



Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

Manejo de las sondas vesicales permanentes de corta duración para la prevención de las infecciones del tracto urinario

Recomendaciones

- La evidencia sugiere que el agua del grifo es suficiente para la limpieza de los genitales. **(Grado B)**
- El cuidado de la sonda debe consistir en una buena higiene personal en el área del meato llevada a cabo durante la higiene diaria. **(Grado B)**
- En términos de composición de la sonda, las sondas impregnadas con aleación de plata pueden reducir la incidencia de bacteriuria asociada al sondaje, sin embargo, no hay evidencia clara respecto a qué grupos de pacientes son susceptibles de beneficiarse de esta estrategia, ni de la rentabilidad de su aplicación. **(Grado B)**
- Los sistemas de drenaje sellados (por ejemplo, con cinta adhesiva o precintados) no deben considerarse como el único mecanismo para la prevención de la bacteriuria. **(Grado B)**
- La adición de soluciones antibacterianas a las bolsas de drenaje no tiene ningún efecto en la reducción de la incidencia de la infección asociada. **(Grado B)**
- No se gana ningún efecto protector con el cambio rutinario de la bolsa de drenaje en comparación con el cambio sólo cuando es clínicamente necesario. **(Grado B)**
- Se recomienda la retirada temprana de la sonda para prevenir las infecciones urinarias y facilitar el alta temprana. **(Grado B)**
- Se recomienda utilizar el método "orden de parada" de las enfermeras a los médicos para reducir el uso prolongado de sondas de forma innecesaria. **(Grado B)**
- Hay una necesidad urgente de más ECA de alta calidad. **(Grado B)**

Fuente de información

Este *Best Practice Information Sheet* se basa en una revisión sistemática de la investigación² (Mula y Konno, 2010) realizada por el Instituto Joanna Briggs, Royal Adelaide Hospital, Adelaide Australia. El informe de la revisión sistemática está disponible en la página web del Instituto Joanna Briggs www.joannabriggs.edu.au

Antecedentes

Esta revisión es una actualización de una revisión publicada en 2004.³

Las sondas vesicales permanentes se suelen utilizar para el drenaje vesical durante la atención hospitalaria.

El uso a corto plazo de una sonda vesical permanente es una estrategia segura y eficaz en el mantenimiento de la salud vesical y renal y su uso responsable contribuye a la mejora de los resultados. Sin embargo, la inserción de una sonda vesical permanente no está exenta de complicaciones. Las infecciones del tracto urinario asociadas con el uso de sondas (ITU) son una de las infecciones más frecuentes. El riesgo diario de desarrollar ITU es de un 3% -7% en el ámbito de los cuidados agudos.⁴

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs en 2006 (<http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>)

Grado A Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C Recomendación no demostrada

Definiciones

En este *Best Practice information sheet* se utilizan las siguientes definiciones:

Sonda vesical de corta duración: Uso de sonda con una duración de entre 1 y 14 días.

Objetivos

El objetivo de este *Best Practice information sheet* es resumir la mejor evidencia disponible acerca del manejo de las sondas vesicales permanentes de corta duración para prevenir las infecciones del tracto urinario (ITU).

Calidad de la investigación

La investigación incluyó únicamente ensayos clínicos, a menudo con un número limitado de participantes. Hubo cuatro ECA / AC^{6, 7, 8, 11}, un ECA⁹ y un estudio cuasiexperimental¹⁰.

No se encontraron ECA comparables para esta revisión.

Resultados

Técnica de inserción: limpia frente a estéril

Una técnica de inserción estéril no está justificada debido a los costes adicionales. La técnica no estéril, llevada a cabo en el entorno quirúrgico, implicaba el lavado de las manos con agua y jabón, la limpieza de los genitales con agua del grifo cuando era necesario, el uso de guantes no estériles, lubricante, agua del grifo para inflar el balón y no utilizar un equipamiento de sondaje.

Limpieza con agua

Un pequeño estudio no encontró diferencias significativas en el resultado entre la limpieza con agua y con gluconato de clorhexidina.

Cuidado del meato

Tres estudios que investigaron el cuidado del meato encontraron poco o ningún beneficio en el uso de métodos distintos a la higiene personal estándar y la retirada de partículas en el cuidado de los pacientes que tienen una sonda permanente a fin de evitar la bacteriuria. Sin embargo, hubo algún beneficio indicado para un pequeño subgrupo de pacientes mujeres de alto riesgo.

Composición de la sonda

Seis estudios se centraron en la composición de la sonda. No hubo diferencias significativas en las tasas de infección relacionada con el uso de sondas entre las sondas de silicona o las de látex. No obstante, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el día 6 a favor de las sondas con recubrimiento de plata respecto a las sondas de Foley de látex recubiertas con teflón. También se encontró un resultado estadísticamente significativo a favor de las sondas recubiertas de plata respecto a las sondas de Foley de látex recubiertas de silicona. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el uso de sondas de silicona 100% frente al uso de sondas con recubrimiento de hidrogel y sales de plata.

Un estudio aleatorizado doble ciego controlado evaluó el uso de sondas impregnadas de nitrofurazona frente al uso de sondas estándar recubiertas de silicona en pacientes con traumatismo y concluyó que la incidencia de bacteriuria asociada a sondaje fue menor en los pacientes del grupo de la nitrofurazona.

Se comparó una sonda Foley de silicona, recubierta de hidrogel e impregnada de plata frente a una sonda de silicona, recubierta de hidromel sin que se obtuvieran resultados estadísticamente significativos en las tasas de infección del tracto urinario.

Dispositivos para el sistema de drenaje

Siete estudios se centraron en los dispositivos del sistema de drenaje. Uno no encontró diferencias significativas en las tasas o el riesgo de bacteriuria entre un sistema de dos cámaras frente a un sistema complejo cerrado, aunque el inicio de la bacteriuria se retrasó con el uso del sistema de dos cámaras. Las uniones selladas preconectadas presentaron resultados favorables frente al uso de sondas sin conectar y bolsas de drenaje. Otro estudio no encontró diferencia en la tasa de bacteriuria entre un sistema de drenaje sellado y preconectado frente al sistema estándar de drenaje cerrado después de la inserción de la sonda. No se encontró ningún beneficio entre un sistema cerrado de drenaje y un dispositivo de liberación de plata. No se encontró ningún beneficio general en el uso de un sellado de unión aplicado después de la inserción de la sonda, aunque puede haber algún beneficio para los hombres.

Un pequeño estudio comparó el uso de una sonda de silicona con cubierta hidrofílica con sistema de drenaje sellado frente al uso de una sonda estándar con bolsas intercambiables y no encontró diferencia en términos de la incontinencia, el dolor uretral, el enrojecimiento del meato o las secreciones. El impacto de un cartucho de liberación de yodo-povidona en las ITU en comparación con un sistema estándar de drenaje cerrado favorecía al tratamiento.

Soluciones para el sistema de drenaje

No se observaron beneficios en la adición de clorhexidina a las bolsas de drenaje urinario. Un pequeño estudio con múltiples intervenciones encontró que una sonda antimicrobiana con adaptador y ácido tricloroisocianúrico fue eficaz para reducir la incidencia de bacteriuria asociada al uso de sondas. Se encontró que el uso de agua oxigenada no suponía una diferencia significativa en la incidencia de bacteriuria asociada al uso de sondas.

Administración de los cuidados

No se ha encontrado que la frecuencia del cambio de bolsa suponga una diferencia estadísticamente significativa. El estudio también sugiere que no cambiar las bolsas de drenaje para los pacientes con sondaje a corto plazo puede estar asociado con una reducción de los costes y mejor organización del tiempo para el personal. Un estudio con mujeres sometidas a histerectomía encontró que la retirada inmediata de la sonda después de la operación resultaba segura y rentable, ya que disminuía la estancia hospitalaria. Otro estudio encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la menor prevalencia de infección urinaria en el grupo de sondas con una retirada temprana. Un estudio realizado con mujeres después de cirugía de un prolapso vaginal encontró que el recuento bacteriano aumentaba en pacientes con retirada tardía de la sonda y las compresas vaginales.

Se encontró que el método de “orden de parada” para las sondas vesicales prevenía el uso prolongado de sondas de forma innecesaria.

Revisiones sistemáticas:

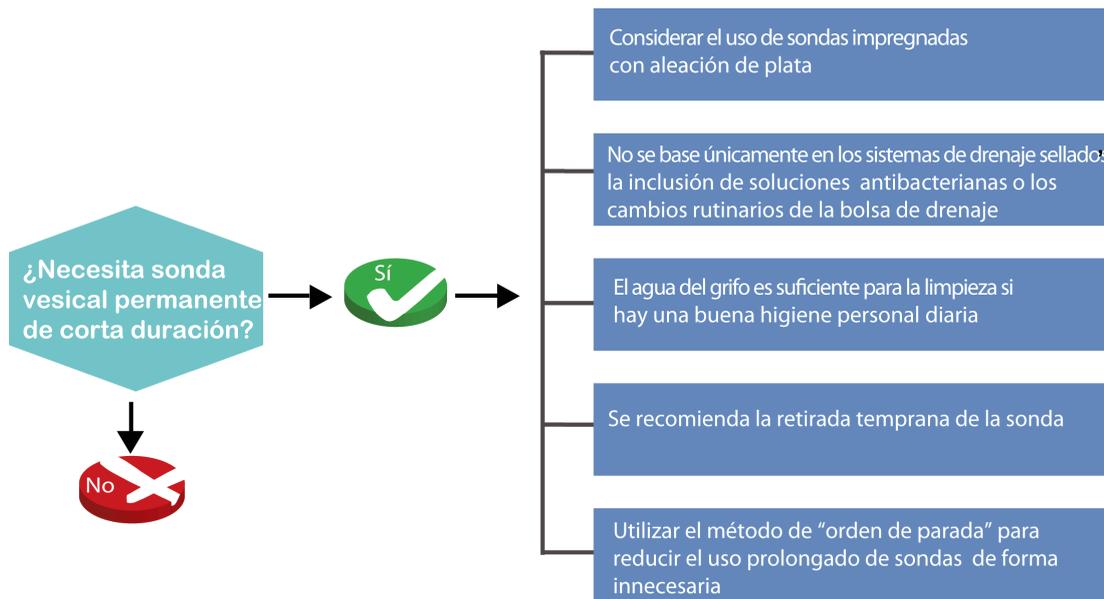
En la revisión anterior, publicada en 2004, se ha encontrado alguna evidencia de que las sondas impregnadas de plata redujeron la incidencia de ITU. El hallazgo de un ensayo cruzado identificado recientemente apoya la efectividad de las sondas impregnadas con plata frente a las sondas sin la impregnación de plata.

Se realizó una revisión sistemática que incluyó 23 ensayos controlados aleatorios y cuasialeatorios que compararon diversos tipos de sondas permanentes, en cuanto al riesgo de infección del tracto urinario en pacientes hospitalizados con sondaje de corta duración. La revisión concluyó que ningún tipo de sonda era mejor que otro en términos de reducir el riesgo de bacteriuria en pacientes hospitalizados.

Implicaciones para la práctica

- La evidencia sugiere que el agua del grifo es suficiente para la limpieza de los genitales.
- El cuidado de la sonda debe consistir en una buena higiene personal en el área del meato.
- Las sondas impregnadas con aleación de plata pueden reducir la incidencia de bacteriuria asociada con el uso de sondas.
- Los sistemas de drenaje sellados (por ejemplo, con cinta adhesiva o precintados) no deben considerarse como el único mecanismo para la prevención de la bacteriuria.
- La adición de soluciones antibacterianas a las bolsas de drenaje no tiene ningún efecto en la reducción de la incidencia de la infección asociada.
- No se gana ningún efecto protector con el cambio rutinario de la bolsa
- Se recomienda la retirada temprana de la sonda para prevenir las infecciones urinarias y facilitar el alta temprana
- Se recomienda utilizar el método de orden de parada de las enfermeras a los médicos para reducir el uso prolongado de sondas de forma innecesaria.¹

Manejo del sondaje vesical permanente de corta duración para la prevención de las infecciones del tracto urinario



Agradecimientos

Este *Best Practice information sheet* ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs. Además, ha sido revisado por un panel de expertos de los Centros Colaboradores Internacionales del Instituto Joanna Briggs.

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2009 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php#B>
2. Moola S and Konno R. A systematic review of the management of short-term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections. *Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews* 2010; 8 (17); 695-729.
3. Lockwood C, Page T, Conroy T and Florence Z. Management of short-term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections. *JBIG Rep.* 2004 Sep; (8): 271-291.
4. Lo E, Nicolle L, Classen D, et al. *Infection Cont and Hosp Epid.* 2008; 29 (Suppl 1):s41-50.
5. Johnson JR, Kuskowski MA, Wilt, TJ. *Ann Intern Med.* 2006 Jan; 144(2):116-26.
6. Alessandri F, Mistrnagelo E, LijoiD, Ferrero S, Ragni N. *Acta Obstet GynecolScand.* 2006; 85(6):716-20
7. Glavind K, Moroup L, Madsen H, Glavind J. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86(9):1122-5.
8. Loeb M, Hunt, O'Halloran K, Carusone SC, Dafoe N, Walter SD. *J Gen Intern Med.* 2008 Jun; 23(6):816-20.
9. Sekhavat L, Farajkhoda T, Davar R. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2008 Jun; 48(3):348-52.
10. Srinivasan A, Karchmer T, Richards A, Song X, Perl TM. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2006 Jan; 27(1):38-43.
11. Stensaballe J, Tvede M, Looms D, Lippert FK, Dahl B, Tonnesen E, et al. *Ann Intern Med* 2007 Sep; 147(5):258-9.
12. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J of Evid Based Healthc* 2005; 3(8):207-215.

Versión original traducida al castellano por: Paula García Manchón.

Traducción revisada por: Esther González María.

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

• The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital,
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au



**WILEY-
BLACKWELL**

"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

Traducido y difundido por:



Del Instituto Joanna Briggs
para los cuidados de salud basados en la evidencia

Práctica
basada
en la
evidencia

Este *Best Practice Information Sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.⁴