

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA JUAN MISAEL SARACHO
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



TESIS DE GRADO

COMPETENCIAS COGNITIVAS, TECNICAS Y ACTITUDINALES DEL PROFESIONAL EN ENFERMERIA, EN EL CUIDADO DEL CATETER VESICAL PERMANENTE HOSPITAL DE PSIQUIRIA “JOSE MARIA ALVARADO” CAJA NACIONAL DE SALUD – GESTION 2018

POR: Lic. Consuelo Hurtado de Mendoza Alvarado

Trabajo de investigación presentado a consideración de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, como requisito para la obtención de título de Maestría Médico Quirúrgico

La Paz - Bolivia

2019

TESIS APROBADA POR:

M. Sc. Dra. Mariam Casal Chali
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTÍNUA

TRIBUNAL:

M. Sc. Lic. Silvia María Paucara Monroy
PRESIDENTE

M. Sc. Lic. Pamela Verónica Meneces Quisberth
SECRETARIA

M. Sc. Lic. Fanny Olaguivel Jiménez
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

A Dio divino Creador que guía mis pasos siempre y me da la fortaleza para seguir adelante.

A mi madre Rosenda Alvarado que me apoya con sus oraciones

A mis hijos Nataly, Gabriel y Daniel por su apoyo incondicional que me brindan.

A mis hermanos Silvia y Ariel por todo el cariño y la orientación a lo largo de mi formación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer por sobre todas las cosas a Dios por permitirme ver una vez más el sol de cada día y estar junto a mis seres queridos por acompañarme en todo el momento y por su sabiduría que me dio para vencer los obstáculos diariamente.

A la UAJMS y a los docentes por impartirnos sus conocimientos para nuestra formación académica. Para poder forjarnos como profesionales en el área de la salud y así poder contribuir a nuestra sociedad todo lo aprendido poner en práctica todas y cada una de las enseñanzas que se nos ha brindado

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. ANTECEDENTES.....	4
1.2. PROBLEMA DE LA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.2.1. Planteamiento del Problema	12
1.2.2. Formulación del problema	13
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	14
1.4. OBJETIVOS	16
1.4.1. Objetivo General	16
1.4.2. Objetivos Específicos	16
1.5. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	17

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 . MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	18
2.1.1. Sistema Urinario.....	18
2.1.2. Generalidades del Sistema Urinario	20
2.1.3. SONDAJE VESICAL	21
2.2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	52
2.3. ALCANCE DEL ESTUDIO	57
2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	58

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	59
3.1. Tipo de estudio	59
3.2. Unidad de análisis y universo de estudio	60
3.3. Cálculo del tamaño de la muestra.....	60
3.4. Selección de la muestra.....	60
3.5. Operacionalización de variables	61

3.6. Recolección de datos, Técnicas e Instrumentos	65
3.7. Plan de Análisis estadístico	66
3.8. Aspectos Éticos	67

CAPITULO IV

4. RESULTADOS.....	68
4.1. Presentación de resultados	68
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	81
4.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
4.3.1. Conclusiones.....	83
4.3.2. Recomendaciones.....	85
5. BIBLIOGRAFÍA	86

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se llevó adelante en el Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de Salud en la gestión 2018, cuyo Objetivo: Determinar las competencias cognitivas, técnicas y actitudinales del profesional en enfermería en el cuidado del catéter vesical permanente en el Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de Salud en la gestión 2018. Material y Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, en el que se aplicó una encuesta y una lista de verificación, Universo 21 y la muestra 12 profesionales en enfermería. Resultados: Competencias cognitivas. El 75% de los profesionales en enfermería tiene un nivel de conocimiento de bueno, un 58% tiene un conocimiento Regular relacionado al material recomendado para la instalación de sondas vesicales a largo plazo y el 33% tiene un conocimiento Malo respecto a la técnica de instalación de la sonda vesical. Competencias técnicas: La actitud de los profesionales en enfermería sobre el lavado de manos es positiva, sobre el aseo genital a los pacientes es negativa en un 25 % y es negativa sobre la asepsia de la válvula de salida de la bolsa colectora en un 30 %. El promedio general sobre la aplicación de procedimientos para el control de sonda vesical es de 62 %. Competencias actitudinales: El promedio de cumplimiento de actividades antes del control de la sonda vesical es de 55 %, durante el control de sonda vesical es de 64%, y después del control de la sonda vesical es de 65 %. Conclusión: Tomando en cuenta los aspectos mencionados a través del estudio realizado, y considerando la necesidad de precautelar la integridad del paciente portador de sonda vesical se elaboró como propuesta de intervención la elaboración del protocolo de instalación de sonda vesical y cuidados de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Cognitivo, Técnicas y Actitudinales, sonda vesical, profesional en enfermería.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio investigativo centró su interés en el cuidado de Enfermería al paciente con sonda vesical permanente, este es uno de los procedimientos de Enfermería que requiere, como cualquier otro, de la aplicación de una serie de cuidados que indudablemente mejoraran la evolución del paciente.

El cateterismo urinario es utilizado en pacientes con dificultades o imposibilidad de orinar. Consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga para retirar la orina

La introducción de instrumentos a través de la uretra para retirada de la orina se remonta a épocas antiguas. Los primeros registros de su práctica pueden ser verificados entre los egipcios; en aquella época, eran utilizados tubos huecos de cobre y laca. Posteriormente, griegos, romanos y chinos emplearon instrumentos parecidos.

En una revista Latino Americano de Enfermagem, menciona que la infección del tracto urinario asociada al cateterismo (ITUAC) es frecuente en personas hospitalizadas. En las infecciones asociadas a la atención de salud, la infección del tracto urinario asociada al cateterismo es del 40%. Se estima que entre el 15% y 25% de las personas hospitalizadas son sometidas a cateterismo vesical. En la mayoría de los casos esta técnica se usa sin las indicaciones adecuadas, prologando su uso innecesariamente. Se hace referencia a la ITUAC en diferentes estudios sobre el aumento de la mortalidad y morbilidad, aumento de internaciones y, en consecuencia, los costos asociados. (1)

Sin embargo, cabe señalar que en comparación con otras Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), la Infección del Tracto Urinario (ITU) tiene baja morbimortalidad. Un estudio realizado en Estados Unidos de

América (EE.UU.) (2) encontró que el número de ITU fue de más de 560 mil en comparación con otras IAAS, con tasa de mortalidad del 2,3%, siendo los casos de bacteriuria que desarrollan bacteriemia inferior al 5%. La ITU asociada al cateterismo es la principal causa de infecciones nosocomiales del torrente sanguíneo secundarias, alrededor del 17% de las bacteriemias nosocomiales son de origen urinario, con mortalidad asociada del 10%. La Sociedad Americana de Epidemiología para Cuidado de la Salud estima que entre el 17% y 69% de las ITUAC puede prevenirse mediante recomendaciones de control de infección, basadas en evidencias.

La investigación sugiere que la prevención de la ITU asociada al cateterismo pasa por medidas recomendadas y basadas en evidencias que disminuyen la tasa de esta infección. Medidas sencillas como la higiene de manos, rigurosa técnica, mantenimiento y la forma en que se retira el catéter contribuyen a la prevención de la infección asociada. El cateterismo urinario innecesario y el tiempo de permanencia del catéter influyen en el desarrollo de la infección, siendo factores modificables. En la actualidad, la práctica basada en evidencias se destaca en una cultura que busca un estándar de calidad de cuidados seguros. Sin embargo, cabe señalar que los profesionales a menudo se enfrentan con algunas dificultades en relación al puente entre los resultados de la investigación más actual y práctica.

El número de pacientes en hospitales e instituciones de rehabilitación en cualquier momento es grande, y un número considerable de ellos necesita usar un catéter urinario. La infección del tracto urinario asociada al catéter puede afectar a un gran número de personas. El procedimiento del sondaje vesical consiste en la introducción de un catéter, a través del meato uretral, hasta la vejiga con el objetivo de establecer una vía de drenaje, ya sea temporal o permanente, hasta el exterior.

Está indicado en caso de precisar control estricto de la diuresis, lavados por sangrado o cirugía vesical, para la recogida de muestras, como vía para el vaciado vesical en caso de retención urinaria y la cateterización con fines diagnósticos. Se trata de un procedimiento invasivo frecuente en el medio hospitalario, con una incidencia entre 10-15% y está definido como la causa más prevalente de las infecciones nosocomiales. La práctica de protocolos para inserción y mantenimiento de la sonda vesical resulta fundamental para evitar complicaciones y reducir al máximo el riesgo de infección del tracto urinario (ITU) consecuente de la cateterización vesical.

1.1. ANTECEDENTES

Alonso. F., et. al. (2018). En su investigación realizada en España con el objetivo de conocer la incidencia de complicaciones relacionadas con los sondajes vesicales en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) e identificar los factores asociados. Mediante un estudio observacional prospectivo, teniéndose como población diana a todo paciente portador de sondaje vesical (SV) ingresado en la UCIP durante el periodo de seis meses en el que tuvo lugar el estudio. Los datos recogidos en el formulario creado ad hoc para esta investigación se analizaron utilizando el programa informático estadístico SPSS versión 19.0. Se realizó análisis descriptivo y bivariante. Se consideraron como significativos los valores de $p < 0,05$. Entre los resultados se informa que, de los 192 niños y niñas ingresados en la UCIP, el 18,75% de los pacientes requirió un SV. El 64,2% fue realizado a niños. La edad media y desviación estándar (DE) fue de 5,32 (4,74) años. En el 77,4% de los casos existía una patología de base, siendo las causas genéticas (34%) y neurológicas (17%) las más habituales. Se produjeron complicaciones relacionadas con la SV en el 30,2% de los casos, siendo la obstrucción la que mayor incidencia mostró seguida de rebosamiento y hematuria. Más de la mitad de los SV se retiraron antes del cuarto día. Se concluye en este estudio que la incidencia de complicaciones fue alta, atendiendo a la circunstancia de que se incluyó a un niño que acumuló la mitad de las complicaciones registradas por hematuria persistente. La complicación más frecuente fue la obstrucción. Los factores asociados a las complicaciones relacionadas con el sondaje vesical fueron la edad, la patología de base y el tiempo de permanencia de la SV. (2)

Shaver, B., et. al. (2018). En un estudio publicado en Estados Unidos en el mes de enero del año 2018 sobre conocimientos de enfermería de cuidados intensivos y traumatismos y Actitud de inserción y mantenimiento del catéter Foley, se menciona que, en el entorno de cuidados agudos, la mayoría de las

infecciones del tracto urinario están asociadas con catéteres urinarios permanentes. A pesar de las pautas para un uso adecuado, las infecciones del tracto urinario asociadas a catéteres (CAUTI, por sus siglas en inglés) continúan ocurriendo en pacientes críticamente enfermos / lesionados. Existe una escasez de datos sobre la traducción entre la educación preventiva de CAUTI y el cambio de comportamiento. Este proyecto evaluó el conocimiento clínico y la actitud de la enfermera hacia la inserción y el mantenimiento del catéter de Foley para determinar los beneficios de abordar las lagunas en el conocimiento e inconsistencias en la actitud a través de la educación. El estudio fue prospectivo de cohortes con enfermeras registradas de la sala de emergencias, traumatología / cirugía y unidades de cuidados intensivos. El conocimiento clínico y la actitud del participante con respecto al uso del catéter Foley y las CAUTI se evaluaron utilizando una herramienta de encuesta de 20 preguntas antes y después de un programa de educación. Cuarenta y ocho enfermeras completaron la encuesta preliminar, el puntaje promedio después de la investigación fue significativamente más alto ($86.9 \pm 8.3\%$) que el puntaje antes ($76.0 \pm 12.3\%$). No hubo una diferencia marcada en la actitud de los participantes después de la formación educativa, con puntajes medios de antes y después de $91.3 \pm 7.0\%$ y $89.8 \pm 5.3\%$, respectivamente. Después del curso, los participantes tenían más confianza en su conocimiento clínico; sin embargo, la percepción con respecto a la prevención de CAUTI no mejoró. En el corto plazo, la capacitación pareció mejorar el mantenimiento adecuado en la práctica clínica. (3)

Godínez et al. (2008). Un estudio realizado en un hospital público de segundo nivel del estado de Colima, México, con el objetivo de conocer el cumplimiento del indicador prevención de infecciones de vías urinarias por sonda vesical instalada en los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Gineco-obstetricia y Traumatología. La variable de estudio fue el cumplimiento de los criterios del indicador, para clasificar los resultados se consideró Cruzada por la Calidad

de los Servicios de Salud. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal con una muestra de 92 pacientes, con sonda vesical instalada. El análisis de resultados del cumplimiento de los criterios del indicador fueron los siguientes: la colocación de la bolsa colectora con un 93.5%; fijación de la sonda vesical en el sexo femenino 60.8%; contenido que lleva el membrete de identificación de la sonda 5.4%; procedimiento para el drenaje de la bolsa colectora de orina 82.6%; funcionamiento de la sonda y el tubo de drenaje 83.6%; datos para el registro de la hoja de enfermería 0%; medidas higiénicas a realizar en el paciente con sonda vesical 0%; signos y síntomas de infección en vías urinarias 1.1%; orientación del familiar y paciente 0%.(4)

Mody L., et.al. (2018). En su estudio evaluó el conocimiento de las prácticas recomendadas de cuidado del catéter urinario entre los trabajadores de la salud de los hogares de ancianos (HC) en el sudeste de Michigan. La encuesta incluyó preguntas sobre las características de los encuestados y el conocimiento sobre las indicaciones, el cuidado y la higiene personal relacionados con los catéteres urinarios. La asociación entre las medidas de conocimiento y la ocupación (enfermeras versus ayudantes) se evaluó usando ecuaciones de estimación generalizadas. Trescientos cincuenta y seis de 440 TS (81%) respondieron. Más del 90% de los trabajadores sanitarios conocían medidas como la limpieza del catéter todos los días, el uso de guantes y la higiene de las manos con la manipulación del catéter. Eran menos conscientes de las recomendaciones comprobadas por la investigación de no desconectar el catéter de su bolsa (59% enfermeras, 30% ayudantes, $P < .001$), no irrigar rutinariamente el catéter (48% enfermeras, 8% ayudantes, $P < .001$), y la higiene de las manos después del contacto casual (60% enfermeras, 69% ayudantes, $P = .07$). Los trabajadores sanitarios tampoco conocían las recomendaciones sobre el frotamiento de manos con alcohol (27% enfermeras y 32% ayudantes con respuestas correctas, $p = 0,38$). (5)

Vasilyev AO, et. al. (2017). En un estudio realizado en un hospital público de segundo nivel del estado de Colima, México, con el objetivo de conocer el cumplimiento del indicador prevención de infecciones de vías urinarias por sonda vesical instalada en los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Gineco-obstetricia y Traumatología. La variable de estudio fue el cumplimiento de los criterios del indicador, para clasificar los resultados se consideró Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal con una muestra de 92 pacientes, con sonda vesical instalada. El análisis de resultados del cumplimiento de los criterios del indicador fueron los siguientes: la colocación de la bolsa colectora con un 93.5%; fijación de la sonda vesical en el sexo femenino 60.8%; contenido que lleva el membrete de identificación de la sonda 5.4%; procedimiento para el drenaje de la bolsa colectora de orina 82.6%; funcionamiento de la sonda y el tubo de drenaje 83.6%; datos para el registro de la hoja de enfermería 0%; medidas higiénicas a realizar en el paciente con sonda vesical 0%; signos y síntomas de infección en vías urinarias 1.1%; orientación del familiar y paciente 0%. (6)

Sánchez (2007) realizó un estudio en un hospital Universitario en Monterrey Nuevo León, sobre el cumplimiento de los criterios del indicador prevención de infecciones de vías urinarias por sonda vesical instalada. Para clasificar los resultados se consideró el semáforo de calidad establecido por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos parámetros fueron: verde de 91-100%; amarillo de 76-90% y rojo 75% ó menos. Encontraron que la colocación de la bolsa colectora se mantiene por debajo del nivel de la vejiga un 97%; fijación de la sonda vesical de acuerdo al sexo 78.2%; contenido que lleva el membrete de identificación de la sonda 67.3%; sistema de drenaje de orina conectado 96.5%; registro de datos referente al funcionamiento de la sonda y el tubo de drenaje 51%; registro de días de instalación de la sonda y corroboración de prescripción médica 68.3%; reporte de signos y síntomas de infección en vías urinarias 43.6%; realización y registro de medidas higiénicas en el paciente

con sonda vesical 11.9%; anota las medidas de orientación proporcionadas al paciente y familiar 1.5%. El promedio general en el cumplimiento del indicador fue 57.25%. El servicio de mayor cumplimiento fue en la de cuidados intensivos de adultos (UCIA) con un 61%. (7)

Accardi R., et. al. (2017). En el estudio realizado para verificar si hay, y en qué grado, el conocimiento y la adhesión a las directrices sobre la prevención y el control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria por parte del personal de enfermería, en Milán Italia del 1 de diciembre de 2015 al 29 de febrero de 2016. Los datos recogidos se refieren, tanto para el conocimiento como para la práctica, a las siguientes macro áreas: a) Limpieza, desinfección y esterilización, b) Higiene de las manos, c) Precauciones estándar y de aislamiento, d) Prevención de infecciones del tracto urinario relacionadas con el catéter, e) Prevención del catéter bacteriemia relacionada, f) Prevención de infecciones del sitio quirúrgico, g) Prevención de infecciones del tracto respiratorio. Entre los resultados más positivos, se debe subrayar que las enfermeras han demostrado un mayor nivel de conocimiento para la higiene de las manos, con > 81% de respuestas correctas; que los lúmenes de los catéteres venosos centrales, cuando no se usan, se mantuvieron cubiertos con una tapa protectora en más del 99% de los casos; que, para los pacientes portadores de catéter urinario, la bolsa de drenaje urinario se mantuvo por debajo del nivel de la vejiga, como se recomienda, en más del 91% de los casos. (8)

Por el contrario, como resultado muy negativo, encontramos la mayor brecha de conocimiento en cuanto a limpieza, desinfección y esterilización, con una cantidad de respuestas incorrectas que se acercan al 50%; además, el 64% de las enfermeras usaban joyas en sus muñecas y / o manos cuando estaban en acción.

González, J., Vásquez, M., (2008). En su estudio realizado sobre: “infecciones urinarias en los pacientes con sondaje vesical no permanente en la Unidad de Cuidados Intensivos”. En este estudio se encontró que, de un total de 448 enfermos, 48 (10,7%) se sometieron a este proceder y 23 de ellos (47.9%) desarrollaron una infección del tracto urinario inferior. Se demostró también el incremento del porcentaje de bacteriuria en relación con la duración del sondaje. La *Escherichia Coli* (38.7%) representó el agente causal principal, seguido del *Enterobacter sp* (32.2%) y la *Cándida Albicans* (9.6%). La insuficiencia Renal Crónica (11,1%), la Diabetes Mellitus (22.2%) y la administración previa de antibióticos (66.7%) se documentaron como factores de riesgos fundamentales. Además, se encontró un incremento aparejado de la sepsis con la edad, se hacen recomendaciones para la prevención de este tipo de infección. (9)

García, A. et al. (2005). En el estudio titulado: Análisis de los factores de riesgo de infección del tracto urinario asociada con sonda vesical en la UCI. Resultados: Se identificaron 33 infecciones del tracto urinario asociadas con sonda vesical y se seleccionaron 99 controles. La edad de los pacientes osciló entre 16 y 97 años con promedio y DS de 59,5 +/-19,6; 62 hombres y 70 mujeres, con una relación mujer: hombre de 1,13: 1. El APACHE II fluctuó entre 3 y 37 (promedio 14,5, DS +/- 7,1). Conclusión: Los factores de riesgo del CITU: Edad > 74 años. La inserción del catéter vesical antes del ingreso a la UCI, duración del cateterismo por más de dos semanas, coexistencia de peritonitis y el manejo con abdomen abierto. De ellos solamente la duración del cateterismo y la optimización de las variables de inserción y cuidado de la sonda antes del ingreso a la unidad contribuirían a reducir la incidencia de estas complicaciones. A mayor tiempo de permanencia del catéter vesical mayor riesgo de infección del tracto urinario. (10)

Rodríguez. A. (2015). En su estudio titulado: “Prevención de la infección del tracto urinario en pacientes hospitalizados asociada a catéteres urinarios”.

Resultados: Las ITU adquiridas en el ámbito hospitalario están relacionadas con los principales factores de riesgo referidos en la literatura científica que fueron: 60,5% del sexo femenino, 78 % con morbilidad que presupone a ITU, 73 % > de 61 años, 59 % de los dos casos en la terapia intensiva, 83% usó SVD (33 % con uso de 16 a 30 días y 25 % > 31 días), 76 % usó pañales, 68 % usó antibiótico previamente que favorecen la aparición de ITU, con una estancia hospitalaria prolongada y con un uso de SV mayor de 15 días, además del uso de antibioterapia previa. Conclusión: Existe una evidencia de la elevada incidencia de las ITU en los pacientes hospitalarios, dichas infecciones tienen graves repercusiones tanto para el paciente como para el sistema de salud, por lo que es prioritario prevenir su aparición. Para ello es necesaria la implantación de protocolos que ayuden a minimizar su incidencia. La mejor manera de evitar estas infecciones es restringir los sondajes vesicales tanto como sea posible. Evitar el uso innecesario del cateterismo vesical. (11)

Rojas A., et. al. (2016). En nuestro país Bolivia; se realizó un estudio descriptivo y transversal de 40 pacientes de todas las edades, con infecciones asociadas a la atención en salud, ingresados en el Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud de la Ciudad de Cochabamba, durante la gestión 2015, Se estima que la prevalencia de las IAAS indica que aproximadamente 5% de los pacientes ingresados en los hospitales contraen una infección, específicamente en la institución objeto de estudio que es el Hospital Obrero N° 2, la tasa de IAAS es de 7,5%, está por encima de lo encontrado por otros autores, en estudios sobre vigilancia de las IAAS se demostró que según los servicios donde ocurren el 30% de las infecciones de Terapia Intensiva seguido de Hemodiálisis, Medicina Interna y Cirugía respectivamente. La probabilidad de enfermar es mayor en edades extremas de la vida (niños y adultos mayores), pues los mecanismos fisiológicos de defensa los hacen más susceptibles de padecer enfermedades tanto infecciosas como no infecciosas.

Otros autores también concuerdan con lo anterior y señalan que las infecciones que ocurren antes de los 7 días se asocian al contacto con microorganismos de la madre, presentes en el canal del parto; mientras que las que aparecen después de los 7 días son adquiridas del ambiente, donde existen microorganismos causales que pueden colonizar la piel, el tracto respiratorio, la conjuntiva, el tracto gastrointestinal, las redes vasculares y las vías urinarias, estas últimas por el uso, de catéteres.(12)

1.2. PROBLEMA DE LA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. Planteamiento del Problema

La infección del tracto urinario es la más frecuente de las infecciones nosocomiales (representa entre un 23 y un 30% de las infecciones adquiridas durante el ingreso hospitalario). El cateterismo vesical (CV) es el factor más influyente para desarrollar una infección urinaria. La adopción de medidas específicas de prevención y control podría disminuir en un 30% (13)

La fuente más común de infección nosocomial es el tracto urinario, especialmente si se drenan con un catéter uretral. Las infecciones del tracto urinario asociadas al catéter representan al menos el 80% de todas las infecciones complicadas del tracto urinario y son el tipo más común de infección adquirida en el hospital. La micro flora intestinal juega el papel principal en la patogenia de las infecciones del tracto urinario asociadas al catéter, mientras que el factor de riesgo más importante para su desarrollo es la larga duración del catéter urinario drenaje. En el caso del cateterismo intermitente y de corta duración, no se requiere profilaxis antibiótica de rutina, pero si un paciente desarrolla una infección clínicamente significativa, se requiere tratamiento con antibióticos seguido de un tratamiento definitivo basado en el cultivo. Los catéteres uretrales cubiertos con sustancias antimicrobianas y agentes antiinflamatorios pueden reducir significativamente la adhesión y migración de las bacterias, reduciendo así la incidencia de infecciones del tracto urinario. A pesar de esto, la incidencia de infección asociada al catéter sigue siendo alta. (14)

La mayoría de las Infecciones hospitalarias presentan continuamente en cierto grupo de pacientes con características individuales tales como la edad, alteraciones en su mecanismo de defensa, enfermedad de base o procedimientos invasivos, diagnósticos o terapéuticos que los predisponen a adquirir infecciones.

Las infecciones nosocomiales ocurren en todo el mundo y afectan a los países desarrollados y a los carentes de recursos. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizado.

este sentido, el profesional de enfermería recibe un entrenamiento especializado en cuidados del enfermo que le permite realizar ciertos procedimientos incluyendo la colocación del catéter vesical, el papel del profesional de enfermería en la prevención de infecciones, es de gran relevancia, sobre todo en aquellas relacionadas con la colocación de catéter vesical, ya que a ellos les corresponde aplicar las técnicas y procedimientos establecidos para evitar o disminuir la incidencia de dichas infecciones que muchas veces se deben a errores en el procedimiento, manipulación de las sondas con conexión de bolsa recolectora, aseo inadecuado de área genital, uso incorrecto de las medidas de asepsia y antisepsia al colocar y/o manipular el catéter, entre otras.

Se entiende con esto que los cuidados o procesos que presta el profesional de enfermería se debe ajustar a un esquema de prevención que obliga a una vigilancia y control de las infecciones; la enfermera es la persona que mayor contacto guarda con el paciente, por ello puede evaluar con prioridad las condiciones del paciente, de esta manera está capacitada.

1.2.2. Formulación del problema

¿Cuáles serán las competencias cognitivas, técnicas y actitudinales del profesional en enfermería en el cuidado del catéter vesical permanente hospital de psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de Salud – gestión 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La prevención de infecciones en nuestro ámbito hospitalario se ha transformado en un tema de vital importancia para garantizar y asegurar que el servicio de salud cumpla con el objetivo de asistir al paciente y reducir los riesgos que puedan afectar su integridad durante todo el proceso de atención.

El cateterismo vesical descrito anteriormente es uno de los procedimientos invasivos más frecuentes, hasta en un 10-15% de los ingresos hospitalarios y relacionado con un riesgo elevado de adquisición de infecciones nosocomiales a pesar de ser colocado con correcta técnica estéril. Debido a las complicaciones que se presentan por diversos factores, la gran mayoría de estas infecciones adquiridas pasan desapercibidas ya que no existe una vigilancia continua, ni seguimiento de estos pacientes después de su egreso.

Muchas veces se aprecia que, al colocar una sonda, o al darle mantenimiento se pasan por alto pasos esenciales, como la asepsia, el lavado de manos, campos estériles, etc.; que sin lugar a dudas incrementa el riesgo de infección.

Las infecciones asociadas a procedimientos invasivos son un factor importante que debe ser estudiado y minimizado al máximo. La utilización de sonda vesical es uno de ellos, debido a que predispone en gran medida el riesgo de infección urinaria. La predisposición a una infección depende de muchos factores, pero el servicio de salud debe intervenir implementando una correcta metodología que permita disminuir el número de eventos. El personal de enfermería en todas sus ramas brinda en este marco una valiosa oportunidad para desarrollar medidas que lleguen a la totalidad de los pacientes que son atendidos en el servicio.

Este estudio es de beneficio para el paciente, porque se brindará un cuidado de calidad basado en la evidencia y se evitarán complicaciones asociadas; para el personal de enfermería porque se pueden crear protocolos que

estandaricen los cuidados para disminuir las infecciones y para la profesión en si, ya que los resultados podrán tomarse como base en los programas de educación continuada que persigue mantener la calidad de la atención brindada.

Es trascendente porque sus resultados podrán aplicarse en otros servicios y otras instituciones donde se atiendan pacientes con catéter venoso central y sus características sean similares.

Los resultados de la presente investigación permitirán que personal actualice y refuerce sus conocimientos para alcanzar una mejor atención hacia el paciente con este problema. También servirán de base científica para la realización de posteriores investigaciones, puesto que en la actualidad no se cuenta con esta información.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar las competencias cognitivas, técnicas y actitudinales del profesional en enfermería en el cuidado del catéter vesical permanente en el Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de Salud en la gestión 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar al personal profesional de enfermería según experiencia y grado académico de formación del profesional de enfermería.
- ✓ Identificar las competencias cognitivas del profesional en enfermería sobre los cuidados del catéter vesical permanente.
- ✓ Describir las competencias técnicas del profesional de enfermería sobre los cuidados del catéter vesical permanente.
- ✓ Conocer las competencias actitudinales del profesional de enfermería sobre los cuidados del catéter vesical permanente.
- ✓ Diseñar un protocolo de instalación de sonda vesical para el personal de enfermería que trabaja en el Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de Salud

1.5. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se considera que es viable por el acceso a la información además de la colaboración con el equipo de salud. En cuanto al presupuesto de los recursos económicos para este trabajo de investigación se tiene cotizado y es viable se coordinó con las autoridades del Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de Salud, para la realización del presente trabajo de investigación. (Anexo N^a 1).

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1.1. Sistema Urinario

Anatomía y fisiología del aparato urinario

El aparato urinario, es el conjunto de órganos que producen y excretan orina, el cual es considerado el líquido principal de desecho del organismo, mismo que resulta de los procesos metabólicos. Se divide para su estudio en vías urinarias altas y vías urinarias bajas. Las primeras incluyen los dos riñones, las pelvis y los uréteres, y la segunda la vejiga urinaria y la uretra.

Riñón

El riñón constituye la porción noble del aparato urinario encargado de fabricar la orina. Es un órgano doble situado en el fondo de la cavidad abdominal, por detrás de la cavidad peritoneal, y ambos lados de la columna vertebral y de los grandes vasos abdominales (aorta abdominal y vena cava inferior). Sobre cada riñón se dispone glándulas suprarrenales. El riñón tiene formas de habichuela con dos caras, anteriores y posteriores y dos polos, superior e inferior. En su borde interno presenta una abertura o hilio renal por donde entran y salen todos los elementos que lo abordan.

El riñón derecho esta algo más descendido que el izquierdo por la presencia del hígado. No obstante, en altura de cada riñón ocupa una posición entre los cuerpos de la doceava vértebra dorsal hasta el cuerpo de la 3 era vértebra lumbar siendo cruzada por detrás, por el recorrido de la última costilla.

La orina es fabricada en cada riñón, a partir de la sangre por medio de un complicado proceso de filtración, secreción y reabsorción. Para ello el riñón

dispone de millones de elementos, que constituye unidades anatomofuncionales denominadas nefronas.

Pelvis Renal

Las vías urinarias se inician, en cada riñón para recoger la orina fabricada y conducirla al exterior para su eliminación. Para ello, dentro de la cavidad del seno renal, formando una especie de copa que se acopla a cada una de las papilas renales, por cuyos orificios sale la orina, se forman los cálices menores estos a su vez se van uniendo para dar lugar a tubos de mayor calibre, los calibres, los cálices mayores los cuales confluyen entre sí, aun dentro de la cavidad del seno renal, para formar la pelvis renal.

Uréter

En la pelvis renal, saliendo ya a través del hilio renal, se inicia un nuevo tramo de las vías urinarias que recibe el nombre de uréter. Desde la pelvis renal, el uréter desciende un recorrido primero lumbar; en relación con la pared muscular posterior del abdomen y ambos lados de la columna vertebral (tramo lumbar). Continúa descendiendo para cruzar sobre los vasos ilíacos primitivos o comunes (tramo ilíaco), desde donde se introduce en el interior de la cavidad pelviana (tramo pelviano) para, finalmente abordar la cara posterior de la vejiga de la orina, a la que atraviesa (tramo vesical) para desaguar.

Vejiga de la orina

La vejiga de la orina constituye el reservorio de las vías urinarias donde se almacena la orina en los períodos intermicciones. Se localiza en el interior de la cavidad pelviana ocupando en ella una posición anterior, por detrás de la sínfisis del pubis y por delante de las formaciones genitales, diferentes según el sexo y del recto. Es un órgano hueco cuya pared está formada por una mucosa interna recubierta por una potente capa muscular (músculo

destrusor vesical). En su cara superior se halla recubierta por el peritoneo que se refleja sobre las vísceras pelvianas.

En su cara posterior o fondo se localizan los 2 orificios uretrales, mientras en su extremo inferior se abre un orificio cuello vesical, que constituye el inicio del último es decir último tramo de las vías urinarias representado por la uretra. Alrededor del cuello vesical se acentúan las fibras musculares de tipo liso para formar el músculo esfínter liso o involuntario de la vejiga, que actuando en consonancia con el esfínter estriado que forma parte de las musculaturas perineales que atraviesa la uretra, controlan la micción abriendo o manteniendo cerrado el conducto uretral.

Uretra

La uretra es el conducto, desde la vejiga, conduce a la orina para ser vertida al exterior. Desde un punto de vista anatómico y también funcional presenta unas marcadas diferencias según el sexo.

2.1.2. Generalidades del Sistema Urinario

El aparato urinario está compuesto por una serie de órganos que se encuentran en el interior de la cavidad abdominal y en la pelvis, y que se encargan de elaborar, almacenar y evacuar la orina.

El aparato urinario está constituido por:

- ✓ Dos riñones
- ✓ Dos uréteres
- ✓ Vejiga
- ✓ Uretra

Una vez que los riñones filtran el plasma sanguíneo, devuelven la mayor parte del agua y los solutos al torrente sanguíneo. El agua y los solutos restantes constituyen la orina, que pasa por los uréteres y se almacena en la vejiga hasta que es evacuada a través de la uretra.

Funciones del sistema urinario

- ✓ El sistema urinario es el encargado de extraer los residuos del organismo, entre ellos todas las sustancias que ya no se necesitan.
- ✓ Eliminan el líquido adicional que hay en el cuerpo.
- ✓ Ayudan a mantener la presión sanguínea dentro de los límites normales, manteniendo su osmolaridad.
- ✓ Excreta desechos y sustancias extrañas, además produce hormonas.
- ✓ Regulan la eliminación de calcio, favoreciendo la función de los huesos y sus anexos.
- ✓ Ayudan a regular la producción de los glóbulos rojos.

2.1.3. SONDAJE VESICAL

Las infecciones del tracto urinario (ITU) ocupan aproximadamente el 45% del total de las enfermedades relacionadas con los cuidados de la salud y ocurren en aproximadamente cuatro de cada diez pacientes hospitalizados en todo el mundo. Un 80% de estas infecciones están relacionadas con el uso de catéteres vesicales. Se estima que entre el 15 y 25% de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna y el 85% de los ingresados en las unidades de cuidado intensivo son portadores de sondas urinarias durante corto o mediano plazo. De esta forma, el riesgo de ITU se incrementa

entre 3 y 10% por cada día de cateterización, alcanzando una probabilidad de infección del 100% a los 30 días de permanencia del catéter. (15)

El cateterismo uretral, llamado también sondaje uretral, es un procedimiento manual que consiste en la inserción de una sonda o catéter en la vejiga a través de la uretra. Es una técnica invasiva, potencialmente traumática, que agrede el tracto urinario inferior, principalmente con las infecciones urinarias resultantes. Requiere para su realización conocimiento científico y habilidades técnicas y debe hacerse en los casos estrictamente necesarios si tenemos en cuenta que la prevención orientada hacia una correcta indicación es el mejor camino para disminuir la incidencia de las infecciones asociadas a este procedimiento. (16)

Indicaciones

- Evacuar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Recoger muestra de orina estéril.
- Determinar la orina residual después de una micción espontánea.
- Permitir la cicatrización de las vías urinarias tras la cirugía y prevenir la tensión sobre la herida pélvica o abdominal.
- Realizar irrigaciones vesicales en caso de hematuria o administrar medicación.
- Control estricto de la diuresis.
- Previa determinadas intervenciones quirúrgicas.
- En personas con incontinencia urinaria que presentan lesiones de la piel que pueden contaminarse con la orina y que interesa mantener secas. (17)

Contraindicaciones

- Prostatitis aguda.
- Lesiones uretrales (estenosis, fístulas).
- Traumatismos uretrales (doble vía) o pélvicos.
- Incontinencia urinaria: el sondaje vesical no está indicado como primera opción, sino que antes se intentará una reeducación vesical o uso de colectores o pañales. (18)

Equipo y material

- Carrito o superficie adecuada para el equipo.
- Fuente de iluminación adecuada; por ejemplo, una lámpara de pie.
- Guantes estériles.
- Delantal limpio.
- Paquete para sondaje estéril.
- Jabón suave, agua y solución de agua estéril para limpiar los genitales.
- Gel anestésico estéril o lubricante hidrosoluble si está contraindicado el gel anestésico.
- Recipiente estéril.
- Sonda estéril del tipo y tamaño que sean necesarios.
- Equipo apropiado para inflar el globo de la sonda únicamente en el caso de las sondas que no se llenan de antemano; por ejemplo, jeringas, agujas y agua estéril.
- Sistema de drenaje cerrado estéril si es necesario o válvula para sonda.

- Cinta hipoalergénica.
- Si es necesario, un recipiente para muestra estéril apropiadamente etiquetado con una solicitud de laboratorio cumplimentada y una bolsa de plástico para el transporte de la muestra.
- Recipiente para materiales desechables contaminados.

Tipos de sonda

Tamaños (diámetros)

Se utilizará el tamaño más pequeño que permita drenar la orina.

Se optará por un globo de 10 ml, a menos que el especialista especifique otro.

Esto se debe a que el orificio de drenaje de la sonda se asienta en una parte más alta en la vejiga cuando el globo es de 30 ml, lo que permite que se acumule la orina residual por debajo del globo, lo cual a su vez puede originar una infección.

- Un tamaño 12-14FG es adecuado para una sonda que se utilizará en hombres y mujeres. Las sondas para sondaje intermitente por el propio paciente suelen ser de tamaño 10 a 12FG.
- Las sondas se fabrican en longitudes específicas para mujeres y para hombres; las sondas para hombres miden aproximadamente 42 cm, en tanto que las que se utilizan en mujeres miden unos 26 cm.
- Para uso sistemático se utiliza una sonda con un globo de 10 ml. (19)

Materiales

La mayoría de sondas son de látex, silicona y plásticos. Las sondas de látex se usan en sondajes cortos, son más alergénicas y se obstruyen más

fácilmente, mientras que las de silicona son más adecuadas en sondajes prolongados.

Se dispone de diversos materiales de sonda y la selección se ajustará a las necesidades de cada paciente.

A corto plazo (2 a 4 semanas):

- Sonda de látex (rara vez se utiliza).
- Sonda de Foley de látex recubierta con PTFE (teflón).

A largo plazo (hasta 12 semanas):

- Sonda de elastómero de silicona: látex y silicona.
- Sonda de elastómero de hidrogel: látex e hidrogel.
- Sonda de hidrogel de polímero: látex e hidrogel de polímero.
- Sonda al 100% de silicona (sin látex, pero conlleva el riesgo de que se filtre el agua del globo y por tanto se debe revisar con regularidad el agua que contiene el globo).
- Sonda de Nelaton de plástico para el auto sondaje intermitente.
- Sólo las sondas de PVC y las de silicona al 100% no contienen látex y deben utilizarse en pacientes con alergia al látex.

Clasificación general de las sondas vesicales

Las sondas varían en consistencia y composición. Pueden ser rígidas, semirrígidas o blandas. Y pueden estar fabricadas con látex, plástico, silicona.

(20)

a. Según la duración del sondaje:

- Para sondajes permanentes.
- Para sondajes intermitentes.

b. Según la consistencia de la sonda

- Rígidas
- Semirrígidas.
- Blandas.

c. Según la forma de la punta

- Rectas.
- Acodadas.

d. Según los materiales

- Silicona.
- Plástico.
- látex, etc.

e. Según el número de vías

- De una sola vía o luz.
- De dos vías.
- De tres vías.

Descripción y uso de las sondas

La razón del sondaje vesical determinará el tipo y el tamaño de la sonda que se va a utilizar:

- Las **sondas de látex** provocan con mayor frecuencia irritación de la mucosa uretral e incrustaciones. Deben ser sustituidas cada tres semanas. Puede existir la posibilidad de desarrollar alergia a este material.
- Las **sondas de silicona** se toleran mejor. Pueden permanecer sin cambiarse hasta tres o cuatro meses, siendo por esto recomendables para sondajes permanentes. Se utiliza una sonda de silicona (Silastic) cuando es necesario mantenerla colocada durante un período prolongado, ya que la silicona es menos irritante para el tejido corporal.
- El coste económico de las sondas de látex y silicona, en relación con el precio-duración, es similar. Su tamaño viene calibrado en unidades francesas (escala de Charriere – CH) que miden la circunferencia externa. Una unidad CH equivale a 0,33 mm. Existen sondas para adultos y pediátricas. Para adultos los calibres van del 8 al 30, siendo los más utilizados el CH 14 y CH 16 para hombres y CH 18 para mujeres. Los calibres 20-22 de tres vías se usan para lavado vesical continuo.
- Las **sondas vesicales rígidas** con una sola vía se utilizan para sondajes intermitentes. En la de dos vías una de ellas es para inflar el balón (con suero o agua destilada), que sirve para fijarla en el interior de la vejiga. En las de tres vías, la tercera vía se usa para irrigar la vejiga de forma continua.
- Las **puntas de las sondas** pueden tener distintas curvaturas y uno o varios orificios, dependiendo de sus usos. Las acodadas resultan de utilidad en varones con adenomas prostáticos, habitualmente son semirrígidas y se deben introducir con la punta mirando hacia arriba.
- Se puede emplear una sonda de extremo redondeado cuando no sea necesario dejarla alojada.
- La **sonda de Foley** es la de uso más frecuente. La punta del extremo distal puede ser redondeada o acodada. Tiene doble luz, una se utiliza para inflar

el balón para la sujeción en la vejiga, la otra conecta la vejiga con el exterior y permite la evacuación de orina y la introducción de líquidos en la vejiga. Es una sonda permanente, que va unida a la bolsa de orina.

- Se puede utilizar una sonda de Foley de doble luz y de autor retención o retención automática cuando sea necesario dejarla colocada a corto plazo.
- Se utiliza una sonda de Foley de triple luz de retención automática cuando es necesaria la irrigación continua de la vejiga urinaria.
- Se utiliza una sonda de Tiemann cuando el conducto uretral es estrecho; por ejemplo, cuando un paciente de sexo masculino tiene una glándula prostática hipertrófica; la forma de la punta del catéter ayuda a su introducción.
- Se puede utilizar una sonda con punta de silbato en el período postoperatorio para permitir la expulsión de coágulos sanguíneos, sobre todo cuando no se está utilizando la irrigación vesical.

Bolsas urinarias

Hay tres factores que se deberán considerar al escoger una bolsa urinaria apropiada: la capacidad, la longitud del tubo de entrada y el tipo de llave de salida para el vaciado. La selección depende del propósito del uso de la sonda, la preferencia del paciente y su destreza manual. La bolsa para la pierna debe fijarse con bandas para la pierna o mediante diversas prendas, como mangas de red. También se puede prescribir una “bolsa para el vientre” en vez de una bolsa para la pierna. Este producto, que se utiliza alrededor de la cintura, se fabrica para los usuarios que, por ejemplo, tienen una amputación bilateral.

Tipos de Sondaje

Inserción de una sonda o catéter por la uretra hasta la vejiga de forma intermitente o permanente.

- a) **Sondaje intermitente:** Introducción de una sonda vesical estéril de un solo uso y suficientemente larga como para llegar a la vejiga y drenarla.
- b) **Sondaje permanente:** Introducción de una sonda vesical estéril de un solo uso y suficientemente larga como para llegar a la vejiga, hasta que se resuelva el motivo que provoca el cateterismo.

Objetivos

Sondaje intermitente

1. Mitigar inmediatamente la distensión vesical aguda.
2. Obtener una muestra de orina estéril.
3. Medir el volumen residual postmiccional.
4. Administrar fármacos (quimioterapia vesical, contraste radiológico, etc.).

Sondaje permanente

1. Medir la diuresis de forma estricta y continua.
2. Estudio y tratamiento.
3. Tratar la retención urinaria.
4. Realizar irrigación vesical continua o intermitente.

Personal

- Enfermera Profesional (Licenciada).
- Auxiliar de Enfermería

Material

- Fuente de luz.
- Guantes de un solo uso.

- Guantes estériles.
- Esponja jabonosa.
- Empapador.
- Agua tibia.
- Jabón líquido.
- Gasas estériles
- Povidona yodada acuosa al 4% o clorhexidina
- Pinza de Köcher.
- Cuña.
- Paño estéril de orificio o dos paños sin orificio.
- Lubricante urológico hidrosoluble estéril (tetracaína o lidocaína).
- Agua destilada, 10 ml o suero salino.
- Jeringa de 10 ml.
- Sonda vesical: Intermitente para un sondaje puntual (vaciado de vejiga).
Permanente: Foley. La medida para adultos entre 14 y 18 Fr. escogiendo siempre la de menor calibre posible.
- Bolsa de diuresis.
- Soporte de la bolsa.

Procedimientos para la instalación de sonda vesical

a. Paciente femenino

1. Explicar el procedimiento de enfermería a la paciente (para obtener su consentimiento y cooperación).
2. Reunir y preparar el equipo y asegurarse de que esté disponible para utilizarse.

3. Asegurar la privacidad de la paciente para mitigar su ansiedad.
4. Observar a la paciente durante toda esta actividad para identificar cualquier signo de ansiedad.
5. Preparar y ayudar a la paciente a colocarse en posición supina con las rodillas dobladas, las caderas flexionadas y los pies descansando en la cama, aproximadamente a 70 cm de separación. Esta posición permite un acceso satisfactorio y la visualización de los genitales.
6. Colocar un empapador o una sábana impermeable similar bajo las nalgas de la paciente para evitar cualquier derrame de líquidos hacia la ropa de cama del paciente.
7. Colocar la fuente de iluminación de manera que se puedan visualizar bien los genitales.
8. Lavarse las manos y ponerse los guantes, que harán las veces de una barrera entre la piel de la enfermera y los tejidos del paciente y reducirán la frecuencia de contaminación
9. Abrir y colocar el equipo y el material, manteniéndolo estéril y evitando su contaminación.
10. Limpiar los labios menores, frotando de arriba hacia abajo para disminuir el riesgo de infección cruzada desde la región anal.
11. Con la mano no dominante, separar los labios menores para descubrir el meato uretral. Mantener esta posición hasta que se inserta la sonda para prevenir la re contaminación del meato uretral por los labios menores después de la limpieza.
12. Insertar el gel de anestésico o el lubricante hidrosoluble en el meato uretral para facilitar la introducción de la sonda. Es necesario el empleo de un gel anestésico para mitigar el malestar y la lesión uretral y reducir

el riesgo de infecciones Habrá que tener precaución cuando haya hemorragia uretral, ya que esto puede ocasionar la absorción del anestésico a la circulación general. Se deja transcurrir el tiempo especificado por el fabricante para que el anestésico surta efecto.

13. Con la mano dominante, limpiar el meato uretral para evitar la introducción de microorganismos en la uretra o en la vejiga, o en ambas a la vez, y colocar el recipiente estéril para recoger la orina procedente de la sonda.
14. Insertar la sonda lubricada en la uretra en dirección hacia arriba y hacia atrás, siguiendo el trayecto anatómico de la uretra femenina
15. Evitar la contaminación de la superficie de la sonda hasta que haya comenzado a drenar la orina, para prevenir la introducción de microorganismos.
16. Si la sonda no se va a dejar colocada, retirarla suavemente cuando cese el flujo de orina.
17. Si se va a dejar colocada la sonda, avanzar con suavidad 4-5 cm y lentamente insuflar el globo conforme a las instrucciones del fabricante. El globo insuflado mantendrá la posición de la sonda.
18. Una molestia de dolor sugiere que el globo que se está inflando todavía se encuentra dentro de la uretra de la paciente. Se interrumpe el proceso de inflado y se retira el líquido introducido en el globo. Se introduce la sonda otros 4 o 5 cm y se repite el proceso de inflado. La longitud de la uretra de un paciente es variable, de manera que es importante ajustar el procedimiento para satisfacer las necesidades de cada paciente y evitar complicaciones.

19. Adaptar un sistema de drenaje y manejar apropiadamente todos los posibles puntos de entrada de infección para prevenir la aparición de una infección ascendente
20. Fijar la sonda cuando sea apropiado dando soporte a la sonda y al tubo de drenaje para reducir el traumatismo del cuello vesical y la uretra, lo que podría originar la aparición de una úlcera por presión. Se dispone de bandas que ayudan a este proceso.
21. Asegurarse de que la paciente se sienta lo más cómoda posible, manteniendo así la calidad de este procedimiento de enfermería.
22. Desechar con seguridad el equipo para reducir cualquier riesgo sanitario.
23. Documentar apropiadamente el procedimiento de enfermería, vigilar los efectos secundarios y comunicar de inmediato cualquier dato anormal para disponer de un registro documentado y ayudar a la implementación de cualquier medida necesaria en caso de que se advierta alguna anomalía o una reacción adversa al procedimiento. (21)

b. Paciente masculino

Este procedimiento suele realizarlo un médico, un enfermero o una enfermera que han logrado el nivel necesario de habilidad. Una enfermera puede preferir un acompañante para este procedimiento.

1. Explicar el procedimiento al paciente para obtener su consentimiento y cooperación.
2. Reunir y preparar el equipo y asegurarse de que todo el equipo y el material estén disponibles y listos para utilizarse.
3. Mantener la privacidad del paciente para mitigar su ansiedad.

4. Observar al paciente durante toda esa actividad y advertir cualquier signo de ansiedad.
5. Preparar y ayudar al paciente a adoptar una posición supina, la cual permite un acceso adecuado a los genitales y su visualización.
6. Colocar un empapador o una sábana impermeable similar bajo las nalgas del paciente para evitar que se derrame líquido sobre la ropa de cama.
7. Disponer de la iluminación para obtener una buena visualización de los genitales.
8. Lavarse las manos y ponerse los guantes, que funcionarán como una barrera entre la piel de la enfermera y los tejidos del paciente, evitando así la contaminación
9. Abrir y colocar el equipo, manteniendo la esterilidad para reducir la contaminación.
10. Retraer el prepucio del paciente con la mano no dominante. Mantener esta posición hasta que se haya realizado la inserción de la sonda para evitar que se contamine de nuevo el meato uretral con el prepucio después de la asepsia.
11. Con la mano dominante, lavar el glande y el meato uretral para evitar que se introduzcan microorganismos en la uretra o en la vejiga urinaria, o en ambas a la vez.
12. Aplicar el gel de lidocaína y dejarlo durante el tiempo especificado por el laboratorio fabricante para que el anestésico local ejerza su acción.
13. Colocar el recipiente estéril y, con la mano no dominante, sujetar suavemente el cuerpo del pene, enderezándolo, ya que esto ayudará a introducir la sonda por la uretra.

14. Puesto que la uretra masculina es más larga que la femenina, se inserta la sonda lubricada hacia el meato uretral unos 20-25 cm aproximadamente, hasta que drene la orina
15. Continuar con los mismos pasos descritos para el paciente femenino hasta que se fija la sonda.
16. Volver a colocar el prepucio del paciente sobre el glande para evitar una parafimosis.
17. Fijar la sonda, cuando es apropiado, brindando soporte a la sonda y al tubo de drenaje y reducir el traumatismo al cuello de la vejiga y la uretra, lo cual podría ocasionar la aparición de una úlcera por presión. Se dispone de cinta adhesiva para facilitar este proceso.
18. Confirmar que el paciente se sienta lo más cómodo posible manteniendo la calidad de este procedimiento de enfermería.
19. Desechar de forma segura el equipo para reducir cualquier riesgo sanitario.
20. Documentar de forma apropiada el procedimiento de enfermería, vigilar los efectos secundarios y comunicar de inmediato cualquier dato anormal, proporcionando un informe por escrito y ayudando a la implementación de cualquier medida que resulte necesaria en caso de que se advierta alguna alteración o una reacción adversa al procedimiento.

Sondaje intermitente

- En estos casos, se deben utilizar sondas específicas que no disponen de globo.

- La ejecución de la técnica es la misma que en el sondaje permanente, excepto las acciones relacionadas con el globo del catéter.
- La recogida de la orina se realizará en una bolsa de orina.
- Retirar la sonda cuando ya no haya emisión de orina.
- En caso de que obtenga 500 ml de orina de una vez, pinzar el catéter durante 15 minutos, para evitar la descompresión brusca de la vejiga. Pasado este tiempo, retirar definitivamente la sonda vesical. (22)

Detección de signos y síntomas de obstrucción de la Sonda.

Se debe vigilar permanentemente que la orina es evacuada a la bolsa de forma correcta. La presencia de pequeños coágulos o el acodamiento de la sonda o del tubo que va a la bolsa, sin habernos percatado, puede obstruir total o parcialmente el flujo de orina. Si esto no se resuelve, se puede llegar a una acumulación importante de orina que, si se mantiene durante un período lo suficientemente largo, da lugar a una distensión de la vejiga:

- Distensión ligera: sonido mate a la percusión.
- Distensión severa: se palpa una masa fluctuante en la zona suprapúbica.
- Distensión extrema: se palpa una masa fluctuante que puede llegar al nivel del ombligo.

En las personas obesas puede resultar difícil valorar la distensión de la vejiga. El paciente *no siempre* se dará cuenta de que su vejiga está distendida, avisándonos de que tiene dolor o incomodidad.

Las acumulaciones de orina en la vejiga debidas a los acodamientos o coágulos favorecen las infecciones.

Una ingesta de 2 a 3 litros de líquidos, si es que no existe alguna contraindicación, favorece la diuresis y dificulta la formación de incrustaciones en la sonda.

Debemos enseñar al paciente y a su familia la fijación de la sonda, el tubo que va a la bolsa y la propia bolsa de forma correcta. A saber:

La bolsa siempre se colocará por debajo del nivel de la vejiga.

- La sonda se fijará con esparadrapo hipoalérgico al muslo.
- Si el paciente está acostado en decúbito supino, la sonda y el tubo a bolsa irán *por encima del muslo*.
- Si el paciente está acostado en decúbito lateral, la sonda y el tubo a bolsa **nunca** se colocarán por debajo del paciente ya que su propio peso podría obstruirla. La sonda y el tubo a bolsa se colocarán hacia un lado de la cama.
- Si el paciente está sentado, vigiaremos que ni la sonda ni el tubo a bolsa queden aplastados.
- Si el paciente deambula, conocerá la forma correcta de fijar la bolsa de pierna ayudándose de tiras de velcro.

Puntos a tener en cuenta

1. Evitar los sondajes que no sean imprescindibles.
2. Registrar en la historia de enfermería:
 - ✓ Tipo y calibre.
 - ✓ Fecha de inserción.
 - ✓ Fecha recomendada de cambio, o retirada de sonda.

✓ Volumen de orina

3. En caso de sondajes por retención, evacuados los primeros 500 ml, pinzar el tubo que va a bolsa durante 15 minutos, para evitar una descompresión brusca de la vejiga. Se repetirá este proceso tantas veces como sea necesario.
4. En caso de sondajes por retención, evacuados los primeros 500 ml, pinzar el tubo que va a bolsa durante 15 minutos, para evitar una descompresión brusca de la vejiga. Se repetirá este proceso tantas veces como sea necesario.
5. No realizar cambios periódicos de la sonda, mientras no haya desconexiones del circuito y las condiciones de la sonda sean correctas.
6. Sustituir la sonda por una de silicona en el caso de que se mantenga la indicación del sondaje pasados 30 días.

No se debe utilizar lubricante urológico con las sondas de silicona, ya que las degrada (lubrificar con agua estéril)

En caso de alta del paciente con sonda vesical, realizar educación sanitaria, y entregar folleto informativo.

Técnica para retirar la sonda

Material

- Guantes de un solo uso.
- Jeringa estéril con la capacidad del volumen del globo de la sonda.
- Bolsa para recogida de residuos.

Preparación del personal

- Lavado de manos higiénico.
- Ponerse los guantes de un solo uso.

Preparación del paciente

- Informarle del procedimiento y de que notará escozor cuando se le extraiga la sonda.
- Explicarle la necesidad de controlar el volumen de las próximas micciones.
- Colocarle en la posición adecuada:
- Hombre: decúbito supino.
- Mujer: posición ginecológica.

Técnica

- Colocar el empapador al paciente.
- Vaciar el contenido de la bolsa de diuresis.
- Retirar el esparadrapo de sujeción.
- Conectar la jeringa para deshinchar el globo y extraer el líquido lentamente.
- Retirar suavemente la sonda sin desconectar la bolsa colectora.
- Desechar la sonda y la bolsa colectora en la bolsa de residuos.
- Indicar al paciente lavado de genitales.

Puntos a tener en cuenta

1. Valorar la primera micción voluntaria y repetir la valoración cada seis horas durante las próximas 24 horas.
2. Registrar en la historia de enfermería:
 - Día y hora de la retirada de la sonda.
 - Número y características de las micciones espontáneas en las siguientes 24 horas.
 - Características de la orina.
 - Incidencias.
3. Recomendar al paciente abundante ingesta de líquidos, salvo contraindicaciones. (23)

Problemas en la retirada de la sonda

Para retirar la sonda, se deshincha el globo de fijación y se tracciona suavemente. Pero puede ocurrir que el conducto que comunica con el globo esté deteriorado y que no se pueda deshincharlo. Podemos intentar llenar a presión el globo hasta que se produzca su estallido, para esto podemos usar 3 cc de éter o mayor cantidad de suero fisiológico. Intentar introducir un fiador muy fino por el canal, hasta llegar al globo y pincharlo es una maniobra con riesgo.

Nunca se debe cortar la sonda a la altura del meato, ya que existe el riesgo de que la sonda se introduzca en la vejiga y precise extracción quirúrgica. Aunque como último recurso podemos cortarla justo por encima de la válvula de inflado del globo, si deducimos que es ahí (en la válvula de inflado-desinflado) donde está la causa de que no podamos desinflar el globo de fijación.

Cambio de la sonda vesical y la bolsa recolectora

En la bibliografía consultada, a veces, no hay coincidencia en la frecuencia de tiempo propuesta para el cambio de la sonda. Aunque se acepta ampliamente en muchas Unidades cambiar la sonda de silicona cada tres meses y la sonda normal Foley cada tres semanas.

Evidentemente estos plazos se acortan necesariamente cuando hay que cambiar la sonda porque se ha obstruido o ha sucedido algún percance que recomiende su sustitución.

La bolsa recolectora de los sistemas de drenaje cerrado (que se vacía por debajo con una válvula) no es necesario cambiarla a diario. Se debe sustituir por otra cuando se aprecien sedimentos en la bolsa y en el tubo que va a ella. Los pacientes que deambulan usarán una bolsa de pierna que deberán cambiar a diario. Ya vimos cómo las continuas desconexiones del sistema de drenaje favorecen las infecciones.

Lesiones secundarias al sondaje vesical.

En el momento de introducir la sonda podemos causar traumatismos en la uretra o falsas vías, si no realizamos la técnica de forma adecuada. Quizá encontremos dificultad para introducir la sonda. Procedamos entonces de la manera siguiente:

- a) **Varones** Lubrificar abundantemente la uretra con lubricante urológico y esperar unos minutos para que el anestésico que contiene haga efecto. Colocar el pene, retirando completamente el prepucio, en un ángulo de 90 grados respecto al abdomen del paciente, *aplicar una suave tracción hacia arriba para enderezar la uretra*. Pídale al paciente que haga fuerzas como si fuera a orinar, lo que relajará los esfínteres y permitirá una penetración más suave. Introduzca la sonda 7-8 cm. A continuación, cambiar el ángulo del pene hacia abajo (posición

horizontal) a la vez que se introduce la sonda con cortos movimientos de rotación. Nunca utilizar la fuerza.

- b) **Mujeres** Introducir la sonda bien lubricada con suavidad, pidiéndole a la paciente que realice inspiraciones profundas y prolongadas, a la vez que empuja hacia abajo con los músculos de la pelvis para facilitar la penetración. Si se encuentra resistencia, angular ligeramente la sonda hacia la sínfisis púbica.

Si no hay reflujo de orina después de insertar la sonda de 8 a 10 cm, y la paciente no está deshidratada o ha hecho una micción reciente, puede ser que se haya introducido por error la sonda en vagina. Repetir el procedimiento sin retirar la primera sonda para evitar volver a introducirla en la vagina.

En los sondajes especialmente dificultosos (pacientes prostáticos, con estenosis de uretra...), el sondaje lo realizará el urólogo, empleando alguna de las sondas especiales que ya se han citado. Los sondajes permanentes pueden ocasionar a largo plazo estenosis uretrales y en ocasiones úlceras por presión.

Por lo que es importante fijar la sonda al muslo alternando su posición y rotar la sonda entre los dedos, para variar su posición dentro de la uretra. Además, el globo de fijación nunca se debe inflar con una cantidad mayor de suero o agua destilada que la indicada en el envoltorio. También pueden producirse litiasis vesicales secundarias a un sondaje muy prolongado que podremos prevenir en parte con un incremento en la ingesta de líquidos. (24)

Infección urinaria relacionada con la sonda

La aplicación de una sonda conlleva un riesgo importante de infección y es decisivo obtener el consentimiento informado antes de este procedimiento. Se cuenta con directrices que apoyan al proceso de toma de decisiones para

asegurarse de las indicaciones apropiadas para el sondaje y para reducir los riesgos de infección.

Mayor riesgo de IURS:

- Inserción prolongada de la sonda.
- Mujeres.
- Diabetes.
- Desnutrición.
- Insuficiencia renal.
- Edad avanzada.

El manejo apropiado de la sonda una vez que está insertada ayudará a disminuir el riesgo de infección, lo cual incluye:

- Manipular el sistema de drenaje cerrado sólo cuando sea necesario
- Limpiar diariamente el meato urinario con jabón suave y agua.
- Cambiar las bolsas urinarias para la pierna y las nocturnas cuando sea clínicamente apropiado o de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- Siempre se tendrán en cuenta las directrices para el control de infecciones

Signos y síntomas de cistitis, pielonefritis y uretritis. Higiene

Aproximadamente entre el 30 y 40% de todas las infecciones nosocomiales tienen su origen en un foco urinario, generalmente debidas a un sondaje vesical.

A los 10 días de llevar una sonda vesical, cerca del 50% de los pacientes pueden presentar bacteriurias, llegando al 100% de los pacientes si el período es de más de 28 días.

- a) El **sistema de drenaje abierto** favorece la aparición de bacteriuria en el 50% de los pacientes durante las primeras 24 horas y casi del 100% al cuarto día de sondaje.
- b) El **sistema de drenaje cerrado** reduce la incidencia de bacteriuria en aproximadamente el 5% de los pacientes por día de sondaje y solamente un 50% de los pacientes portadores de sonda vesical presentan infección entre los 11-13 días tras la colocación de la sonda.

Los microorganismos que son detectados más frecuentemente en el caso de bacteriuria son:

- Escherichia Coli (35,6 %).
- Enterococos (15,8 %).
- Candida (9,4 %).
- Klebsiella (8,3 %).
- Proteus (7,9 %).
- Pseudomona Aeuruginosa (6,9 %).

Estos microorganismos proceden mayoritariamente de la flora fecal.

El mecanismo por el cual se produce la infección urinaria es mediante el ascenso de microorganismos a través de la luz interior de la sonda, o bien por la mucosa que la rodea.

Este ascenso de los microorganismos se puede producir en tres situaciones: En el momento de inserción de la sonda, por falta de asepsia. A causa de desconexiones frecuentes de la unión de la sonda con la bolsa de drenaje.

Por la diseminación retrógrada de los gérmenes hacia la vejiga, al elevar la bolsa previamente contaminada por encima del nivel de la misma. Las mujeres tienen un riesgo de infección de 2 a 4 veces mayor que los hombres, debido a la menor longitud de la uretra. Así mismo, los diabéticos con vejiga neurógena tienen mayor probabilidad de infección.

Muchas **cistitis** pueden ser asintomáticas, a pesar de ello debemos estar atentos a los siguientes síntomas y signos:

- Orina turbia.
- Orina de olor fuerte.
- Micción dolorosa, frecuente y con sensación de ardor (en pacientes no sondados).
- Espasmo en la región vesical y suprapúbica.
- Hematuria.
- Dorsalgia.
- Al menos 1.000 colonias de bacterias por mililitro de orina. Las bacterias pueden llegar a la vejiga por la uretra y ascender a los riñones como consecuencia de un reflujo uretrovesical por mal funcionamiento de las válvulas de la unión uréter-vejiga, provocando una **pielonefritis**. Sus signos y síntomas incluyen:
 - Fiebre.
 - Escalofríos.
 - Disuria.
 - Dolor espontáneo y a la palpación en el ángulo costovertebral. En las **uretritis** puede aparecer disuria y exudado mucopurulento.

Aspectos importantes para la prevención que debe seguir el paciente son:

- Lavar los genitales y el punto de unión meato-uretra cada 12 horas.
- Utilizar agua caliente con jabón ph 5-6.
- En las mujeres, lavar los labios mayores, menores y el vestíbulo siempre de delante hacia atrás.
- En los varones, retraer el prepucio para lavar el glande, volviendo la piel a la situación anterior para evitar parafimosis.
- Retirar cualquier incrustación en la sonda o restos de heces en la zona de la sonda y de la conexión sonda-tubo a bolsa.
- Secar bien la zona con una toalla limpia y destinada sólo a este fin, secando con ligeros toques.
- Evitar contaminar la bolsa cuando manipulemos la válvula de vaciado.

Indicaciones y fundamentos de los cuidados de la sonda

El plan de cuidados siempre ha de estar personalizado. Cada paciente tendrá unas necesidades específicas en función de su edad, sexo, nivel de autonomía, patologías añadidas... Pero en cualquier caso siempre tendremos en cuenta estos aspectos fundamentales:

1. Detección de signos y síntomas de cistitis, pielonefritis y uretritis. Pautas de higiene.
2. Detección de signos y síntomas de obstrucción de la sonda. Fijación de la sonda y de la bolsa.
3. Balance hídrico adecuado. Signos y síntomas de deshidratación.
4. Lesiones en el aparato urinario secundario al sondaje vesical.

5. Hematuria. Lavado de la sonda. Lavado vesical continuo.
6. Vejiga inestable. Tenesmo vesical.
7. Repercusión psicosocial. Diagnósticos de Enfermería. (25)

Los cuidados de la sonda consisten en la limpieza de la parte expuesta; esto:

- Reduce el riesgo de infecciones ascendentes a través de la sonda a otras partes del sistema urinario.
- Retira las costras o secreciones de la sonda, ya que éstas albergan microorganismos patógenos.

Equipo y material necesario:

- Guantes/delantal (bata).
- Gasas desechables.
- Jabón suave y agua.
- Superficie plana para colocar el equipo.
- Recipiente para los materiales desechables utilizados. (26)

Procedimientos:

- Explicar el procedimiento de enfermería al paciente para obtener su consentimiento y cooperación.
- Reunir y preparar el equipo y el material y asegurarse de que esté disponible y listo para utilizarse.
- Asegurar la privacidad del paciente para mitigar la ansiedad.
- Observar al paciente durante toda esta actividad y advertir cualquier signo de ansiedad.

- Ayudar al paciente a colocarse en una posición adecuada que permita a la enfermera el acceso fácil y cómodo al paciente.
- Lavarse las manos y ponerse el delantal para reducir las infecciones cruzadas ponerse los guantes y colocar el equipo para facilitar el acceso a él durante el procedimiento.
- Limpiar con suavidad el meato uretral externo, utilizando la gasa sólo una vez y en una sola dirección, frotando de arriba hacia abajo en el paciente femenino y alejándose de la unión entre la sonda y el meato para reducir el riesgo de infección cruzada.
- En un paciente masculino, se retrae el prepucio antes de la asepsia para tener acceso libre al meato.
- Desplegar el prepucio de nuevo tras concluir el procedimiento de enfermería para evitar que se presente una parafimosis.
- Limpiar suavemente con una gasa el cuerpo de la sonda en dirección opuesta a la unión entre la sonda y el meato para eliminar y alejar cualquier secreción del orificio uretral.
- Asegurarse de que el paciente se sienta lo más cómodo posible, manteniendo la calidad de este procedimiento de enfermería.
- Desechar el equipo con seguridad para reducir cualquier riesgo sanitario.
- Documentar de forma apropiada el procedimiento de enfermería, vigilar los efectos secundarios y comunicar de inmediato cualquier dato anormal, proporcionando un informe por escrito y ayudando a la implementación de cualquier medida que resulte necesaria en caso de que se advierta alguna alteración o una reacción adversa al procedimiento.

Lavado de la sonda uretral.

Material

- Jeringa estéril de 50 cc con cono ancho de alimentación.
- Empapador.
- Guantes estériles.
- Paño estéril.
- Gasas.
- Solución salina estéril.
- Recipiente estéril para verter la solución salina.
- Recipiente para verter el contenido drenado.
- Pinza de Kocher.
- Povidona yodada.

Procedimiento

1. Lavado previo de manos.
2. Explicar al paciente lo que vamos a realizar.
3. Colocar el empapador desechable bajo el punto de conexión de la sonda con el sistema de drenaje.
4. Verter la solución salina que vamos a utilizar en el recipiente estéril.
5. Colocarse los guantes estériles.
6. Limpiar la conexión de la sonda con una gasa impregnada en antiséptico, cargar la jeringa con solución salina estéril y,

desconectando la salida de la sonda, introducir de 30 a 40 cc de la solución salina.

7. Retirar la jeringa y dejar fluir por gravedad. Si no fluye aspirar con la jeringa hasta sacar el coágulo.
8. Repetir la operación hasta que la sonda quede permeable.
9. Si el paciente llevara una sonda de tres vías, al finalizar el lavado desinfectar la conexión de la tercera vía, y realizar un lavado por la entrada del suero de lavado.
10. Conectar de nuevo el suero de lavado y comprobar que el ritmo de entrada del suero es similar al de la salida de la vejiga. (27)

DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS (CUIDADOS)

Las competencias parecen constituir, en la actualidad, una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. En una visión y organización sistémica, las competencias han sido incluso capaces de expresarse como un sistema de certificación de competencias legalmente establecido en varios países del mundo, incluidos proyectos en América Latina. Más que una moda, se trata de "un vínculo entre el trabajo, la educación formal y la capacitación", la implantación de nuevos valores y normas de comportamiento.

La competencia tiene que ver con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos. La flexibilidad y capacidad de adaptación resultan claves para el nuevo tipo de logro que busca el trabajo y la educación como desarrollo general, para que las personas hagan algo con lo que saben. El término competencia, entonces, puede ser definido de manera general, como un "saber hacer, sobre algo, con determinadas actitudes", es

decir, como una medida de lo que una persona puede hacer bien como resultado de la integración de sus conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades personales.

El término alude, en primer lugar, al carácter eminentemente práctico de toda competencia. Para saber si alguien es competente es indispensable observarlo actuando; es decir, no se es competente cuando sólo se sabe cómo se debe hacer, sino cuando se hace efectivamente y de una manera adecuada.

En segundo lugar, la definición hace referencia al algo sobre el que se sabe hacer, que es el contenido de la competencia. En último lugar, para poder afirmar de alguien que es competente no basta saber qué hace ese algo, sino que importa mucho, la manera o la actitud con la que actúa. Nuevamente se hace referencia a los aprendizajes que hacen a alguien competente: sabe quién es, sabe hacer, emprender y hacerlo con otros y, finalmente, cómo hizo para saberlo. Pueden establecerse de forma general, 3 grupos de competencias:

Competencias básicas - Cognitiva. Son aquellas en las que la persona construye las bases de su aprendizaje (interpretar y comunicar información, razonar creativamente y solucionar problemas, entre otras). Las competencias básicas están referidas fundamentalmente a la capacidad de "aprender a aprender" que afirma la erradicación definitiva de la concepción de que es posible aprender de una vez y para siempre y de que en el aula se puede reproducir todo el conocimiento. Requiere de instrumentaciones básicas como la idoneidad para la expresión oral y escrita y del manejo de las matemáticas aplicadas y pone en movimiento diversos rasgos cognitivos, como la capacidad de situar y comprender de manera crítica, las imágenes y los datos que le llegan de fuentes múltiples; la aptitud para observar, la voluntad de experimentación y la capacidad de tener criterio y tomar decisiones. Entre las

competencias básicas que suelen incluirse en los currículos se encuentran la comunicación verbal y escrita, la lectura y la escritura, las nociones de aritmética, el trabajo en equipo, la resolución de problemas y la enseñanza de lenguas extranjeras (29)

Competencias personales - Actitudinal. Son aquellas que permiten realizar con éxito las diferentes funciones en la vida (actuar responsablemente, mostrar deseo de superación y aceptar el cambio, entre otras). Las competencias personales constituyen un conjunto de difícil definición, pues están en función de las capacidades y potencialidades de expresión de un grupo de características que se manifiestan en dependencia del ambiente en que se desarrolle la actividad, tales como: Seguridad en sí mismo, capacidad para dominar los sentimientos y las tensiones emocionales, curiosidad, argumentación crítica y capacidad analítica.

Competencias profesionales - Técnicas. Son las que garantizan cumplir con las tareas y responsabilidades de su ejercicio profesional. Se reconoce que las cualidades de las personas para desempeñarse productivamente en una situación de trabajo, no sólo dependen de las situaciones de aprendizaje escolar formal, sino también del aprendizaje derivado de la experiencia en situaciones concretas de trabajo. Es de señalar que la integración de todas las competencias expuestas representa los factores críticos de éxito profesional. (30)

2.2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Antecedentes del Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de salud

El Hospital Psiquiátrico José María Alvarado inició sus actividades el 2 de agosto de 1964 bajo el nominativo de Clínica Psiquiátrica “Belisario Díaz Romero”, en el inmueble ubicado en la calle Díaz Romero de la zona de

Miraflores, donde actualmente se encuentra el centro especialidades La Paz, bajo la dirección del Dr. José María Alvarado, principal impulsor y fundador, de ese nosocomio; encontrándose por entonces como presidente de la Caja Nacional de Salud, el Dr. Francisco Urioste.

El Hospital Psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud es un centro asistencial especializado de segundo nivel, que presta atención a pacientes con afecciones mentales y es de cobertura nacional.

Desde su inicio ha sido un centro de actividad docente a nivel de pregrado por convenio con la UMSA y desde el año 1986 funciona la residencia médica de Psiquiatría a cargo de la jefatura de enseñanza y el comité de docente asistencial del hospital, constituido por todos los médicos de planta. Actualmente pasan por sus instalaciones alumnos de pregrado cátedra de psicología de la UMSA, Psiquiatría de la facultad de medicina de la UMSA y continuará la formación de médicos psiquiátricos.

En el año 1996, amplió su cobertura de acción por la necesidad del servicio, incrementando la infraestructura con la construcción de un bloque de instalaciones exclusivamente para pacientes de sexo masculino y las piezas de cuidados especiales.

Misión:

Brindar atención especializada en psiquiatría de alta calidad y calidez a pacientes asegurados; beneficiarios y particulares.

Visión:

El hospital de Psiquiatría constituye un centro de especialidad cuyo objetivo es la promoción, prevención, tratamiento, y rehabilitación de trastornos mentales de asegurados y beneficiarios de la CNS.

Prestación de servicios

Cuenta con personal médico y de enfermería calificada, personal profesional, personal administrativo, personal de apoyo y de servicio.

Los servicios que presta se los describe a continuación:

- Urgencia las 24 horas del día
- Servicios de hospitalización con 50 camas
- Consulta externa
- Farmacia
- Trabajo social
- Psicología
- Nutrición
- Terapia electro convulsiva

Es un hospital de concentración real siendo el único de Psiquiatría con que cuenta la C.N.S. Se hospitalizan pacientes de todo el país e inclusive extranjeros

y existen pacientes que asisten a consulta externa con regularidad.

Un Hospital Psiquiátrico es un establecimiento de salud, dedicado al diagnóstico y tratamiento de patologías psiquiátricas como enfermedades mentales que cuenta con internación. Estos hospitales derivan históricamente de los asilos y manicomios.

En la actualidad estos centros médicos especializados, cuentan en su mayoría con los servicios médicos de un hospital general además de servicios profesionales específicos para tratar enfermedades mentales, como

psicólogos, médicos psiquiatras, trabajadores sociales, médicos especializados, laboratorios, medicina interna, farmacia, etc.

Los centros especializados en enfermedades mentales en la ciudad de La Paz y El Alto son cinco, los cuales cobijan y atienden a pacientes brindando información y orientación a los familiares. Estas instituciones funcionan bajo convenios interinstitucionales, que les permiten realizar rebajas en los costos de los servicios de atención a los familiares de los pacientes y muchas veces las consultas resultan gratuitas. Entre estas instituciones se encuentran:

EL Hospital Psiquiátrico “José M. Alvarado” de la Caja Nacional de Salud, es un centro especializado de segundo nivel de referencia nacional que realiza prestación de servicios de emergencia durante las 24 horas del día y hospitalización, tratando a pacientes con problemas mentales, drogadicción, alcoholismo y depresión.

El número del personal que trabaja en el Hospital Psiquiátrico es de 65 personas que cumplen sus funciones en diferentes turnos. El personal se encuentra conformado por: Director, Médicos Psiquiatras, Jefe de Enfermas, Licenciadas en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Personal de Servicio, Farmacéutico, Administrador, Contador, Psicólogos, Trabajador Social y Nutricionista.

El Hospital Psiquiátrico se caracteriza por atender a una gran demanda de pacientes, entre enfermos mentales, alcohólicos, depresivos, drogadictos y otros, debido a que la atención que brinda ha sido reconocida como buena y eficiente.

Por todo lo descrito la dirección del Hospital junto con el área de enfermería realiza reuniones de manera esporádica con el personal buscando mejorar aspectos importantes como el servicio que es el área principal, la organización en la realización de proyectos como ser conferencias, cursos, charlas y

algunas actividades que permitan mejorar las relaciones interpersonales entre los empleados.

En la gestión 2017 se atendieron 20.157 pacientes con diferentes patologías mentales.

2.3. ALCANCE DEL ESTUDIO

El estudio es de nivel descriptivo en el cual se realiza una caracterización tanto de aspectos académicos demográficos y laborales del profesional de enfermería, así como del conocimiento, actitud y practica para el cuidado y mantenimiento de sonda vesical de pacientes internados en el Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de Salud.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

No existe compendias cognitivas, técnicas y actitudinales del profesional de enfermería en el cuidado de pacientes con sonda vesical a permanencia del Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” en la gestión 2018.

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Para realizar la investigación, se utilizó el enfoque de tipo cuantitativo y cualitativo.

Es cuantitativo, porque es aquella que permite recoger y analizar datos cuantitativos (que se puedan contar) y se ratifican en el análisis y tabulación de los datos estadísticos que se obtengan de la investigación

Es cualitativo, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible

Es descriptivo: Se hará la caracterización de una situación concreta, mediante una descripción literal y detallada de los conocimientos, habilidades y actitudes, que desarrollan los profesionales en enfermería, que conducirán a la búsqueda de cambios sustanciales del ejercicio profesional en el campo de la enfermería medico quirúrgica.

Es transversal, porque se estudia las variables en un determinado tiempo y los resultados se muestran tal como acontecieron los hechos y fenómenos de la presente investigación.

Es prospectivo, porque la presente investigación ha sido realizada durante la gestión 2018.

3.2. Unidad de análisis y universo de estudio

El universo de la investigación está, constituida por el número total del personal de enfermería que trabaja en el Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de Salud, que son 21 entre Licenciadas en Enfermería y Auxiliares en Enfermería

La unidad de análisis está constituida por cada una de los profesionales de enfermería.

3.3. Cálculo del tamaño de la muestra

No se trabajará con muestreo por ser una población reducida, por ende, se trabajará al 100%, la misma está constituida por 12 profesionales en enfermería que trabaja en el Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de Salud en los diferentes turnos (mañana, tarde, noche y fin de semana)

3.4. Selección de la muestra

El tipo de muestreo es No probabilístico por conveniencia, siendo que solo se considera al personal profesional de enfermería que trabaja en el Hospital Psiquiátrico “José María Alvarado” de la Caja Nacional de Salud.

3.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad	Cuantitativa Continua	Edad en años del profesional en enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor a 30 años ✓ 30 a 34 años ✓ 35 a 39 años ✓ 40 y más años 	Frecuencias Porcentajes
Nivel académico	Cualitativa Nominal	Es el grado de distinción del profesional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diplomado ✓ Especialidad ✓ Maestría ✓ Ninguno 	Frecuencias Porcentajes
Años de experiencia en el Hospital de Psiquiatría	Cualitativa Nominal	Años de experiencia en la unidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor a 2 ✓ De 2 a 4 ✓ de 5 a 7 ✓ De 8 a 10 ✓ 11 y más 	Frecuencias Porcentajes
Condición laboral	Cualitativa Nominal	Condición laboral	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Con Ítem ✓ Contrato ✓ Pasantía 	Frecuencias Porcentajes
Conocimientos de lugar y posición adecuada de la bolsa colectora de orina	Cualitativa Nominal	Según el conocimiento del profesional de enfermería sobre lugar y posición adecuada de la bolsa colectora de orina	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conoce ✓ No conoce 	Frecuencias Porcentajes
Tipo (material) de la sonda vesical a largo plazo	Cualitativa Nominal	Según el conocimiento sobre el tipo (material) de la sonda vesical a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conoce ✓ No conoce 	Frecuencias Porcentajes
Nivel de llenado para realizar el vaciado de la bolsa recolectora	Cualitativa Nominal	Según el conocimiento sobre el nivel del llenado para realizar el vaciado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conoce ✓ No conoce 	Frecuencias Porcentajes

		de la bolsa colectora		
Técnica para la instalación de una sonda vesical	Cualitativa Nominal	Según el conocimiento sobre la técnica para la instalación de una sonda vesical	✓ Conoce ✓ No conoce	Frecuencias Porcentajes
Acciones que favorecen la infección del tracto urinario	Cualitativa Nominal	Según el conocimiento sobre las acciones que favorecen la ITU.	✓ Conoce ✓ No conoce	Frecuencias Porcentajes
Recolección de orina en un sistema de circuito cerrado	Cualitativa Nominal	Según el conocimiento sobre la recolección de orina en un sistema de circuito cerrado	✓ Conoce ✓ No conoce	Frecuencias Porcentajes
El proceso de lavado de manos con solución hidroalcohólica	Cualitativa Nominal	Según el conocimiento del proceso de lavado de manos con solución hidroalcohólica	✓ Conoce ✓ No conoce	Frecuencias Porcentajes
Vaciado de bolsa en recipiente separado y limpio para c/paciente	Cualitativa Nominal	Según el conocimiento sobre el vaciado de bolsa en recipiente separado y limpio para c/paciente	✓ Conoce ✓ No conoce	Frecuencias Porcentajes
Llenado del globo con agua con agua destilada estéril	Cualitativa Nominal	Según el conocimiento sobre el llenado del globo con agua destilada estéril	✓ Conoce ✓ No conoce	Frecuencias Porcentajes
Lavado de manos para el cuidado y	Cualitativa Nominal	Según la actitud sobre el lavado de manos para el	✓ Adecuado ✓ Inadecuado	Frecuencias Porcentajes

mantenimiento de la sonda vesical		cuidado y mantenimiento de la sonda vesical		
Aseo genital para el cuidado y mantenimiento de la sonda vesical	Cualitativa Nominal	Según la actitud sobre el aseo genital para el cuidado y mantenimiento de la sonda vesical	✓ Adecuado ✓ Inadecuado	Frecuencias Porcentajes
Cuidado aséptico de la válvula de salida de bolsa recolectora	Cualitativa Nominal	Según el cuidado aséptico de la válvula de salida de bolsa recolectora	✓ Adecuado ✓ Inadecuado	Frecuencias Porcentajes
Comunica al paciente el procedimiento a realizar	Cualitativa Nominal	Según el cumplimiento de las actividades de comunicación al paciente sobre el procedimiento a realizar	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
Toma medidas para la intimidad del paciente	Cualitativa Nominal	Según el cumplimiento de la toma de medidas para la intimidad del paciente	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
Lavado de manos antes del procedimiento	Cualitativa Nominal	Según el cumplimiento del lavado de manos antes del procedimiento	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
Colocacion de los guantes	Cualitativa Nominal	Según el cumplimiento de colocacion de guantes antes del procedimiento	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
Limpieza del meato uretral, con la técnica adecuada	Cualitativa Nominal	Según el cumplimiento de la limpia el meato	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes

		uretral, con la técnica adecuada		
Mantiene catéter y tubo de recolección sin dobleces	Cualitativa Nominal	Según el cumplimiento sobre mantener el catéter y tubo de recolección sin dobleces	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
La sonda está fijada de acuerdo al sexo del paciente	Cualitativa Nominal	Según el cumplimiento de la sonda esta fija de acuerdo al sexo del paciente	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
La bolsa recolectora no sobrepasa dos tercios	Cualitativa Nominal	Según el procedimiento sobre la bolsa recolectora no sobrepasa dos tercios	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
Mantiene la bolsa colectora debajo del nivel de la vejiga	Cualitativa Nominal	Según el cumplimiento de mantener la bolsa colectora debajo del nivel de la vejiga	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
Apoya la bolsa en el piso	Cualitativa Nominal	Según el procedimiento de que en ningún momento apoya la bolsa en el piso	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
Vacía la bolsa en recipiente distinto y limpio por paciente	Cualitativa Nominal	Según el procedimiento de vaciado de la bolsa en recipiente distinto y limpio por paciente	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
Evita el contacto de la espita de drenaje con el recipiente	Cualitativa Nominal	Según el procedimiento de evitar el contacto	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes

		de la espita de drenaje con el recipiente		
Limpia con antiséptico el orificio de salida de la bolsa recolectora	Cualitativa Nominal	Según el cumplimiento limpieza con antiséptico del orificio de salida de la bolsa recolectora	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
Deshecha la orina y lava el recipiente con detergente	Cualitativa Nominal	Según el cumplimiento sobre el lavado del recipiente con detergente antes de desechar la orina	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
Deposita los guantes y gasas en recipiente o bolsa roja	Cualitativa Nominal	Según el cumplimiento de que los guantes y gasas sean depositados en un recipiente o bolsa roja	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes
Registra fecha, hora, tolerancia, características de la orina y nombre de la persona responsable	Cualitativa Nominal	Según los procedimientos de cumplimiento de los registros por la profesional en enfermería	✓ Cumple ✓ No cumple	Frecuencias Porcentajes

3.6. Recolección de datos, Técnicas e Instrumentos

Para la recolección de datos se recurrió a la aplicación de un cuestionario constituido por 14 preguntas, Aplicado después del análisis documental, y de la conformidad para la participación en la presente investigación, a través del consentimiento libre y esclarecido, aprobado por las instancias correspondientes, a todas las enfermeras que participen. (Anexo N^o 2).

Por otro lado, también se aplicó la **Lista de verificación** la que se constituirá en una referencia cruzada del análisis documental en base a los cuidados del catéter vesical a permanencia por le profesional en enfermería. (Anexo N° 3)

La técnica utilizada es: **Observación Participante**. Es el registro visual de lo que ocurre en una situación real, generalmente se observan conductas, características y condiciones afines de un grupo de individuos, en el estudio presente las enfermeras que tienen su desempeño en el Hospital de Psiquitria “José María Alvarado”.

Análisis Documental del Contenido: Es una forma de investigación técnica, que busca describir y representar los documentos de forma unificada y sistemática, porque seleccionará ideas informativamente relevantes de la historia clínica y registro de enfermería.

Es importante resaltar que ambos instrumentos fueron validados por expertos, es decir, que fueron revisados con anterioridad a su aplicación siendo los mismos corregidos. De esta forma se validó con dos expertos en el tema (Anexo N° 4).

3.7. Plan de Análisis estadístico

Para la respectiva tabulación y análisis de datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel, para la construcción de tablas de frecuencia y se procesó por medio de estadígrafos (gráficos) para la validez de los datos. Se realizó la estadística descriptiva.

Escala para medir el nivel de conocimiento y práctica

Grado de conocimiento	Puntaje por rangos*
Bueno	De 71 a 100 %
Regular	De 51 a 70 %
Malo	De 0 a 50 %

$$\text{Nivel de conocimiento total} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de respuestas correctas}}{\text{N}^\circ \text{ total de preguntas}} \times 100$$

Para el cálculo de práctica o aplicación de procedimientos generales, para la atención al paciente con sonda vesical a permanencia se suma el total de actividades cumplidas y se divide entre el total de actividades observadas

$$\text{Total} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de actividades cumplidas}}{\text{N}^\circ \text{ total de actividades evaluadas}} \times 100$$

3.8. Aspectos Éticos

Para la presente investigación se realizará la solicitud de permiso al Director del Hospital de Psiquiatría, Jefe de Enfermeras, en sentido de que la presente investigación aportará conocimientos para mejorar aspectos científicos en enfermería y principios existentes de niveles de jerarquía tanto en el ámbito público o privado para solicitar la autorización y realizar el presente trabajo de investigación. (Anexo N° 1).

A todas las participantes se les otorgara un consentimiento e información del estudio y las implicaciones de los resultados que se obtendrán.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

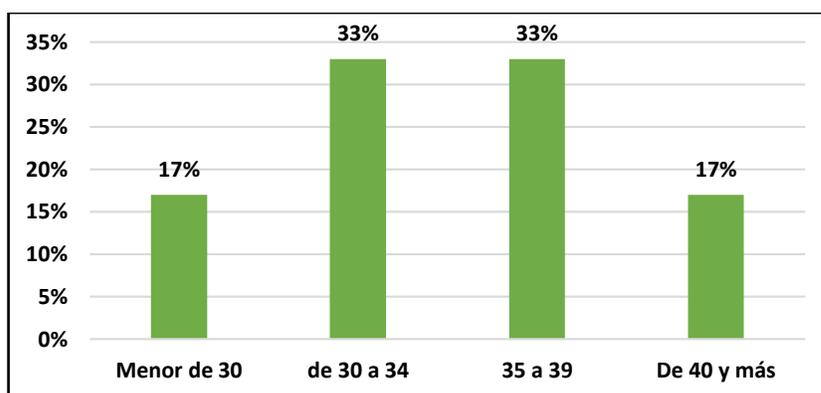
A. Características demográficas, laborales y académicas del profesional de enfermería

Tabla N^o 1.
Edad del profesional de Enfermería
Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado”– Caja Nacional de
Salud, 2018

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 30 años	2	17%
30 a 34 años	4	33%
35 a 39 años	4	33%
40 a más años	2	17%
Total	12	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N^o 1.



Fuente: Tabla N^o 1

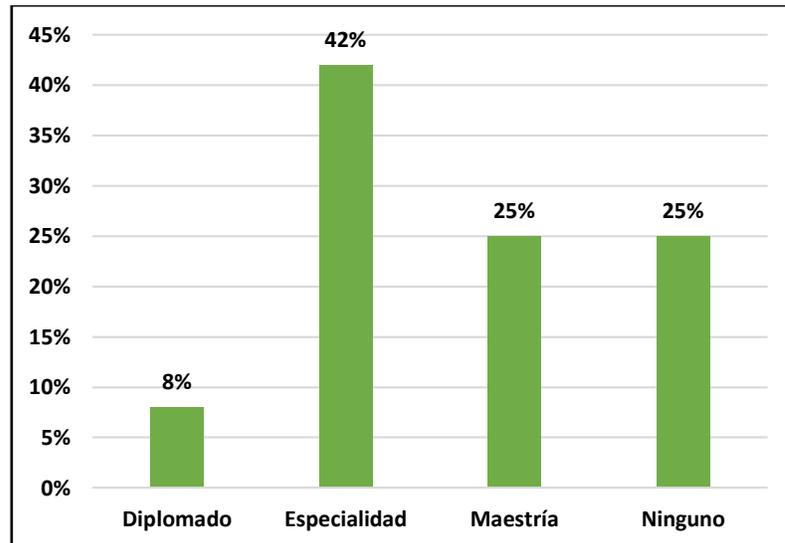
Análisis: Los resultados del presente gráfico refiere que el 66% del profesional de enfermería que trabaja en el Hospital de Psiquiatría, tiene las edades de 30 a 39 años; el 17% es joven es decir tiene la edad menos a 30 años y un 17% tiene la edad de 40 a más años.

Tabla N° 2.
Nivel académico, del Profesional de Enfermería
Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado”, Caja Nacional de
Salud, 2018

Post grado	Frecuencia	Porcentaje
Diplomado	1	8%
Especialidad	5	42%
Maestría	3	25%
Ninguno	3	25%
Total	12	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 2.



Fuente: Tabla N° 2

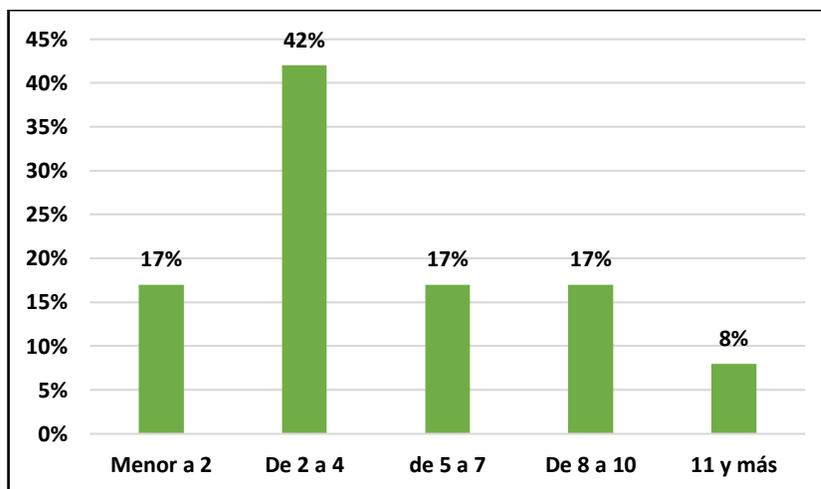
Análisis: En cuanto a la formación académica se observa que la mayoría es decir que, el 75 % de profesionales en enfermería tiene algún posgrado relacionado a Médico Quirúrgico, el 42 % tiene una maestría. Es importante mencionar que el 25% no tiene ningún posgrado en Médico Quirúrgico.

Tabla N° 3.
Profesional de enfermería, según experiencia de trabajo
Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” Caja Nacional de
Salud, 2018

Experiencia en años	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 2 años	2	17%
De 2 a 4 años	5	42%
De 5 a 7 años	2	17%
De 8 a 10 años	2	17%
11 y más años	1	8%
Total	12	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 3.



Fuente: Tabla N° 3

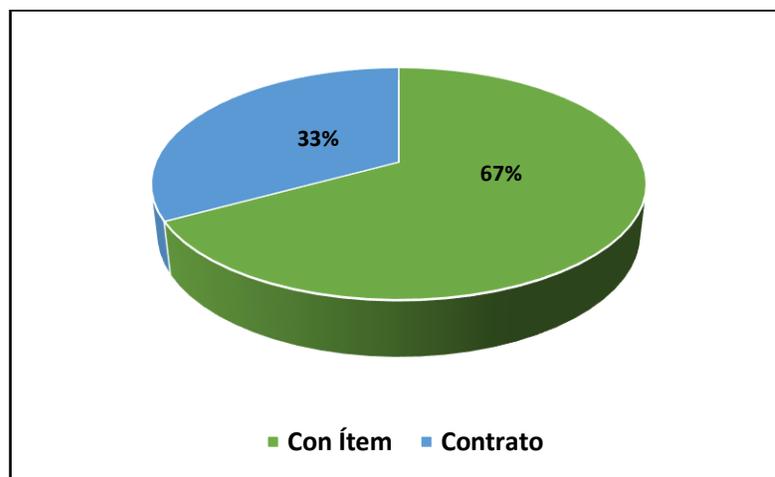
Análisis: Respecto a los años de experiencia del profesional de enfermería se puede evidenciar que la mayor proporción se encuentra en el rango de 2 a 4 años con el 42% y el 58% son enfermeras con menos de 5 años de experiencia.

Tabla Nª 4.
Profesional de enfermería, según situación laboral, Hospital de
Psiquiatría “José María Alvarado” Caja Nacional de Salud, 2018

Condición laboral	Frecuencia	Porcentaje
Con Ítem	8	67%
Contrato	4	33%
Total	12	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 4.



Fuente: Tabla Nª 4

Análisis: Sobre la situación laboral se observa que la mayoría de los profesionales en enfermería es estable ya que el 67% cuenta con ítem, sin embargo, se debe mencionar que el 33% se encuentra trabajando a contrato, es decir que laboralmente es personal inestable.

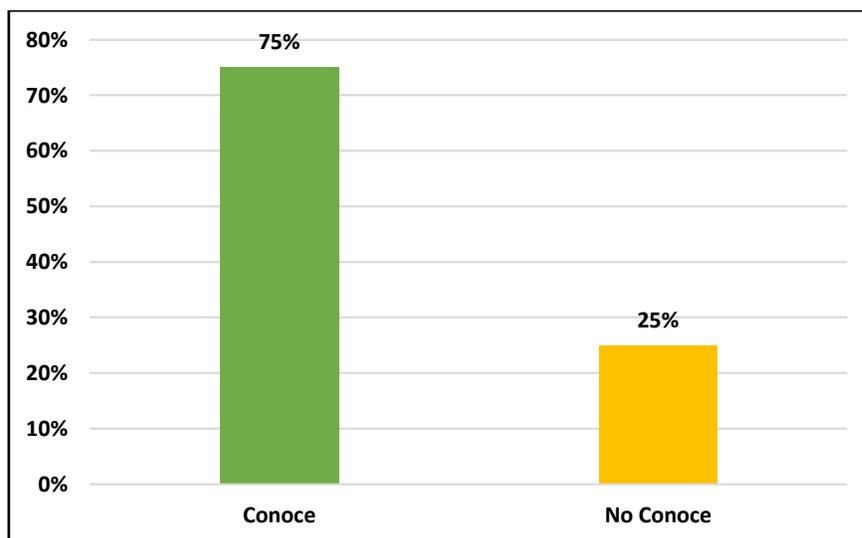
B. COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA SOBRE LOS CUIDADOS DEL CATETERISMO VESICAL

Tabla N° 5.

Profesional de enfermería, según conocimiento en cuidado y mantenimiento de sonda vesical a permanencia - Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” Caja Nacional de Salud, 2018

Ítems / componentes	Conoce		Grado de conocimiento
	N°	%	
Lugar y posición adecuada de la bolsa colectora de orina	11	92%	Bueno
Material de la sonda vesical a largo plazo	7	58%	Regular
Nivel de llenado para realizar el vaciado de la bolsa recolectora	9	75%	Bueno
Técnica para la instalación de una sonda vesical	4	33%	Malo
Acciones que favorecen la infección del tracto urinario	12	100%	Bueno
Manejo de sonda para la recolección de orina en un sistema de circuito cerrado	7	58%	Regular
Lavado de manos con solución hidroalcohólica	10	83%	Bueno
Vaciado de bolsa en recipiente separado y limpio para c/paciente	9	75%	Bueno
Nivel de llenado para realizar el vaciado de la bolsa recolectora	9	75%	Bueno
llenado del globo con agua destilada estéril	12	100%	Bueno

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 5.

Fuente: Tabla N° 5

Análisis: En la mayoría de los componentes se alcanza a una proporción mayor al 75 % de enfermeras que conocen la mayoría de ítems evaluados. En dos de ellos relacionados al material recomendado para la instalación de sondas vesicales a largo plazo y el manejo de sondas en circuito cerrado la proporción se encuentra en un nivel regular con el 58 %, y también un ítem relacionado a la técnica de instalación de la sonda el conocimiento alcanza solo a un 33 % encontrándose por lo tanto en un mal nivel de conocimiento.

C. COMPETENCIAS TÉCNICAS SOBRE LOS CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL A PERMANENCIA

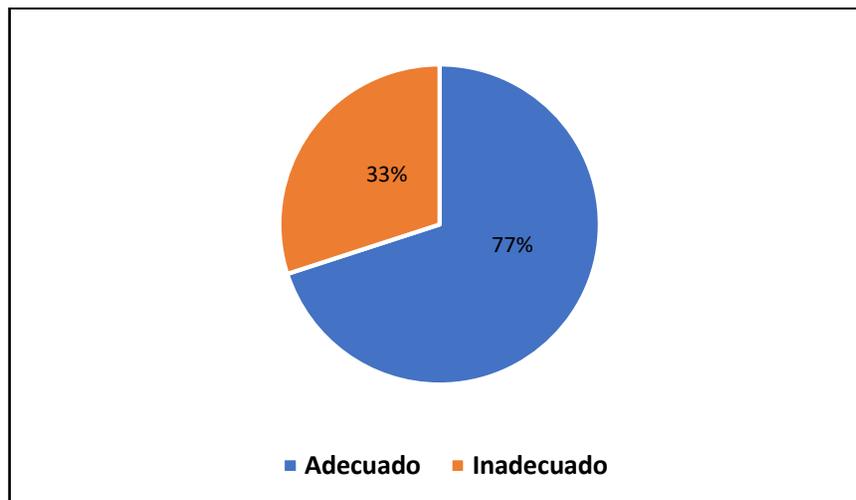
Tabla N° 6.

Actitud sobre el lavado de manos para el cuidado y mantenimiento de sonda vesical Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” Caja Nacional de Salud, 2018

	El lavado de manos para el cuidado y mantenimiento de la sonda vesical	
	N ^a	%
Adecuado	9	77%
Inadecuado	3	23%
Total	12	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 6.



Fuente: Tabla N° 6

Análisis: El gráfico 5, muestra que la mayoría de los profesionales en enfermería presentan una actitud adecuada en lo que respecta al lavado de manos 77%, para el cuidado y mantenimiento de la sonda vesical, en relación al 33% que presenta una actitud inadecuada.

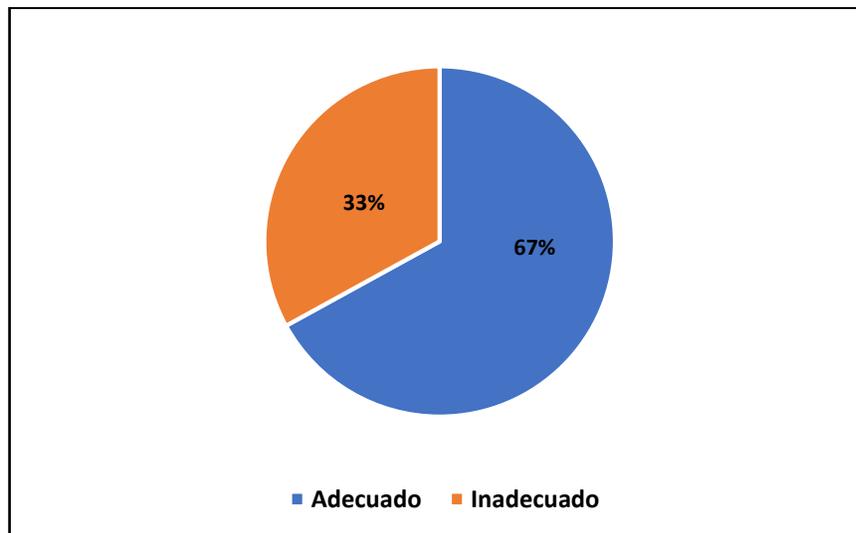
Tabla N° 7.

Actitud del Profesional en enfermería, en aseo genital para cuidado y mantenimiento de sonda vesical - Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” Caja Nacional Salud, 2018

	Aseo genital para cuidado y mantenimiento de sonda vesical	
	N ^a	%
Adecuado	8	67%
Inadecuado	4	33%
Total	12	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 7.



Fuente: Tabla N° 7

Análisis: Los resultados del gráfico 6 muestra que el 67% de los profesionales en enfermería presentan una actitud adecuada en lo que respecta al aseo genital para cuidado y mantenimiento de sonda para evitar infecciones urinarias en relación al 33% de los profesionales en enfermería presenta una actitud inadecuado.

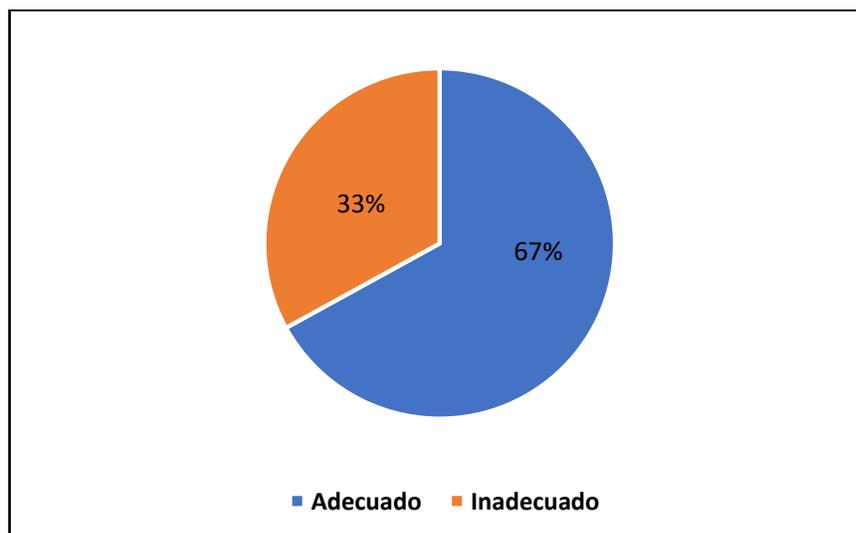
Tabla N° 8.

Actitud del profesional en enfermería, en cuidado aséptico de válvula de salida de bolsa recolectora - Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” Caja Nacional de salud, 2018

	Cuidado aséptico de válvula de salida de bolsa recolectora	
	N ^a	%
Adecuado	8	67%
Inadecuado	4	33%
Total	12	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 8.



Fuente: Tabla N° 8

Análisis: La predisposición para vaciar la bolsa recolectora enfatizando en el cuidado aséptico de la válvula de salida es adecuada en el 67 % del profesional en enfermería, en relación al 33% del profesional de enfermería tiene una actitud inadecuada para el cuidado aséptico de la válvula de salida de la bolsa recolectora.

D. COMPETENCIAS ACTITUDINALES SOBRE LOS CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL

Tabla 9.

Actividades ANTES del control y mantenimiento de sonda vesical a permanencia - Hospital de Psiquiatría "José María Alvarado" Caja Nacional de salud, 2018

Ítem / Componente	Cumple		Grado de cumplimiento
	N°	%	
Comunica al paciente el procedimiento a realizar	5	13%	Malo
Toma las medidas necesarias y factibles para la intimidad del paciente	36	100%	Bueno
Se lava las manos antes del procedimiento	3	7%	Malo
Se coloca los guantes	35	99%	Bueno

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El promedio de cumplimiento de actividades ANTES del control de la sonda vesical es de 55%. Respecto a las actividades de enfermería antes del control de la sonda vesical tienen un buen grado de cumplimiento en aquellas relacionadas a la intimidad del paciente que se cumplen en el 100 % y así como el colocado de guantes que se cumple en el 99 % de los procedimientos evaluados.

Encontramos proporciones de cumplimiento muy bajas en la comunicación al paciente sobre el procedimiento a realizarse con solo el 13 % y la actividad que se cumple con menos frecuencia es el lavado de manos que alcanza apenas un 7 % que es la actividad principal para disminuir el riesgo de infección urinaria nosocomial.

Tabla N^o 10.

Actividades DURANTE del control y mantenimiento de sonda vesical a permanencia - Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” Caja Nacional de salud, 2018

Actividades	Cumple		Grado de cumplimiento
	N ^o	%	
Limpia el meato uretral, con la técnica adecuada	29	82%	Bueno
Mantiene catéter y tubo de recolección sin dobleces	36	100%	Bueno
La sonda esta fija de acuerdo al sexo del paciente	17	48%	Malo
La bolsa recolectora no sobrepasa dos tercios	35	99%	Bueno
Mantiene la bolsa colectoras debajo del nivel de la vejiga	33	93%	Bueno
En ningún momento apoya la bolsa en el piso	17	47%	Malo
Vacía la bolsa en recipiente distinto y limpio por paciente	0	0%	Malo
Evita el contacto de la espita de drenaje con el recipiente	31	87%	Bueno
Limpia con antiséptico el orificio de salida de la bolsa recolectora	0	0%	Malo
La sonda vesical NO es desconectada del sistema en ningún momento	30	85%	Bueno

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El promedio de cumplimiento de actividades durante el control de sonda vesical es de 64 %, sin embargo

El cumplimiento de actividades relacionadas con la posición y situación tanto del catéter como de la bolsa colectoras como el mantenimiento del catéter y tubo de recolección sin dobleces (100%), que la bolsa recolectora no sobrepase los dos tercios (99%), la ubicación y mantenimiento de la bolsa colectoras por debajo del nivel de la vejiga (93%), y que la sonda vesical se desconecte del sistema en ningún momento (85%), se encuentran en niveles de cumplimiento buenos.

En tanto que el cumplimiento de otras actividades durante el control del mantenimiento de la sonda vesical relacionadas a un manejo aséptico, como No apoyar la bolsa en el piso (47 %), vaciar la bolsa en recipiente distinto y limpio por paciente (1 %), y limpiar con antiséptico el orificio de salida de la bolsa recolectora (0 %) se encuentran en un nivel malo de cumplimiento.

Tabla N° 11.

Prácticas del Profesional en enfermería DESPUÉS del control y mantenimiento de sonda vesical - Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” Caja Nacional de Salud, 2018

Ítem / Componente	Cumple		Grado de cumplimiento
	N°	%	
Deshecha la orina y lava el recipiente con detergente	0	0%	Malo
Deposita los guantes y gasas en recipiente o bolsa roja	36	100%	Bueno
Registra fecha, hora, tolerancia, volumen, color, consistencia, y olor de la orina y nombre de la persona responsable	34	95%	Bueno

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El promedio de cumplimiento de actividades después del control de la sonda vesical es de 65 %. En cuanto las actividades de enfermería después del control y mantenimiento de la sonda vesical existen un buen nivel de cumplimiento respecto al depósito de los guantes y gasas en recipiente o bolsa roja con un 100 %, y los registros de enfermería que se cumplen en el 95 %. La actividad que se encuentra en un nivel crítico de cumplimiento es el deshecho de la orina y el lavado del recipiente con detergente que no se cumple en ningún caso.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una encuesta a enfermeras registradas dentro de un servicio de salud del área metropolitana de Australia para determinar su nivel de conocimiento actual en relación con las prácticas de cuidado del catéter. Solo el 14% de las enfermeras cree que su conocimiento es adecuado. Solo el 31% de los encuestados recomendó el uso de catéteres puramente de silicona, que son los menos citotóxicos para la uretra a largo plazo. (14). Los resultados de nuestra investigación muestran el nivel de conocimiento general sobre el cuidado y mantenimiento de la sonda vesical a permanencia, del 75% de los profesionales en enfermería un nivel de conocimiento de Bueno, un 58% de los profesionales de enfermería tienen un conocimiento Regular.

Un estudio evaluó el conocimiento de las prácticas recomendadas de cuidado del catéter urinario entre los trabajadores de la salud de los hogares de ancianos (HC) en el sudeste de Michigan. Más del 90% de los trabajadores sanitarios conocían medidas como la limpieza del catéter todos los días, el uso de guantes y la higiene de las manos con la manipulación del catéter. Eran menos conscientes de las recomendaciones comprobadas por la investigación de no desconectar el catéter de su bolsa (59%), y la higiene de las manos después del procedimiento (60%). Los trabajadores sanitarios tampoco conocían las recomendaciones sobre el frotamiento de manos con alcohol (27%). (13)

Un estudio evaluó el conocimiento de las prácticas recomendadas de cuidado del catéter urinario entre los trabajadores de la salud de los hogares de ancianos (HC) en el sudeste de Michigan. Más del 90% de los trabajadores sanitarios conocían medidas como la limpieza del catéter todos los días, el uso de guantes y la higiene de las manos con la manipulación del catéter. Eran menos conscientes de las recomendaciones comprobadas por la investigación de no desconectar el catéter de su bolsa (59%), y la higiene de las manos

después del procedimiento (60%). Los trabajadores sanitarios tampoco conocían las recomendaciones sobre el frotamiento de manos con alcohol (27%). (13).

4.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.3.1. Conclusiones

- ✓ El promedio de edad de los profesionales en enfermería en el Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de Salud, es de 36 años, eso significa que el personal es joven. Con una formación académica de algún post grado en este caso la especialidad en el área de 42%, en un 34% de experiencia laboral de 5 a 10 años y el 67% cuenta con ítem.
- ✓ De las competencias cognitivas. El nivel de conocimiento es alto, ya que el 70 % de enfermeras conocen la mayoría de ítems evaluados. En dos de ellos relacionados al material recomendado para la instalación de sondas vesicales a largo plazo y el manejo de sondas en circuito cerrado la proporción se encuentra en un nivel regular con el 58 %, y también un ítem relacionado a la técnica de instalación de la sonda el conocimiento alcanza solo a un 33 % encontrándose por lo tanto en un mal nivel de conocimiento.
- ✓ Respecto a las competencias técnicas, existe una proporción importante, casi un tercio de los profesionales en enfermería no está de acuerdo en realizar la asepsia correspondiente a la válvula de salida de la bolsa colectora y tampoco en realizar el aseo genital diario a los pacientes.
- ✓ De las competencias actitudinales se verifica que el nivel de cumplimiento de actividades es regular y existen actividades relacionada con el manejo de la bolsa colectora y por lo tanto con la prevención de infecciones urinarias que se encuentran en niveles muy bajos de cumplimiento como el vaciado de la bolsa en recipiente distinto y limpio

por paciente, la limpieza con antiséptico del orificio de salida de la bolsa recolectora, desechar la orina y lavar el recipiente con detergente.

4.3.2. Recomendaciones

- ✓ Planificar la capacitación y actualización continua en el control y mantenimiento de sonda vesical enfatizando en aquellos componentes con mayor deficiencia, como la técnica de instalación de sonda vesical.
- ✓ Fortalecer el sistema de supervisión para el cumplimiento de actividades que no se cumplen como el vaciado de la bolsa en recipiente distinto y limpio por paciente, la limpieza con antiséptico del orificio de salida de la bolsa recolectora, y desechar la orina y lavar el recipiente con detergente, ya que incrementan el riesgo de infecciones urinarias nosocomiales.
- ✓ Estandarizar mediante protocolos el registro de enfermería sobre las complicaciones de la sonda vesical con la frecuencia necesaria para la toma de decisiones oportunas y prevención de infecciones en el paciente.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Bufom Jose, Rubla Amalla, Muñoz Amparo, Real Arcadio, Piquer Cecilia, Ferrer Elena, “Educación sanitaria al paciente portador de sonda vesical” En:Revista Enfermería 21, N 32, España, Febrero 2001.
2. Alonso Fernández S, Zapico López G, Tomero González E. El sondaje vesical y sus complicaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Metas Enferm [Internet]. 201706 [citado 31 de julio de 2018];20(5):10-4. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-163756>.
3. Shaver B, Eyerly-Webb SA, Gibney Z, Silverman L, Pineda C, Solomon RJ. Trauma and Intensive Care Nursing Knowledge and Attitude of Foley Catheter Insertion and Maintenance. J Trauma Nurs Off J Soc Trauma Nurses. febrero de 2018;25(1):66-72.
4. Godínez, R., Chávez, A., Silva, G., Maldonado, G., Alejo, J. & López, C. (2008). Conocimiento y cumplimiento del Indicador Prevención de Infecciones de Vías Urinarias por Sonda vesical Instalada. Desarrollo Científico de Enfermería, 16 (3), 100-103.
5. Mody L, Saint S, Galecki A, Chen S, Krein SL. Knowledge of Evidence-Based Urinary Catheter Care Practice Recommendations Among Healthcare Workers in Nursing Homes. J Am Geriatr Soc [Internet]. agosto de 2010 [citado 2 de agosto de 2018];58(8):1532-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2955179/>
6. Vasilyev AO, Govorov AV, Shiryaev AA, Pushkar DY. [The role of the urethral catheter in the development of catheter- related urinary tract infection]. Urol Mosc Russ 1999. diciembre de 2017;(6):107-11.
7. Sánchez, M., (2007). Medición del Indicador Prevención de Infecciones de Vías Urinarias en Pacientes con Sonda Vesical. Tesis no publicada de Maestría. Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

8. Accardi R, Castaldi S, Marzullo A, Ronchi S, Laquintana D, Lusignani M. Prevention of healthcare associated infections: a descriptive study. *Ann Ig Med Prev E Comunita*. abril de 2017;29(2):101-15.
9. González, J., Vásquez, M., “Infecciones Urinarias en el Paciente con Sonda Vesical no permanente en la Unidad de Cuidados Intensivos” En: *Revista Multimed*, N-2-3, España, 1998.
10. García A, Duque P, Urrutia P L, García A, Martínez E. Análisis de los factores de riesgo de infección del tracto urinario asociada con sonda vesical en la UCI. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2005;20:135-43.
11. Rodríguez, A. Prevención de la infección del tracto urinario en pacientes hospitalizados asociada a catéteres urinarios. Revisión bibliográfica. 2015.
12. Holte HH, Underland V, Hafstad E. Systematic Reviews on Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infection [Internet]. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2016 [citado 2 de agosto de 2018]. (NIPH Systematic Reviews: Executive Summaries). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482063/>
13. Carballo Álvarez M, Martínez Vilariño M, Llaga Rodríguez M. Sondaje vesical. *Rev Enferm* [Internet]. 2007;11 [citado 1 de agosto de 2018]; 30(11):759-62. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-80432>
14. Gorostiaga SM, Urío T, Garrón L, Murieta JS de, Uriz J, Bermejo B. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 29 de mayo de 2009 [citado 2 de agosto de 2018]; 23(0):123-8. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6436>
15. Vasilyev AO, Govorov AV, Shiryaev AA, Pushkar DY. [The role of the urethral catheter in the development of catheter-related urinary tract infection]. *Urol Mosc Russ* 1999. diciembre de 2017;(6):107-11.

16. Jamieson E, Whyte L, McCall J. Procedimientos de enfermería clínica. 5a ed. Vol. 1. España: ELSEVIER; 2008. 91-101 p.
17. Molina Escudero R, Álvarez Ardura M, Rivero Guerra A. Mñual de UROLOGIA AMIR. 7a ed. Vol. 1. España: M:BOSS; 2008. 14-16 p.
18. Quijada-Martínez P, Flores-Carrero A, Labrador I, Araque M. Estudio clínico y microbiológico de la infección urinaria asociada a catéter, en los servicios de medicina interna de un hospital universitario venezolano. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. enero de 2017 [citado 10 de septiembre de 2018]; 34(1):52-61. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342017000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Arcay Ferreiro E AFE, Ferro Castaño A, Fernandez Gonzales B, Garcia Rodriguez B. Sondaje vesical. Protocolo de Enfermería. Asoc Esp Enferm EN Urol. junio de 2004; 90(1):7-14.
20. Alonso Fernández S, Zapico López G, Tomero González E. El sondaje vesical y sus complicaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Metas Enferm [Internet]. 201706 [citado 31 de julio de 2018]; 20(5):10-4. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-163756>
21. Shaver B, Eyerly-Webb SA, Gibney Z, Silverman L, Pineda C, Solomon RJ. Trauma and Intensive Care Nursing Knowledge and Attitude of Foley Catheter Insertion and Maintenance. J Trauma Nurs Off J Soc Trauma Nurses. febrero de 2018; 25(1):66-72.
22. BRUNNER y Suddarth, Enfermería Medico Quirúrgica, 8 edición, volumen II, México, Interamericana Mc Graw-hill, 1998, pag. 1154
23. Cáceres, F., Días, L. (2002). Incidencia de Infección nosocomial. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia, 5 (13), 1-9.
24. Carvallo Jose M., Enfermería en Atención Especializada de Ollaya Madrid, 2a edición; España, 2006

25. Center for Disease Control and Prevention (CDC): Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. Atlanta, EUA. 2009.
26. Canales BK, Weiland D, Reardon S, Monga M: Urethral catheter insertion forces: a comparison of experience and training. *Int Braz J Urol.* 2009; 35:84-9.
27. Curar a veces aam, consolar siempre. De sondas y sombreros ajenos: Frederick Foley 2014. <https://curaraveces.wordpress.com/2014/04/20/de-sondas-y-sombreros-ajenos-frederick-foley/>
28. Ercole FE MT, Wenceslau LCC, Martins AR, Campos CC, Chianca TCM. Revisión integrativa: Evidencias en la práctica del cateterismo urinario intermitente/demora. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013; 21(1).
29. García A, Duque P, Urrutia P L, García A, Martínez E. Análisis de los factores de riesgo de infección del tracto urinario asociada con sonda vesical en la UCI. *Revista Colombiana de Cirugía.* 2005; 20:135-43.
30. Leininger, *Fundamentos de Enfermería*, Interamericana McGraw-Hill. México, 2004, Pág.146

ANEXOS

ANEXO N° 1
CARTA DE SOLICITUD

La Paz junio 21 de 2018
Cite: CHDMA- 015/18

Señora
Lic. Janet Jimenez
JEFE DE ENFERMERAS DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA
"JÓSE MARÍA ALVARADO" DE LA CNS
Presente.

REF.: SOLICITUD AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL – CAJA NACIONAL DE SALUD

De mi consideración.

Saludo a su autoridad muy cordialmente poniendo a su conocimiento que mi persona es cursante del postgrado de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, donde parte de la modalidad de egreso es la realización de la Tesis de Grado para obtener el Título de Magister en Enfermería Médico Quirúrgico.

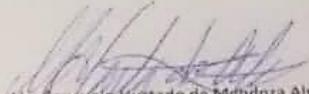
El estudio de investigación propuesto en esta ocasión está relacionado a: "Conocimientos, Actitudes y Prácticas del profesional en enfermería, en el cuidado del cateter vesical permanente servicio de medicina interna – Caja Nacional de Salud – Gestión 2018"

Por lo expuesto, solicito muy respetuosamente su autorización para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos (CUESTIONARIO) para la elaboración del presente trabajo de investigación.

La participación del personal de enfermería en el presente estudio es de carácter voluntario, por tanto, el participante deberá firmar previamente un consentimiento informado antes de participar en dicha investigación.

Segura de contar con su valiosa colaboración me despido con las consideraciones más distinguidas deseándole éxito en sus funciones.

Atentamente.


Lic. Consuelo Hurtado de Mendoza Alvarado
CURSANTE DEL POSTGRADO UAJMS
C.I. N° 4332885 LP

cc. Archivo personal


21/6/18

ANEXO N° 2

Cuestionario

Cuestionario sobre el proceso de atención de enfermería a pacientes con sondaje vesical en el Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” gestión 2018

Distinguida (o) colega: Se está realizando un estudio sobre el proceso de atención de enfermería a pacientes con sondaje vesical, agradeceré a su persona se sirva a responder el presente cuestionario con honestidad y objetividad para que los resultados sean favorables para nuestra institución.

INSTRUCTIVO. - Lea atentamente y responda cada una las preguntas, las de selección múltiple tienen una sola respuesta. Llene los espacios en blanco en las preguntas abiertas.

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Sexo
 - a. Femenino
 - b. Masculino

2. Edad: (Anotar la edad en años cumplidos) _____

3. ¿Cuál es el título académico más alto que Usted ha obtenido en su formación en terapia intensiva?
 - a. Maestría
 - b. Diplomado
 - c. Otro, especifique: _____
 - d. Ninguno

4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el Hospital de Psiquitria?
 - a. Menor de 30
 - b. de 30 a 34
 - c. 35 a 39
 - d. De 40 y más

5. ¿Cuál es su condición laboral actualmente en el hospital?
 - a. Con ítem
 - b. Contrato
 - c. Pasantía

II. COMPETENCIAS COGNITIVAS

6. Cual considera que es el lugar y posición adecuada de la bolsa colectora de orina en un paciente.
 - a. Por debajo del nivel de la vejiga del paciente
 - b. A nivel de la vejiga del paciente
 - c. La posición y el lugar es indiferente

7. Para la instalación de una sonda vesical a largo plazo cuál de las siguientes sondas NO se recomienda
 - a. Sonda de látex
 - b. Sonda de látex recubierta con silicona
 - c. Sonda de silicona

- 8.Cuál es el nivel de llenado para realizar el vaciado de la bolsa recolectora de orina:
 - a. 35 % de llenado
 - b. 55 % de llenado
 - c. 75 % de llenado
 - d. 95 % de llenado

9. En cuanto a la técnica para la instalación de una sonda vesical
 - a. El sondaje vesical debe ser una técnica estéril
 - b. El sondaje vesical debe ser una técnica aséptica
 - c. El sondaje vesical debe ser una técnica limpia

- 10.Cuál de estas acciones favorece la infección del tracto urinario
 - a. En el momento de inserción de la sonda, por falta de asepsia.
 - b. Desconexiones frecuentes de la unión de la sonda con la bolsa de drenaje.
 - c. Elevar la bolsa recolectora por encima del nivel de la vejiga.
 - d. Todas
 - e. Solo a y b

11. ¿Cuál es el procedimiento de recolección de orina para cultivo en un sistema de circuito cerrado?
 - a. Pinzar la sonda unos 20 minutos, desconectar el tubo de drenaje de la sonda y recolectar la muestra posteriormente volverlo a conectar
 - b. Pinzar la sonda unos 20 minutos, desinfectar el lugar, pinchar el punto de extracción del sistema colector con jeringa estéril, aspirar 10 cc de orina.
 - c. Desconectar el tubo de drenaje de la sonda, pinchar el punto de extracción del sistema colector con jeringa estéril, aspirar 10 cc de orina

- 12.** Sobre el lavado de manos para la manipulación en el cuidado de la sonda vesical cuál de los siguientes considera CORRECTO
- a.** El uso de guantes es un método de barrera que ayuda también a evitar el lavado de manos con agua y jabón.
 - b.** El proceso de lavado de manos correcto con solución hidroalcohólica ayuda también a evitar el lavado de manos con agua y jabón.
 - c.** El lavado de manos debe realizarse solo al ingreso y salida del turno de acuerdo a normas
- 13.**Cuál de las siguientes afirmaciones considera que es correcta:
- a.** Después de la inserción aséptica del catéter urinario, mantenga un sistema de drenaje abierto
 - b.** Si se producen interrupciones en la asepsia, desconexión o fugas; revise y utilice el mismo catéter y sistema colector con técnica aséptica.
 - c.** Vacíe la bolsa recolectora usando un recipiente colector separado y limpio para cada paciente
- 14.** Para el llenado del globo que solución considera que debe utilizarse:
- a.** Solución glucosada a 5 %
 - b.** Suero fisiológico
 - c.** Agua destilada estéril

ANEXO Nº 3

LISTA DE VERIFICACIÓN

COMPETENCIAS TÉCNICAS	SI	NO
El Lavado de manos es un procedimiento que lleva tiempo y es suficiente con realizarse al ingreso del turno y no necesariamente antes y después del control de la sonda de cada paciente.		
El aseo genital es un procedimiento que debe realizarse todos los días en pacientes con sonda vesical.		
Para el vaciado de la bolsa recolectora se debe enfatizar en el cuidado aséptico de la válvula de salida.		
COMPETENCIAS ACTITUDINALES	SI	NO
Actividades ANTES del control y mantenimiento de sonda vesical a permanencia		
Comunica al paciente el procedimiento a realizar		
Toma las medidas necesarias y factibles para la intimidad del paciente		
Se lava las manos antes del procedimiento		
Se coloca los guantes		
Actividades DURANTE del control y mantenimiento de sonda vesical a permanencia		
Limpia el meato uretral, utilizando la gasa sólo una vez, en una sola dirección, (alejándose de la unión entre la sonda y el meato)		
Mantiene el catéter y el tubo de recolección libres de dobleces o acodaduras		
La sonda esta fija de acuerdo al sexo del paciente		
La bolsa recolectora no sobrepasa dos tercios de su capacidad		
Mantiene la bolsa colectora debajo del nivel de la vejiga <u>todo el tiempo</u> .		
En ningún momento apoya la bolsa en el piso		
Vacía la bolsa recolectora utilizando un recipiente de recogida distinto y limpio para cada paciente		
Evita el contacto de la espita de drenaje con el recipiente colector no estéril		
Limpia con antiséptico el orificio de salida de la bolsa recolectora		
La sonda vesical NO es desconectada del sistema en ningún momento		
Actividades DESPUES del control y mantenimiento de sonda vesical a permanencia		
Deposita los guantes y gasas en recipiente o bolsa roja		
El sistema de drenaje se mantiene permanentemente conectado, en ningún momento la sonda vesical es desconectada del sistema.		
Registró: fecha, hora de procedimiento, tolerancia del paciente, volumen, color, consistencia, y olor de la orina y nombre de la persona responsable		

ANEXO N° 4

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTOS POR EXPERTOS



Cuestionario

Cuestionario sobre el proceso de atención de enfermería a pacientes con sondaje vesical en el Hospital de Psiquiatría "José María Alvarado" gestión 2018

Distinguida (o) colega: Se está realizando un estudio sobre el proceso de atención de enfermería a pacientes con sondaje vesical, agradeceré a su persona se sirva a responder el presente cuestionario con honestidad y objetividad para que los resultados sean favorables para nuestra institución.

INSTRUCTIVO. - Lea atentamente y responda cada una de las preguntas, las de selección múltiple tienen una sola respuesta. Llene los espacios en blanco en las preguntas abiertas.

- I. **ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS**
1. Sexo
 - a. Femenino
 - b. Masculino
2. Edad: (Anotar la edad en años cumplidos) _____
3. ¿Cuál es el título académico más alto que Usted ha obtenido en su formación en terapia intensiva?
 - a. Maestría
 - b. Diplomado
 - c. Otro, especifique: _____
 - d. Ninguno
4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el Hospital de Psiquiatría?
 - a. Menor de 30
 - b. de 30 a 34
 - c. 35 a 39
 - d. De 40 y más
5. ¿Cuál es su condición laboral actualmente en el hospital?
 - a. Con ítem
 - b. Contrato
 - c. Pasantía

II. COMPETENCIAS COGNITIVAS

6. Cual considera que es el lugar y posición adecuada de la bolsa colectora de orina en un paciente.
 - a. Por debajo del nivel de la vejiga del paciente
 - b. A nivel de la vejiga del paciente
 - c. La posición y el lugar es indiferente
7. Para la instalación de una sonda vesical a largo plazo cuál de las siguientes sondas NO se recomienda
 - a. Sonda de látex
 - b. Sonda de látex recubierta con silicona
 - c. Sonda de silicona
8. Cuál es el nivel de llenado para realizar el vaciado de la bolsa recolectora de orina:
 - a. 35 % de llenado
 - b. 55 % de llenado
 - c. 75 % de llenado
 - d. 95 % de llenado
9. En cuanto a la técnica para la instalación de una sonda vesical
 - a. El sondaje vesical debe ser una técnica estéril
 - b. El sondaje vesical debe ser una técnica aséptica
 - c. El sondaje vesical debe ser una técnica limpia
10. Cuál de estas acciones favorece la infección del tracto urinario
 - a. En el momento de inserción de la sonda, por falta de asepsia.
 - b. Desconexiones frecuentes de la unión de la sonda con la bolsa de drenaje.
 - c. Elevar la bolsa recolectora por encima del nivel de la vejiga.
 - d. Todas
 - e. Solo a y b
11. ¿Cuál es el procedimiento de recolección de orina para cultivo en un sistema de circuito cerrado?
 - a. Pinzar la sonda unos 20 minutos, desconectar el tubo de drenaje de la sonda y recolectar la muestra posteriormente volverlo a conectar
 - b. Pinzar la sonda unos 20 minutos, desinfectar el lugar, pinchar el punto de extracción del sistema colector con jeringa estéril, aspirar 10 cc de orina.
 - c. Desconectar el tubo de drenaje de la sonda, pinchar el punto de extracción del sistema colector con jeringa estéril, aspirar 10 cc de orina

12. Sobre el lavado de manos para la manipulación en el cuidado de la sonda vesical cuál de los siguientes considera CORRECTO

- a. El uso de guantes es un método de barrera que ayuda también a evitar el lavado de manos con agua y jabón.
- b. El proceso de lavado de manos correcto con solución hidroalcohólica ayuda también a evitar el lavado de manos con agua y jabón.
- c. El lavado de manos debe realizarse solo al ingreso y salida del turno de acuerdo a normas

13. Cuál de las siguientes afirmaciones considera que es correcta:

- a. Después de la inserción aséptica del catéter urinario, mantenga un sistema de drenaje abierto
- b. Si se producen interrupciones en la asepsia, desconexión o fugas; revise y utilice el mismo catéter y sistema colector con técnica aséptica.
- c. Vacíe la bolsa recolectora usando un recipiente colector separado y limpio para cada paciente

14. Para el llenado del globo que solución considera que debe utilizarse:

- a. Solución glucosada a 5 %
- b. Suero fisiológico
- c. Agua destilada estéril



LISTA DE VERIFICACIÓN

COMPETENCIAS TECNICAS	SI	NO
1. El Lavado de manos es un procedimiento que lleva tiempo y es suficiente con realizarse al ingreso del turno y no necesariamente antes y después del control de la sonda de cada paciente.		
El aseo genital es un procedimiento que debe realizarse todos los días en pacientes con sonda vesical.		
1Para el vaciado de la bolsa recolectora se debe enfatizar en el cuidado aséptico de la válvula de salida.		
COMPETENCIAS ACTITUDINALES	SI	NO
Comunica al paciente el procedimiento a realizar		
Toma las medidas necesarias y factibles para la intimidad del paciente		
Se lava las manos antes del procedimiento		
Se coloca los guantes		
Limpia el meato uretral, utilizando la gasa sólo una vez, en una sola dirección, (alejándose de la unión entre la sonda y el meato)		
Mantiene el catéter y el tubo de recolección libres de dobleces o acodaduras		
La sonda esta fija de acuerdo al sexo del paciente		
La bolsa recolectora no sobrepasa dos tercios de su capacidad		
Mantiene la bolsa colectora debajo del nivel de la vejiga todo el tiempo.		
En ningún momento apoya la bolsa en el piso		
Vacía la bolsa recolectora utilizando un recipiente de recogida distinto y limpio para cada paciente		
Evita el contacto de la espita de drenaje con el recipiente colector no estéril		
Limpia con antiséptico el orificio de salida de la bolsa recolectora		
Deshecha la orina y lava el recipiente con detergente		
Deposita los guantes y gasas en recipiente o bolsa roja		
El sistema de drenaje se mantiene permanentemente conectado, en ningún momento la sonda vesical es desconectada del sistema.		
Registró: fecha, hora de procedimiento, tolerancia del paciente, volumen, color, consistencia, y olor de la orina y nombre de la persona responsable		

[Handwritten signature]
M. María Alvarado
Enfermera
Hospital de Psiquiatría
"José María Alvarado"

Cuestionario

Cuestionario sobre el proceso de atención de enfermería a pacientes con sondaje vesical en el Hospital de Psiquiatría "José María Alvarado" gestión 2018

Distinguida (o) colega: Se está realizando un estudio sobre el proceso de atención de enfermería a pacientes con sondaje vesical, agradeceré a su persona se sirva a responder el presente cuestionario con honestidad y objetividad para que los resultados sean favorables para nuestra institución.

INSTRUCTIVO. - Lea atentamente y responda cada una las preguntas, las de selección múltiple tienen una sola respuesta. Llene los espacios en blanco en las preguntas abiertas.

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Sexo
 - a. Femenino
 - b. Masculino

2. Edad: (Anotar la edad en años cumplidos) _____

3. ¿Cuál es el título académico más alto que Usted ha obtenido en su formación en terapia intensiva?
 - a. Maestría
 - b. Diplomado
 - c. Otro, especifique: _____
 - d. Ninguno

4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el Hospital de Psiquiatría?
 - a. Menor de 30
 - b. de 30 a 34
 - c. 35 a 39
 - d. De 40 y más

5. ¿Cuál es su condición laboral actualmente en el hospital?
 - a. Con ítem
 - b. Contrato
 - c. Pasantía

II. COMPETENCIAS COGNITIVAS

6. Cual considera que es el lugar y posición adecuada de la bolsa colectora de orina en un paciente.
 - a. Por debajo del nivel de la vejiga del paciente
 - b. A nivel de la vejiga del paciente
 - c. La posición y el lugar es indiferente
7. Para la instalación de una sonda vesical a largo plazo cuál de las siguientes sondas NO se recomienda
 - a. Sonda de látex
 - b. Sonda de látex recubierta con silicona
 - c. Sonda de silicona
8. Cuál es el nivel de llenado para realizar el vaciado de la bolsa recolectora de orina:
 - a. 35 % de llenado
 - b. 55 % de llenado
 - c. 75 % de llenado
 - d. 95 % de llenado
9. En cuanto a la técnica para la instalación de una sonda vesical
 - a. El sondaje vesical debe ser una técnica estéril
 - b. El sondaje vesical debe ser una técnica aséptica
 - c. El sondaje vesical debe ser una técnica limpia
10. Cuál de estas acciones favorece la infección del tracto urinario
 - a. En el momento de inserción de la sonda, por falta de asepsia.
 - b. Desconexiones frecuentes de la unión de la sonda con la bolsa de drenaje.
 - c. Elevar la bolsa recolectora por encima del nivel de la vejiga.
 - d. Todas
 - e. Solo a y b
11. ¿Cuál es el procedimiento de recolección de orina para cultivo en un sistema de circuito cerrado?
 - a. Pinzar la sonda unos 20 minutos, desconectar el tubo de drenaje de la sonda y recolectar la muestra posteriormente volverlo a conectar
 - b. Pinzar la sonda unos 20 minutos, desinfectar el lugar, pinchar el punto de extracción del sistema colector con jeringa estéril, aspirar 10 cc de orina.
 - c. Desconectar el tubo de drenaje de la sonda, pinchar el punto de extracción del sistema colector con jeringa estéril, aspirar 10 cc de orina

12. Sobre el lavado de manos para la manipulación en el cuidado de la sonda vesical cuál de los siguientes considera CORRECTO

- a. El uso de guantes es un método de barrera que ayuda también a evitar el lavado de manos con agua y jabón.
- b. El proceso de lavado de manos correcto con solución hidroalcohólica ayuda también a evitar el lavado de manos con agua y jabón.
- c. El lavado de manos debe realizarse solo al ingreso y salida del turno de acuerdo a normas

13. Cuál de las siguientes afirmaciones considera que es correcta:

- a. Después de la inserción aséptica del catéter urinario, mantenga un sistema de drenaje abierto
- b. Si se producen interrupciones en la asepsia, desconexión o fugas; revise y utilice el mismo catéter y sistema colector con técnica aséptica.
- c. Vacíe la bolsa recolectora usando un recipiente colector separado y limpio para cada paciente

14. Para el llenado del globo que solución considera que debe utilizarse:

- a. Solución glucosada a 5 %
- b. Suero fisiológico
- c. Agua destilada estéril

ANEXO N° 5
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA JUAN MISAEL SARACHO
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA
DIRECCIÓN DE POSGRADO



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

**GUÍA DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA EN LA INSTALACIÓN SONDAJE
VESICAL Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORAS
DE SONDA FOLEY PERMANENTE - HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA “JOSÉ
MARÍA ALVARADO” CAJA NACIONAL DE SALUD**

POR: Consuelo Hurtado de Mendoza Alvarado

La Paz - Bolivia

2019

I. INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario, es la infección en la atención de salud que se presenta con más frecuencia, la cual representa un alto porcentaje del total de las infecciones asociadas a atención en salud.

De estas infecciones un porcentaje se asocia a la cateterización urinaria permanente. Los catéteres proporcionan una vía artificial para la entrada de microorganismos a la vejiga.

Los cuales se adhieren a las superficies inertes conformando biofilm, produciendo infecciones. Por lo tanto, el catéter urinario debe utilizarse después de considerar todos los métodos alternativos posibles y retirarlo lo más pronto posible. Además, es fundamental la prevención mediante la mantención de los cuidados en la atención del paciente.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Unificar los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a cateterismo vesical con el propósito de prevenir riesgos y complicaciones durante su estadía en el Hospital.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Reducir la variabilidad clínica con la incorporación de las mejores prácticas en la actividad asistencial diaria de las /os profesionales de enfermería.
- ✓ Disminuir el riesgo de infección asociada a catéter vesical.
- ✓ Garantizar los derechos de la/del usuario/o en cuanto a seguridad, intimidad y confort.

III. ALCANCE

Se aplicará en todo el Hospital de Psiquiatría “José María Alvarado” de la Caja Nacional de salud.

IV. RESPONSABLES

- ✓ Enfermera/o, que realizará la técnica estéril.
- ✓ Auxiliar de Enfermería, que realizará la técnica no estéril

El personal debe de estar capacitado para la realización de la técnica, así como disponer por escrito de las normas de calidad para el uso del catéter, su inserción y el mantenimiento

V. MATERIALES

- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Agua tibia y jabón.
- ✓ Solución antiséptica según el protocolo de desinfección del centro.
- ✓ Equipo de cateterismo vesical estéril
- ✓ Bandeja estéril
- ✓ Gasas estériles
- ✓ Sonda vesical a insertar, la cual se adecuará a la prescripción facultativa del sondaje y a las características del paciente al que se le va a realizar la técnica. (mínimo 2).
- ✓ Lubricante urológico.
- ✓ Agua destilada estéril.

- ✓ Jeringa de 10cc o 20 CC. según sonda.
- ✓ Bolsa colectora de circuito cerrado con grifo y soporte para la bolsa estéril.
- ✓ Chata
- ✓ Tela adhesiva para fijar
- ✓ Recipiente para desechos comunes
- ✓ Recipiente para desechos infectocontagioso.

Se considera sistema de circuito cerrado cuando consta de:

- ✓ Cámara graduada para medir la cantidad de orina.
- ✓ Válvula antirreflejo.

VI. ACTIVIDADES DE VALORACIÓN

Confirmar la identificación de la/del paciente: preguntar su nombre y apellidos completos al propio paciente y/o la familia, comprobar la pulsera de identificación y los datos de la historia clínica.

Identificación de las/los profesionales sanitarios que van han intervenir en el procedimiento.

Utilizar estrategias de intermediación cultural en la atención a la/al usuario/o, respetando las preferencias y/o costumbre cultural.

Entrevista con el/la paciente y/o familia, para conocer causas y circunstancias que puedan condicionar el procedimiento:

- ✓ Existencia de adenoma de próstata.
- ✓ Estenosis de uretra.

- ✓ Cateterismos traumáticos previos.
- ✓ Hematuria con coágulos.
- ✓ Ansiedad/temor relacionado con el cateterismo, etc.

VII. PROCEDIMIENTO DE INSTALACIÓN DE SONDA FOLEY MASCULINO

- ✓ Tomar las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino.
- ✓ Lavado de manos según protocolo del hospital y colocación de guantes NO estériles.
- ✓ Lavado de genitales con agua y jabón
- ✓ Secado de la zona con gasa estéril.
- ✓ Abrir los paquetes para que el profesional que realiza la técnica estéril.
- ✓ prepare el campo y el material necesario.
- ✓ Ayudar al profesional que realiza la técnica estéril, durante el procedimiento.

Profesional que realiza la técnica estéril

- ✓ Tomar las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía.
- ✓ Lavado de manos, según protocolo del hospital.
- ✓ Higienización de manos con solución alcohólica y colocación de guantes estériles.

- ✓ Preparación del campo estéril y material necesario.
- ✓ La manipulación del catéter siempre se realizará de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles
- ✓ Conectar el catéter al sistema colector. Usar sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa.
- ✓ Sujetar el pene con una gasa, colocarlo en posición vertical y retraer el prepucio.
- ✓ Lubricar catéter y uretra abundantemente.
- ✓ Ejerciendo una pequeña tracción, introducir el catéter suavemente hasta que salga orina. No forzar, para evitar provocar una falsa vía.
- ✓ Una vez introducido el catéter en vejiga, se inflará el globo con 8-10 ml de agua destilada estéril (no se recomienda el uso de suero fisiológico por poder deteriorar el balón) y se traccionará levemente, hasta notar resistencia, para asegurar su anclaje.
- ✓ Limpiar el glande de residuos.
- ✓ Regresar el prepucio a su posición, para evitar para fimosis.
- ✓ Fijar la sonda en la cara anterior del muslo después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral.
- ✓ La bolsa colectora quedará fijada al soporte.
- ✓ Lavado de manos, según protocolo del hospital, tras la finalización de la técnica.

SONDAJE VESICAL FEMENINO.

- ✓ Preparación previa
- ✓ Tomar las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino con piernas separadas.
- ✓ Lavado de manos según protocolo del hospital y colocación de guantes NO estériles.
- ✓ Lavado de genitales con agua y jabón y aclarado con suero fisiológico.
- ✓ Secado de la zona con gasa estéril.
- ✓ Separación de labios, lavando de arriba hacia abajo (del clítoris a la zona perianal) y secando con gasas estériles.
- ✓ Abrir los paquetes para que el profesional que realiza la técnica estéril prepare el campo y el material necesario.
- ✓ Ayudar al profesional que realiza la técnica estéril, durante el procedimiento.

Profesional que realiza la técnica estéril

- ✓ Tomar las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía.
- ✓ Lavado de manos, según protocolo del hospital
- ✓ Higienización de manos con solución alcohólica y colocación de guantes estériles.
- ✓ Preparación del campo estéril y material necesario.

- ✓ La manipulación del catéter siempre se realizará de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles
- ✓ Conectar el catéter al sistema colector. Usar sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa
- ✓ Pincelar con clorhexidina al 0,02% los genitales externos.
- ✓ Lubricar catéter y uretra abundantemente.
- ✓ Introducir el catéter suavemente, para no provocar traumatismos, por el meato hasta que salga orina.
- ✓ Una vez introducido el catéter en vejiga, se inflará el globo con 8-10 ml de agua destilada estéril y se traccionará levemente, hasta notar resistencia, para asegurar su anclaje.
- ✓ Limpiar la zona genital de restos de lubricante.
- ✓ Fijar la sonda en la cara interna del muslo después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral.
- ✓ La bolsa colectora quedará fijada al soporte.
- ✓ Lavado de manos, según protocolo del hospital, tras la finalización de la técnica.

MANTENCIÓN DEL CATÉTER URINARIO

- ✓ Mantener circuito cerrado.
- ✓ Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda
- ✓ Sólo podrá ser desconectado en caso de cambio de bolsa recolectora por deterioro o contaminación.
- ✓ Mantener flujo permeable evitando obstrucciones y acodamientos.

- ✓ Mantener bolsa recolectora siempre bajo la pelvis, sin tocar el suelo.
- ✓ Realizar aseo genital cada 12 horas y siempre que precise alternando el muslo de fijación para evitar ulceraciones de apoyo, la sonda debe fijarse cuidadosamente para impedir movimiento registrando en tela adhesiva (fijada en muslo)
- ✓ Mantener meato urinario libre de objetos, ejemplo: apósitos, gasas, algodones, etc.
- ✓ Registrar en hoja de enfermería hora, fecha y operador que realizó el aseo genital.
- ✓ La bolsa recolectora debe manipularse cuidadosamente sin tocar paredes, ni dejarla embutida en frasco recolector.
- ✓ Mantener bolsa recolectora siempre debajo del nivel de la pelvis del paciente.
- ✓ El recolector debe ser fijado al borde de la cama, con la bajada libre de acodaduras.
- ✓ La bolsa no debe sobrepasar $\frac{3}{4}$ de llene de su capacidad para prevenir el reflujo de orina en el circuito.
- ✓ Previo a la colocación de guantes para la medición de orina se debe encender la luz del baño dejando su puerta abierta para evitar contaminación ambiental (manillas e interruptores de luz).
- ✓ El vaciamiento de la bolsa recolectora se realizará utilizando guantes de procedimiento como precauciones estándar de uso individual para cada paciente, en frasco limpio.
- ✓ El frasco recolector a utilizar debe ser limpio y enjuagarse con agua corriente después de eliminar la orina.

- ✓ Mantener clamp del extremo distal cerrado y guardado en su estuche, sin contacto con el suelo.
- ✓ Educar al paciente y familia de los cuidados de la sonda vesical y sus complicaciones.
- ✓ Nunca pinzar el circuito urinario, con excepción de ciertos exámenes y/o procedimientos urológicos (ecografía con vejiga llena, uro dinamia, pielografía de eliminación).
- ✓ El cambio de circuito de eliminación se debe realizar en caso de ruptura o contaminación de la bolsa recolectora.

RETIRADA DE LA SONDA VESICAL.

- ✓ Aunque no existen evidencias concluyentes sobre el beneficio de pinzar las sondas antes de la retirada definitiva de la misma
- ✓ Siempre que sea posible, retirar la sonda a medianoche en vez de por la mañana, ya que se asocia a un mayor volumen de orina en la primera micción, y en una recuperación más temprana de las pautas urinarias normales
- ✓ Lavado de manos según protocolo del hospital
- ✓ Preparar todo el material y llevarlo al lado del paciente. Informar al paciente.
- ✓ Preservar su intimidad, bien en habitaciones o salas individuales, bien con el uso de biombos o cortinas separadoras.
- ✓ Colocación del paciente:
- ✓ **Mujer:** posición ginecológica.
- ✓ **Hombre:** de cúbito supino, con piernas separadas.

- ✓ Colocar un empapador o cubrecamas debajo de los glúteos de la/del paciente.
- ✓ Colocarse guantes de un solo uso no estériles.
- ✓ Proceder a la extracción del contenido del balón de la sonda con la jeringa. Asegurarse de extraer el volumen total del contenido del balón, para evitar traumatismos en uretra.
- ✓ Algunas sondas no tienen globo y la fijación se realiza exclusivamente con esparadrapo; por tanto, en este procedimiento no se realizar ningún tipo de extracción del balón.
- ✓ Retirar la sonda hacia fuera lentamente.
- ✓ Realizar higiene de los genitales.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ✓ Una vez realizada la técnica, dejar anotado en el registro correspondiente: fecha y hora de la técnica, tipo de sonda (calibre y composición), cantidad y aspecto de la orina drenada.
- ✓ Registrar fecha prevista de cambio o retirada de la sonda.
- ✓ Realizar intervenciones para el fomento de los autocuidados a pacientes y/o cuidadoras/es familiares, con especial incidencia en la higiene de la zona genital, dejando constancia en los registros de cuidados.

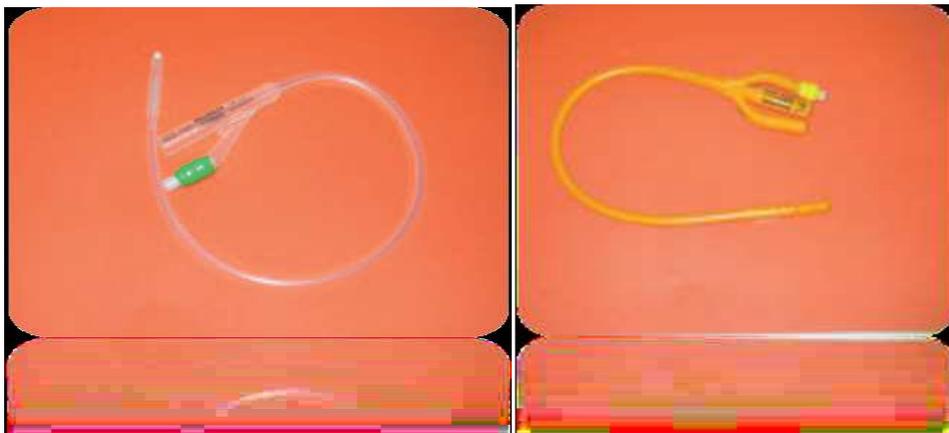
Al alta, si la/el paciente vuelve al domicilio con sondaje permanente o intermitente, reflejar en el Informe de Continuidad de Cuidados las características de la sonda y la fecha prevista para su cambio o retirada, así como la capacidad de la/del paciente y/o cuidador/a para el manejo de la miasma.

ANEXO N° 6

Fotografías del trabajo de Investigación SEGÚN LA FORMA DE LA PUNTA

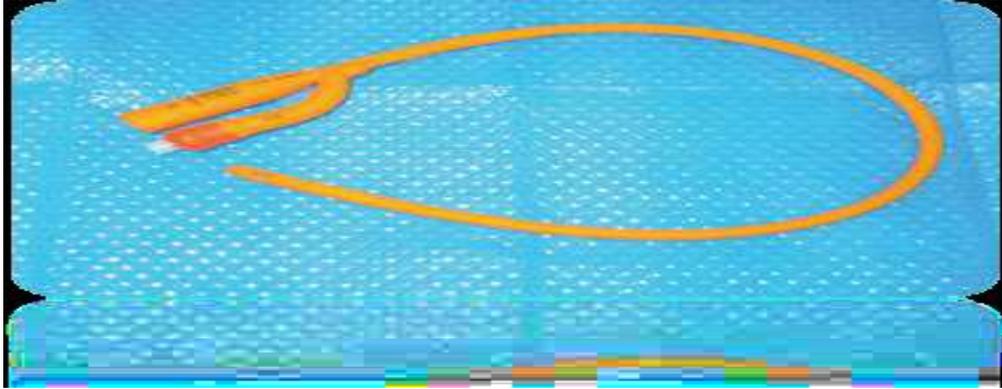


Según el número de vías

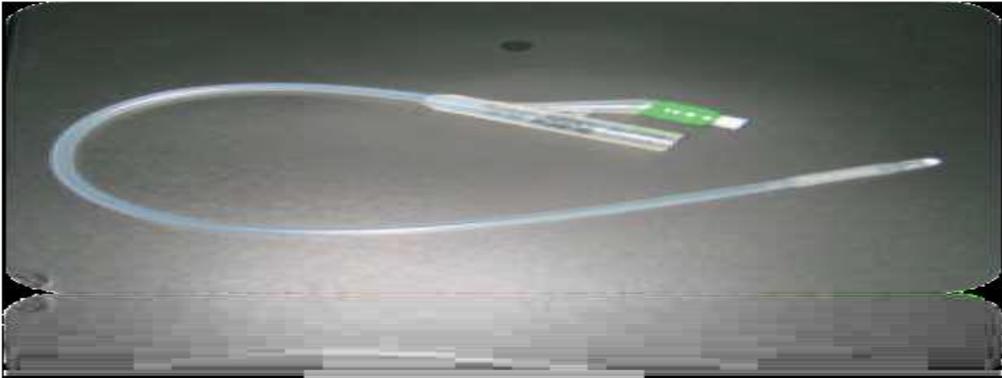


SEGÚN EL MATERIAL

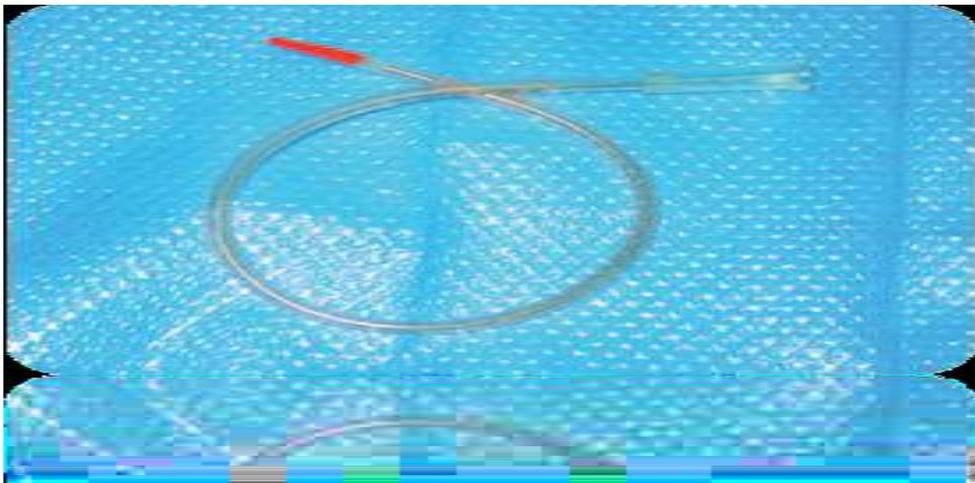
Latex



Latex



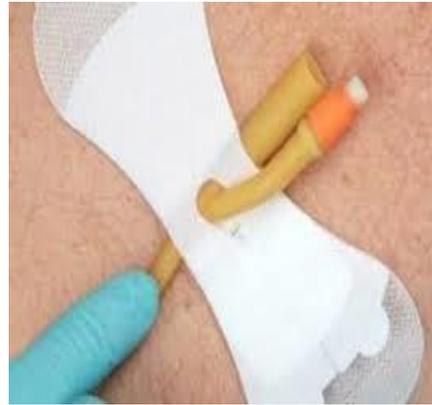
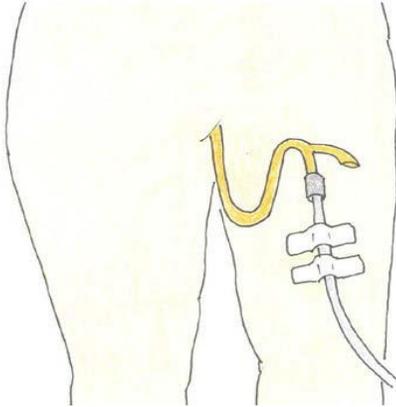
Plástico



Bolsa recolectora de circuito cerrado



Forma de fijación de la sonda vesical



Forma correcta de recolección de orina para muestra de Urocultivo



ANEXO Nº 7
FOTOGRAFÍAS DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN



Fotografías: Trabajo de Campo



