CH.
- Mujeres: calibre 12 o 14 CH.

* La cantidad y el tipo de líquidos que debe ingerir depende de la situación particular y del tipo de problema de la vejiga.

Si la vejiga se vacía con frecuencia o tiene pérdidas de orina, es mejor limitar la ingesta de bebidas con cafeína (café, té y bebidas carbonatadas) ya que ésta aumenta la actividad de la vejiga haciendo que los síntomas empeoren.

Las bebidas alcohólicas pueden estimular el vaciamiento de la vejiga, por lo que deberá limitarlas.

Si tiende a sufrir infecciones urinarias con frecuencia, se recomendará aumentar la ingesta de líquido, lo que conllevará un aumento del número de cateterismos.

Se recomienda no tomar líquidos antes de acostarse.

Fuente de información: Manual sobre el manejo clínico de la disfunción vesicouretral neurógena en la lesión medular. Madrid: coloplast productos médicos; 2012.

ANEXO 4. PROTOCOLO SONDAJE VESICAL INTERMITENTE ESTÉRIL

OBJETIVO

Introducir una sonda a través de la uretra, para la evacuación de la orina de manera intermitente.

MATERIAL NECESARIO

- Guantes y set de sondaje estériles.
- Antiséptico.
- Hidroalcohol.
- Sonda vesical de baja fricción estéril.

PROCEDIMIENTO

- Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar.
- Proporcionarle la mayor intimidad posible.
- Asegurarse de que se ha realizado previamente una higiene genital adecuada.
- Colocar al paciente en la posición adecuada según sea hombre (decúbito supino con las piernas estiradas) o mujer (posición ginecológica).
- Lavado de manos.

HOMBRE:

- Abrir el set de sondaje, y preparar el campo estéril.
- Ponerse los guantes estériles.
- Con gasas estériles y sin tocar directamente el pene, descubrir el glande retirando el prepucio.
- Impregnar gasas con antiséptico y limpiar el glande.
- Activar la lubricación de la sonda estéril, siguiendo las instrucciones del fabricante.
- Pinzar el extremo distal.
- Sujetar el pene con la mano no dominante, manteniendo un ángulo de 90°, con el resto del cuerpo.
- Con la mano dominante sujetar la sonda y comenzar a introducirla lentamente.
- Cuando la orina fluya por la sonda, introducir la sonda 2 ó 3 cm más.

- Vaciar la orina contenida en la vejiga.
- Cuando haya concluido el vaciado, retirar la sonda lentamente, volviendo a pinzar la porción distal, despinzándola al estar retirada la sonda en su totalidad, y así recoger la orina retenida en el catéter.
- Limpiar y recubrir el glande con el prepucio.
- Anotar la cantidad de orina evacuada.
- Recoger el material utilizado y desechar.
- Asegurarse que el paciente quede en la postura correcta.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- Registrar el proceso en las hojas de enfermería habilitadas para tal efecto.

MUJER:

- Abrir el set de sondaje, y preparar el campo estéril.
- Ponerse los guantes estériles.
- Colocar el paño bajo la zona genital de la paciente.
- Con gasas estériles separe los labios y exponga el meato urinario.
- Impregnar las gasas en antiséptico y limpiar la zona en sentido descendente.
- Activar la lubricación de la sonda estéril, siguiendo las instrucciones del fabricante.
- Separar los labios mayores y menores con la mano no dominante.
- Conectar el extremo distal de la sonda a la bolsa de orina.
- Con la mano dominante sujetar la sonda e introducirla lentamente.
- Cuando la orina fluya por la sonda, introduzca la sonda 2 ó 3 cm más.
- Vaciar la orina contenida en la vejiga.
- Cuando haya concluido el vaciado de la vejiga, retirar la sonda lentamente.
- Limpieza del meato urinario.
- Anotar la cantidad de orina evacuada
- Recoger el material utilizado y desechar.
- Asegurarse que la paciente quede en la postura correcta.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- Registrar el proceso en las hojas de enfermería habilitadas para tal efecto.

OBSERVACIONES

- No vaciar nunca más de 400 ml de orina de una sola vez (evacuar más cantidad puede producir una hemorragia exvacuo).
- No forzar la introducción de la sonda si encuentra dificultad.
- Si por error la sonda se introduce en la vagina, proceder a su retirada e iniciar de nuevo el procedimiento correctamente.

Fuente de información: Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Sondaje vesical intermitente estéril. Toledo: Hospital Nacional de Paraplégicos; 2011.

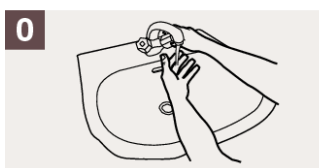
ANEXO 5. LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS

¿Cómo lavarse las manos?

¡LÁVESE LAS MANOS SI ESTÁN VISIBLEMENTE SUCIAS!

DE LO CONTRARIO, USE UN PRODUCTO DESINFECTANTE DE LAS MANOS

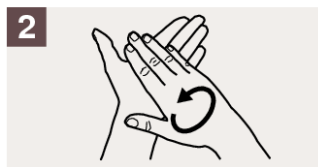
 **Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos**



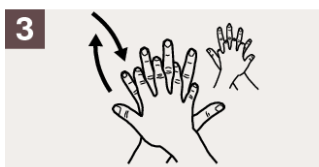
Mójese las manos.



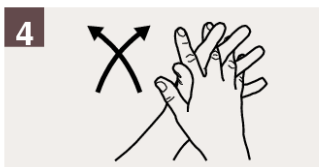
Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.



Frótese las palmas de las manos entre sí.



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



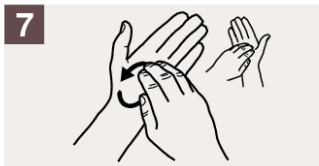
Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.



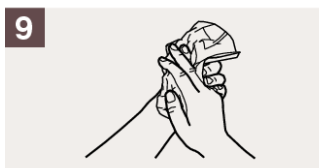
Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, fróteselo con un movimiento de rotación, y viceversa.



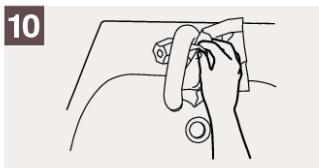
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



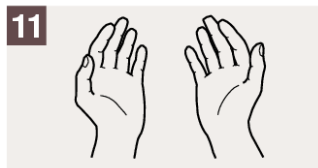
Enjuáguese las manos.



Séqueselas con una toalla de un solo uso.



Utilice la toalla para cerrar el grifo.



Sus manos son seguras.



**Organización
Mundial de la Salud**

**Seguridad del paciente
Alianza mundial en pro de
una atención de salud más
segura**

**SALVE VIDAS
Límpiese las manos**

Todo tipo de precauciones posibles han sido tomadas por la Organización Mundial de la Salud para verificar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado es distribuido sin ninguna responsabilidad ya sea literal o implícita. La responsabilidad por la interpretación y el uso de este material es del lector. En ningún caso, la Organización Mundial de la Salud es responsable por daños relacionados a su uso.

La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra, en especial a los miembros del Programa de Control de Infecciones, por su activa participación en el desarrollo de este material.

Mayo 2009

¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfecte las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

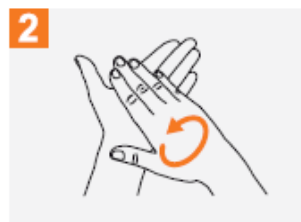
 Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



1a
Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



1b



2

Frótese las palmas de las manos entre sí;



3
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



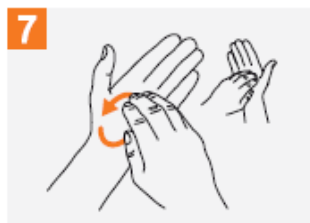
4
Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



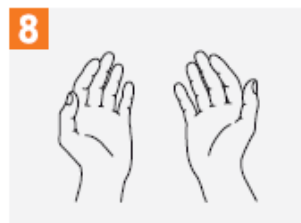
5
Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8
Una vez secas, sus manos son seguras,



**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Comprende al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

Fuente de información: World Health Organization. Hand Hygiene Technical Referente Manual. 2009. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/manual_tecnico_referencia_HM.pdf

ANEXO 6. DIARIO MICCIONAL

diario miccional									
HORA	LÍQUIDOS INGERIDOS		MICCIONES	PÉRDIDAS DE ORINA			SENSACIÓN DE URGENCIA		¿ QUÉ ESTABA HACIENDO EN EL MOMENTO DE LA PÉRDIDA?
AM-PM	Tipo de líquido	Cantidad	Cantidad orinada	Poco	Moderada	Abundante	SÍ	NO	

Fecha: / /

Fuente de información: *urodinamia.com* [Internet]. [Acceso 6 de abril de 2013]
Disponible en: <http://www.urodinamia.com/sintomas-luts/diario-miccional/>

ANEXO 7. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE ORINA

- Cuando se realicen sondajes intermitentes se cumplirán estrictamente las normas de higiene.
- No deben retrasarse los sondajes ya que la vejiga puede distenderse por exceso de orina.
- Cuando se prevea que va a haber mayor consumo de líquidos, se aumentará el número de sondajes.
- Si lleva colector de orina es preciso cambiarlo al menos una vez al día y no llevarlo puesto constantemente durante las 24 horas.
- Evitar que la vejiga se vacíe a medias, realizando el estímulo suprapúbico cada 3-4 horas.
- Nunca se disminuirá el número de cateterismos al día sin estar seguros que la orina obtenida después de que la vejiga vacíe espontáneamente es menor de 100cc.

Fuente de información: Esclarín de Ruz A, de Pinto Benito A. La lesión medular. Vejiga e intestino. Madrid: Coloplast productos médicos; 2001.

ANEXO 8. SONDAJE INTERMITENTE LIMPIO EXTRAHOSPITALARIO

OBJETIVO

Insertar al paciente un catéter vesical que le garantice la evacuación de la orina de manera intermitente.

MATERIAL NECESARIO

- Sonda vesical estéril autolubricada de baja fricción.
- Paquete de toallitas de un solo uso o antiséptico.
- Agua y jabón.
- Toalla de manos limpia ó papel de secado de manos.

PROCEDIMIENTO

- Lavarse escrupulosamente las manos.
- Secarse con la toalla de manos ó el papel.
- Abrir el envase de la sonda vesical.

HOMBRE

- Lavar la zona genital, sujetar el pene con una mano y bajando el prepucio, realizar la limpieza del glande de arriba abajo y alrededor suyo.
- Con una mano mantener el glande al descubierto en un ángulo de entre 60-90º en relación con la vertical del cuerpo.
- Con la otra mano, coger la sonda por el extremo distal, acodándolo ligeramente.
- Introducir suavemente la sonda por el meato y hacerlo progresar. Si encuentra resistencia, inclinar el pene hacia abajo lo suficiente para que la sonda progrese sin dificultad.
- Despinzar el acodamiento y visualizar que fluye la orina sin dificultad, bien en el WC o a una bolsa.
- Una vez vaciada la vejiga, proceder suave y lentamente a la retirada de la sonda, previo pinzado distal.
- Volver a limpiar el glande y recubrir con el prepucio.

- Realizar de nuevo lavado de manos.

MUJER

- Con los dedos pulgar e índice separar los labios mayores de la vulva y realizar la limpieza de arriba abajo y de delante hacia atrás.
- Con una mano mantener separados los labios mayores, para dejar el meato al descubierto.
- Con la otra mano coger la sonda por el extremo distal acodándolo ligeramente.
- Introducir suavemente la sonda por el meato y hacerlo progresar
- Despinzar el acodamiento y visualizar que fluye la orina sin dificultad, bien al WC o al recipiente colector que se use a tales efectos.
- Una vez vaciada la vejiga, proceder suave y lentamente a la retirada de la sonda, previo pinzado distal.
- Realizar de nuevo lavado de manos.

OBSERVACIONES

- Tener dispuesta la sonda con la que se va a realizar el sondaje, que será del calibre adecuado dependiendo del sexo, edad u otras circunstancias.
- Comprobar la integridad de la sonda; su empaquetado y fecha de caducidad.
- Es preciso tener en la zona de sondaje una buena iluminación y optima visibilidad.
- Realizar la técnica con una limpieza extrema.
- No forzar la penetración de la sonda si existe dificultad.
- Registrar en el diario miccional.
- Es conveniente realizar una ingesta hídrica adecuada (400 ml entre uno y otro sondaje).
- En caso de micciones involuntarias entre sondajes, proveer de colector conectado a una bolsa de orina en el varón, y pañal de incontinencia en mujeres.
- El paciente deberá comunicar al profesional sanitario todos los problemas que observe relacionados con su sondaje vesical.

*Fuente de información: Manual de protocolos y procedimientos de enfermería.
Sondaje vesical intermitente limpio. Toledo: Hospital Nacional de Parapléjicos;
2011.*

**RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA
INFECCIÓN DE ORINA**

- 🕒 Cumpla las normas de higiene estrictamente.
- 🕒 No retrase los sondajes, ya que dañará su vejiga.
- 🕒 Cuando prevea que va a consumir mayor cantidad de líquido, aumentará el número de sondajes.
- 🕒 Si lleva colector, es preciso cambiarlo al menos una vez al día y no llevarlo puesto constantemente durante las 24 horas.
- 🕒 Evite que la vejiga se vacíe a medias, realizando estímulos suprapúbicos cada 3-4 horas.
- 🕒 Nunca disminuya el número de cateterismos diarios sin estar seguro de que la orina obtenida después de que la vejiga vacíe espontáneamente es menor de 100cc.
- 🕒 No olvide acudir a revisiones periódicas en nuestra consulta ambulatoria cada 6 o 9 meses, según le indique su médico.
- 🕒 Si observa cambios en el color, el olor, o sangre en la orina y tiene mal estar o fiebre, consulte con su médico

TÉCNICA DEL SONDAJE INTERMITENTE LIMPIO

Y

RECOMENDACIONES



Unidad de Lesionados Medulares

SONDAJE VESICAL INTERMITENTE LIMPIO

HOMBRE

1. Lavar las manos y la zona genital. Sujetar el pene con una mano y bajando el prepucio, realizar la limpieza del glande de arriba abajo y alrededor.



2. Con una mano mantener el glande al descubierto en un ángulo de entre 60-90° en relación con la vertical del cuerpo.

3. Con la otra mano, coger la sonda por el extremo distal, acodándolo ligeramente.

4. Introducir suavemente la sonda por el meato y hacerlo progresar.

5. Despinzar el acodamiento y visualizar que fluye la orina sin dificultad, bien en el WC o en una bolsa.



6. Una vez vaciada, proceder suave y lentamente a la retirada de la sonda.

7. Volver a limpiar el glande, recubrir con el prepucio y lavarse las manos.

MUJER

1. Lavar la zona genital. Con los dedos pulgar e índice separar los labios mayores en la vulva y realizar la limpieza de arriba abajo y de delante hacia atrás.



2. Con una mano mantener separados los labios mayores, para dejar el meato al descubierto. El uso de un espejo le facilitará a localizarlo.



3. Con la otra mano coger la sonda por el extremo distal acodándolo ligeramente.

4. Despinzar el acodamiento y visualizar que fluye la orina sin dificultad, bien al WC o a la bolsa.

5. Una vez vaciada la vejiga, proceder suave y lentamente a la retirada de la sonda, previo pinzado distal.



6. Realizar de nuevo lavado de manos.

ANEXO 10. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Una vez concluido el Programa de Educación para la Salud en la Unidad de Lesionados Medulares, responda brevemente a las siguientes cuestiones para comprobar sus conocimientos adquiridos.

Nombre y apellidos:

- 1. ¿Qué es la vejiga neurógena?**
- 2. ¿Qué material es necesario para autosondarse?**
- 3. ¿Cuál es la diferencia entre sondaje vesical estéril y sondaje vesical limpio?**
- 4. ¿Por qué es necesario restringir la cantidad de líquido ingerido?**
- 5. ¿Qué síntomas indicarían que su vejiga está llena?**
- 6. ¿Cada cuánto tiempo debe sondarse?**
- 7. ¿Qué datos debe apuntar en su diario miccional?**
- 8. Nombre alguna complicación que puede surgir de la vejiga neurógena.**
- 9. ¿Cuáles son los posibles síntomas de infección urinaria?**

A continuación, su enfermero/a leerá su cuestionario con el objetivo de comprobar si todavía tiene dudas antes de su alta hospitalaria. En ese caso, serán resueltas de inmediato.

Gracias por su colaboración.

ANEXO 11. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Con el siguiente cuestionario se pretende conocer su opinión acerca del desarrollo del Programa de Educación para la Salud en el que ha participado.

Indique la opción que le parezca más adecuada, teniendo en cuenta que 0 es el "grado más bajo de satisfacción o estar totalmente en desacuerdo" y 5 el "grado más alto de satisfacción o estar totalmente de acuerdo". Si no sabe la respuesta o prefiere no contestar marque Sin Respuesta (SR)

Nota sobre la privacidad

Esta encuesta es anónima. No obstante, si desea identificarse, puede completar el siguiente campo con su nombre y apellidos.

Nombre y apellidos:

UTILIDAD:	
1. Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenía en relación al programa.	1 2 5 4 5 SR
2. La solución que se le ha dado a su problema ha sido...	1 2 3 4 5 SR
3. La información que le dieron sobre su situación fue...	1 2 3 4 5 SR
4. Los contenidos desarrollados durante el programa le han resultado útiles.	1 2 5 4 5 SR
METODOLOGÍA:	
6. La metodología didáctica empleada por los/as docentes ha sido adecuada para el desarrollo óptimo del programa.	1 2 5 4 5 SR
EQUIPO DOCENTE:	
7. En general estoy satisfecho con la participación de la/s persona/s que ha/n intervenido como docente/s.	1 2 5 4 5 SR
Docente 1 Nombre:	
8. El/la docente ha transmitido y expresado adecuadamente las ideas y contenidos con un adecuado manejo de la expresión verbal y no verbal.	1 2 5 4 5 SR

9. El/la docente ha mostrado tener dominio de los contenidos que ha expuesto.	1 2 5 4 5 SR
10. A su juicio, la preparación del docente para realizar su trabajo es adecuada.	1 2 5 4 5 SR
Docente 2 Nombre:	
8. El/la docente ha transmitido y expresado adecuadamente las ideas y contenidos con un adecuado manejo de la expresión verbal y no verbal.	1 2 5 4 5 SR
9. El/la docente ha mostrado tener dominio de los contenidos que ha expuesto.	1 2 5 4 5 SR
10. A su juicio, la preparación del docente para realizar su trabajo es adecuada.	1 2 5 4 5 SR
Docente 3 Nombre:	
8. El/la docente ha transmitido y expresado adecuadamente las ideas y contenidos con un adecuado manejo de la expresión verbal y no verbal.	1 2 5 4 5 SR
9. El/la docente ha mostrado tener dominio de los contenidos que ha expuesto.	1 2 5 4 5 SR
10. A su juicio, la preparación del docente para realizar su trabajo es adecuada.	1 2 5 4 5 SR
ORGANIZACIÓN:	
11. En general, la organización logística ha contribuido al desarrollo óptimo de la sesión.	1 2 5 4 5 SR
SATISFACCIÓN GENERAL:	
12. En general, estoy satisfecho/a con el desarrollo de la sesión.	1 2 5 4 5 SR

SUGERENCIAS/ OBSERVACIONES:

Gracias por su colaboración

Fuente de información: Modificación de Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud. Cuestionario de satisfacción del participante en una sesión clínica o de cuidados [Internet]. Andalucía: Agencia de calidad sanitaria de Andalucía. Consejería de salud y bienestar social; 2013 [actualizada 15 Mar 2013; acceso 20 de abril de 2013]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/es/calidadscopio/recomendacion_0031_cuestionario_satisfaccion_participante_sesiones_clinicas_cuidados.html