



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE (3295-12)**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN EL CUIDADO Y MANTENIMIENTO DEL
SONDAJE VESICAL”**

**TESIS
Para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**Presenta:
Nancy Leyva Juárez**

**Asesora:
Lic. Tomasa Juárez Caporal**

México, D.F., 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
LIC. GUADALUPE SARMIENTO CRISTOBAL
DIRECTORA TECNICA
P R E S E N T E:**

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted la Tesis Profesional:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
EN EL CUIDADO Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL”**

Elaborada por:

Nancy Leyva Juárez

Una vez reunidos los requisitos establecidos por legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentado y defendido en el examen profesional, que sustenta para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

A T E N T A M E N T E:

Lic. Tomasa Juárez Caporal

A1. AGRADECIMIENTOS

A MÍ FAMILIA

Como un testimonio de cariño y eterno agradecimiento por mi existencia, valores morales y formación profesional. Porque sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y porque nunca podré pagar todos sus desvelos ni aun con las riquezas mas grandes del mundo. Por lo que soy y por todo el tiempo que les robe pensando en mí

..... GRACIAS.

A2. TABLA DE CONTENIDO

A1 AGRADECIMIENTOS

A2. TABLA DE CONTENIDO

A3. INTRODUCCION

A4. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

A5. MARCO TEÓRICO

A6. OBJETIVOS DE ESTUDIO

- OBJETIVO GENERAL
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A7. METODOLOGIA

- ESPECIFICACION DE LA VARIABLE
- TIPO DE ESTUDIO
- UNIVERSO DE TRABAJO
- TÉCNICA PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SUJETOS DE ESTUDIO
- TECNICA PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS SITUACIONALES
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, NO INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO
- CARACTERISTICAS DEL GRUPO CONTROL
- PROCEDIMIENTO PARA OBTENER MUESTRA
- DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA
- SISTEMA DE CAPTACION DE INFORMACIÓN

A8. RESULTADOS, ANALISIS Y CONCLUSIONES

A9. CONCLUSION GENERAL

A10. ANEXOS

- RECURSOS
- LIMITE EN TIEMPO DE LA INVESTIGACIÓN
- CRONOGRAMA DEL PROYECTO
- DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO
- PRUEBA DE CAMPO O DE ENSAYO QUE SE EMPLEARA
- CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO
- CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACION CIENTÍFICA
- DIFUSIÓN QUE SE DARA A LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

A11. BIBLIOGRAFÍA QUE APOYA AL PROYECTO

A3. INTRODUCCIÓN

La elaboración de este Protocolo de investigación se basa en la detección de una de las principales causas de morbilidad presentes en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 26 “Las Américas” (HGZ/MF No 26), con base en el Diagnostico de Salud realizando durante el Servicio Social, identificando un alto índice en Infecciones de Vías Urinarias en pacientes hospitalizados.

Lo anterior, con el objetivo de formular nuevos programas de salud y reforzar la educación y capacitación tanto del personal de la salud como de los usuarios y familiares que asisten a la unidad para lograr un aprendizaje significativo; y con ello, realizar un diagnostico precoz, limitar las secuelas del daño y evitar posibles complicaciones, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes, llevándolos a reincorporarse a su vida como un ser holístico de una forma autosuficiente.

El trabajo consta de un marco teórico, el cual menciona los principales conceptos aplicados al estudio, así como un breve resumen del sistema urinario, constando de anatomía y fisiología del mismo, tipos de sondajes vesicales; detalla el procedimiento recomendado para la instalación de un sondaje vesical y su fundamentación.

A su vez se hace mención de cuales son los cuidados generales de un sondaje vesical, sus indicaciones, duración, mantenimiento y precauciones durante la permanencia del sondaje.

En el siguiente apartado se menciona cual es el objetivo general y los objetivos específicos del estudio.

La metodología aplicada al estudio se basó en describir, observar y cuestionar al personal de enfermería adscrito a esta unidad, del turno matutino, con la finalidad de que el estudio sea prospectivo y de un aprendizaje significativo para el personal.

El cuestionario aplicado consta de 15 preguntas dicotómicas de respuestas afirmativas y negativas, las cuales nos arrojaron los resultados necesarios para elaborar un análisis de conclusiones, basado en hechos sustentables en este instrumento.

Por último cabe mencionar que se anexa el cuestionario, los recursos financieros utilizados, el cronograma de trabajo, así como el cartel utilizados para la difusión de los datos arrojados por la investigación.

A4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al identificar las necesidades de asistencia de los pacientes con problemas urinarios, es común que el personal de enfermería pueda obtener abundante información del paciente. Además de identificar las características urinarias del paciente, y de los signos y síntomas de una disfunción, ya que una de las responsabilidades primarias en la asistencia de pacientes con estos problemas es la observación y el registro de hechos importantes. Ante esta fundamentación nace la pregunta:

¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO ASOCIADA AL MANTENIMIENTO Y CUIDADO AL SONDAJE VESICAL INSTALADO AL PACIENTE HOSPITALIZADO?

A5. MARCO TEÓRICO

Las infecciones del tracto urinario es una de las complicaciones más frecuentes, siendo responsable de más del 40% del total de infecciones adquiridas en los hospitales.

Cerca del 60 a 80 % se genera por instrumentación del tracto urinario, principalmente por sondaje urinario con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Se estima que el 10% de los pacientes ingresados utilizaran este dispositivo en algún momento de su internación y de ellos un 10% sufrirán una infección urinaria motivando la prolongación de la estadía hospitalaria calculada en 1 a 4 días.

Aunque no todas las infecciones del tracto urinario asociados al sondaje pueden ser prevenidas, se asume que la aplicación de una estrategia higiénico sanitarias contribuiría en disminuir en 30% estas complicaciones.

El sondaje vesical es un procedimiento invasivo frecuente en los ingresos hospitalarios, puesto que se realiza en un 10-15% de estos. Es la causa más frecuente de infección urinaria nosocomial y prolonga la estancia en el hospital entre 2 y 10 días. Entre el 30 y el 45% de las infecciones nosocomiales tienen su origen en un foco urinario y de estas, un 80% están asociadas al sondaje vesical, puesto que aunque se realice correctamente y con técnica estéril, favorece la entrada de gérmenes en el tracto urinario.

Los mecanismos de contagio más comunes son la contaminación en el momento del sondaje, ya sea por microorganismos de la región perineal o por contaminación de las soluciones antisépticas, instrumental, y la higiene deficiente y/o incorrecta de las manos del personal sanitario al efectuar el sondaje o al manipular la sonda, puesto que ambos facilitan la migración retrógrada de microorganismos por la luz de la sonda.

La duración del sondaje urinario es también un factor importante que determina la probabilidad de adquirir una infección urinaria: a los 10 días, cerca del 50% de los pacientes sondados pueden presentar bacteriuria y a los 28 días aparece prácticamente en el 100% de los casos.

La infección urinaria que se produce en pacientes ingresados es más grave que la ambulatoria por dos razones básicas: el paciente ingresado tiene una patología previa que puede haber deprimido sus mecanismos inmunológicos y los agentes causales son gérmenes hospitalarios más resistentes a los antibióticos. La mayoría de estas infecciones suelen remitir al retirar la sonda o bien con tratamiento antibiótico de corta duración.

SONDAJE VESICAL

Es la colocación aséptica de una sonda en la vejiga urinaria a través del meato uretral. Una sonda es un tubo de látex o de silicona cuya consistencia depende de su composición, su tamaño está calibrado en unidades francesas (CH) que miden la circunferencia externa. Las sondas vesicales tienen uno o varios orificios en la parte distal, puede tener 1, 2 o 3 vías las sondas de una vía suelen ser rígidas y se utilizan para sondajes intermitentes, las sondas de 2 vías se usan para sondajes permanentes y la segunda vía sirve para insuflar el balón con agua bidestilada para fijarla, la primera vía lleva una guía para facilitar la introducción.

INFECCIÓN

Identificación de microorganismos en el tejido o en el torrente sanguíneo del huésped, junto con una reacción inflamatoria a su presencia.

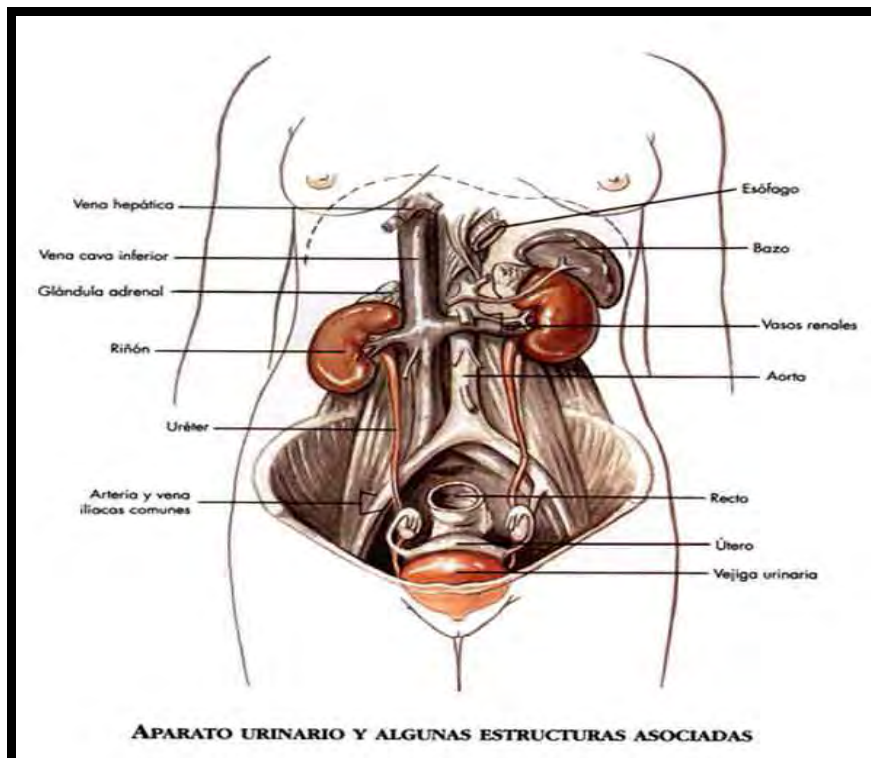
INFECCIÓN URINARIA

Es la invasión, colonización y multiplicación de gérmenes en el tracto urinario.

SISTEMA URINARIO

La función del sistema urinario es ayudar a mantener la homeostasis corporal, controlando la composición y volumen de la sangre, es posible eliminando o compensando cantidades específicas de agua y solutos.

El sistema urinario está formado por riñones, dos uréteres, vejiga urinaria y uretra.



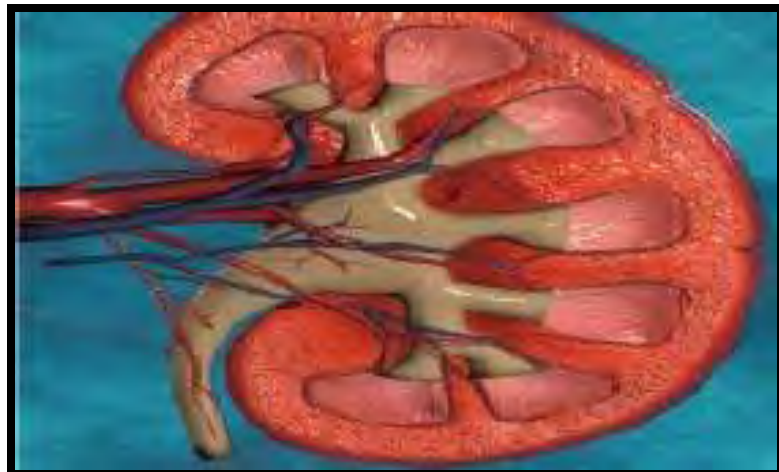
RIÑÓN

Los riñones son los responsables de filtrar toxinas, desechos, agua ingerida y sales minerales fuera de la corriente sanguínea. Los riñones son también los responsables de regular, siempre que sea necesario, la sangre a través de la excreción de sales alcalinas.

ANATOMIA Y HISTOLOGIA

Los dos órganos tienen forma de frijol y están situados en la parte posterior del abdomen, al lado de la columna vertebral y aproximadamente entre la duodécima vértebra torácica y la tercera lumbar. El riñón izquierdo suele estar situado unos 2,5 cm más arriba que el derecho.

Cada riñón mide aproximadamente de 10 a 13 cm de largo y tiene unos 5 cm de ancho, pesando de 110 a 170 gramos en las personas adultas. Debido a la hipervascularización, los riñones poseen un color marrón rojizo oscuro.



Cada riñón se caracteriza por una cara lateral cóncava, donde una abertura, llamado hilio, permite el paso de la arteria renal, la vena renal, los nervios y el uréter. Dentro de cada riñón se encuentra el seno o cavidad renal.

En el interior del seno renal están los grupos funcionales de filtración denominados nefronas, de las cuales existen más de un millón dentro de cada riñón.

En la parte superior de cada riñón hay una glándula renal también denominada suprarrenal. En términos generales, la sangre que pasa por dentro de los riñones transmite desechos solubles a través de las nefronas, y este líquido, denominado orina, pasa al uréter y al interior de la vejiga en espera de ser expulsados.

NEFRONA

La primera de esta se encuentra en la corteza, es el extremo ciego dilatado y revestido de un epitelio muy delgado cápsula de bowman. Esta expansión toma una forma de copa al ser invaginado por un penacho de capilares llamado

GLOMERULO. Toda esta estructura se llama corpúsculo renal.

En este corpúsculo se hace un ultra filtrado del plasma que pasa al túbulo renal donde se modifica por resorción y secreción para formar la orina.

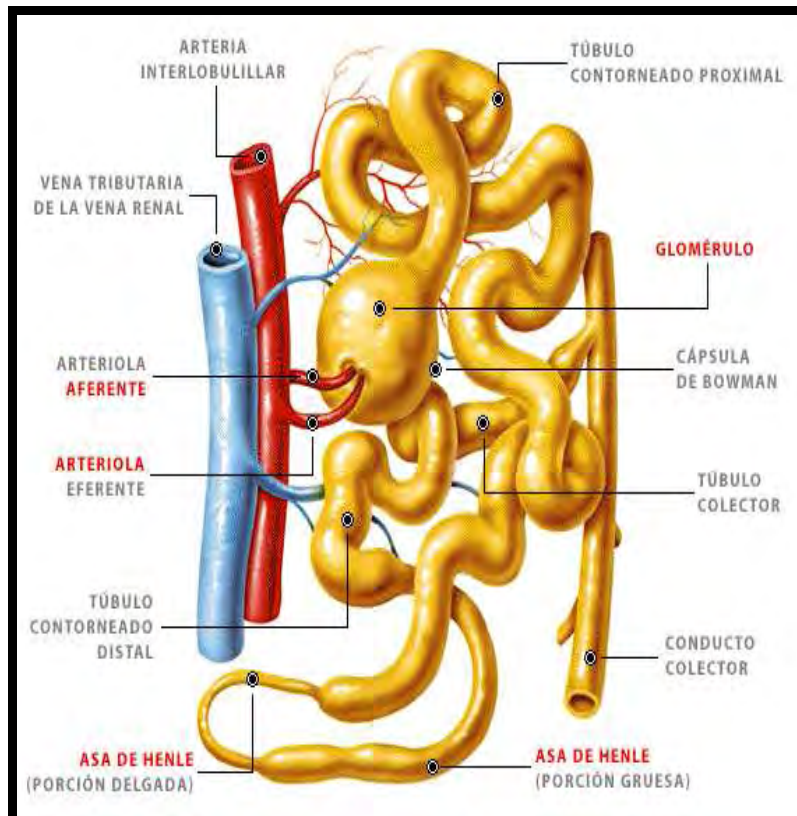
La nefrona esta formada luego por las porciones contorneadas y rectas del túbulo contorneado proximal, un segmento delgado y las porciones rectas y contorneadas del túbulo distal, este es un túbulo o conductor colector.

El túbulo contorneado distal y proximal se encuentran adyacentes al corpúsculo renal de la corteza, las partes restantes forman el asa de henle, que se encuentra en un rayo medular y pasa de la corteza a la medula recorriendo una distancia variable en ella.

Las nefronas se clasifican por la localización de sus corpúsculos en la corteza. Por ejemplo, medio corticales, se reconocen dos tipos de nefronas según la longitud del asa de henle:

□ NEFRONA CORTICALES: Que solo llegan hasta la zona externa de la medula, segmento delgado, corto en la rama descendente.

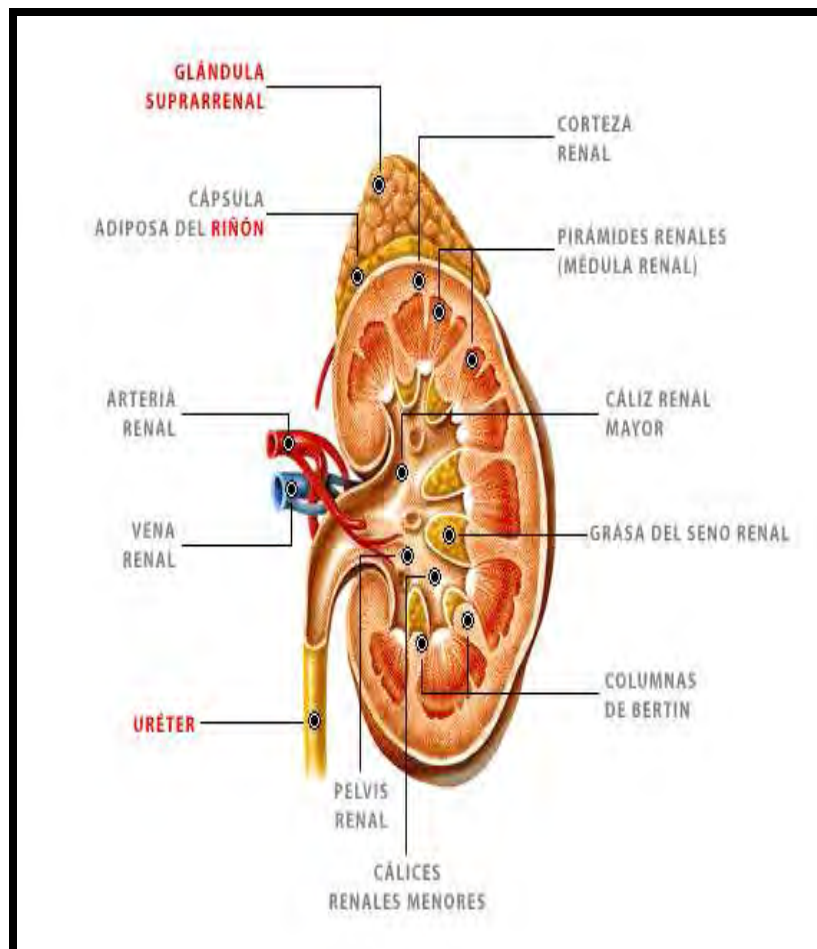
- NEFRONAS YUXTAMEDULARES: Que llegan profundamente hasta la zona interna de la medula con un segmento delgado que abarca las ramas descendentes y ascendentes y forma el asa.



Cuando el túbulo distal regresa de la corteza, viajan hacia el corpúsculo renal del origen se especializa para formar la macula densa antes de continuar como túbulo contorneado distal. La macula densa se relaciona con el polo vascular del corpúsculo con las arteriolas aferentes eferente del glomérulo y con un grupo de células llamado mesangio extraglomerular, esta asociación de las arteriolas, la macula y las células laticis es el llamado aparato yuxtglomerular.

URÉTERES

Los uréteres son dos, uno para cada riñón y están constituidos por tres capas: mucosa, muscular y adventicia o fibrelastica. Excepto en la porción del uréter, que penetra a la pelvicilla, su mucosa presenta pliegues longitudinales; la combinación de ellos con el epitelio transicional permite que la luz del uréter aumente el diámetro sin que se lesione la mucosa, como sucede con los cálculos.



Los uréteres, al llegar a la vejiga la atraviesan oblicuamente, esto con los pequeños repliegues valvulares de la mucosa vesical que protege su entrada, impide las contracciones vesiculares que produzcan reflujo. La orina va desde el riñón a la vejiga no por gravedad, sino por las ondas de contracción peristáltica de la mucosa de uréter.

VEJIGA

Esta constituida por una pared similar a la de los uréteres, pero más gruesa, es un órgano pélvico relacionado hacia atrás con el útero de la mujer y con el recto en el hombre, su parte antero superior esta cubierta por el peritoneo.

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

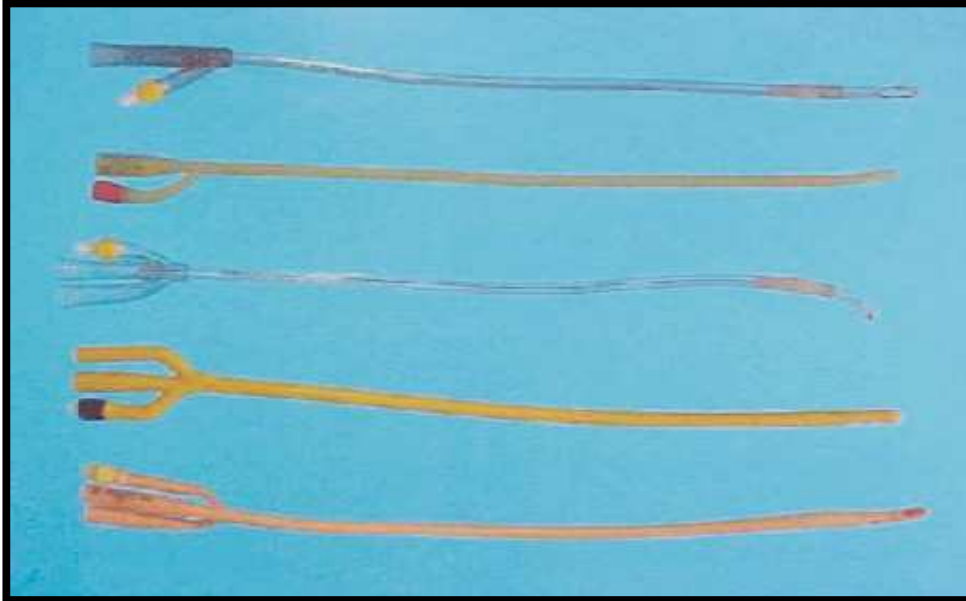
Las principales causas de Infección de Vías Urinarias en el paciente con sonda vesical instalada: soluciones antisépticas, instrumental, y la higiene deficiente y/o incorrecta de las manos del personal sanitario al efectuar el sondaje o al manipular la sonda, puesto que ambos facilitan la migración mecanismos de contagio más comunes son la contaminación en el momento del sondaje, ya sea por microorganismos de la región perineal o por contaminación retrógrada de microorganismos por la luz de la sonda. La duración del sondaje urinario es también un factor importante que determina la probabilidad de adquirir una infección urinaria: a los 10 días, cerca del 50% de los pacientes sondados pueden presentar bacteriuria y a los 28 días aparece prácticamente en el 100% de los casos.

Definición

El sondaje vesical es la colocación aséptica de una sonda en la vejiga urinaria a través del meato uretral. Una sonda es un tubo de látex o de silicona cuya consistencia depende de su composición. Su tamaño esta calibrado en unidades francesas (CH) que miden la circunferencia externa. Las sondas vesicales tienen uno o varios orificios en la parte distal. Pueden tener 1, 2 ó 3 vías distintas. Las sondas de una vía suelen ser rígidas y se utilizan para sondajes intermitentes. Las sondas de 2 vías se usan para sondajes permanentes y la segunda vía sirve para hinchar el balón con agua bidestilada para fijarla.

En las sondas de tres vías, la tercera vía se utiliza para irrigar la vejiga de forma continua. El sondaje vesical puede ser permanente ó temporal. Este último puede ser único o repetido.

Sondas vesicales



Los objetivos del sondaje permanente son:

- Control de diuresis.
- Cicatrización de las vías urinarias tras la cirugía.
- Prevención de la tensión en heridas pélvicas y/o abdominales a causa de la distensión de la vejiga.
- Proporción de una vía de drenaje o de lavado continuo de la vejiga.

Los objetivos del sondaje temporal son:

- Vaciado de la vejiga en caso de retención de orina.
- Obtención de una muestra de orina estéril.
- Determinación de la cantidad de orina residual después de una micción.

El procedimiento recomendado es siguiente:

ACCIÓN	FUNDAMENTO
1.- Lavarse las manos.	Reduce la transferencia de microorganismos y evita infecciones cruzadas.
2.- Integrar material y equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.	2.- Favorece la eficiencia y agiliza el procedimiento.
3.- Identificar y preparar psicológicamente al paciente y/o familiar, explicando con brevedad el procedimiento.	Disminuye el temor del paciente, logra la confianza y favorece la cooperación.
4.- Aislar al paciente y colocar en posición adecuada Mujeres: Ginecología o Sims. Hombres: Decúbito Dorsal.	Proporciona privacidad y respeto a su individualidad. La posición adecuada relaja los músculos de la pelvis y facilita el procedimiento.
5.- Colocar protector y/o cómodo en cama y lámpara en posición de visibilidad óptima.	Protege al paciente de escurrimientos de líquido y orina. La luz adecuada facilita la identificación de las partes anatómicas.
6.- Colocarse cubrebocas; Abrir equipo de aseo, preparar material necesario según el caso y calzarse guantes.	6.- Crea una barrera de protección que disminuye el riesgo a la transmisión de infecciones y agiliza el procedimiento.

<p>7.- Comprobar la integridad del balón de la Sonda Foley (a permanencia)</p>	<p>7.- La previsión facilita el procedimiento y evita errores.</p>
<p>8.- Efectuar aseo urogenital, utilizando pinza, extremando limpieza. Mujeres: Región interna de los labios, en forma descendente y suave. Hombres: Retraer el prepucio asear desde meato y cuerpo del pene hasta el escroto. Repetir el procedimiento por razón necesaria y secar.</p>	<p>8.- Cumplir con las normas de asepsia; limita la entrada de microorganismos patógenos hacia el aparato genitourinario.</p>
<p>9.- Lubricar la punta de la sonda (5cm aproximadamente).</p>	<p>.- Reduce la fricción, protegiendo la mucosa de lesiones mecánicas.</p>
<p>10.- Introducir suave y gentilmente la sonda: En Mujeres, de 5 a 7 cm. Separando labios menores con los dedos pulgar e índice, conservando la separación hasta que fluya orina. En Hombres, Introducir de 15 a 20 cm., tomar el cuerpo del pene con una gasa, retrayendo el prepucio en un ángulo de 60 grados.</p>	<p>10.- Identificar la región evita desviación a otras vías, lesión y contaminación. La uretra femenina es relativamente corta (de 3 a 5 cm) La uretra masculina es un conducto que se extiende desde vejiga hasta la terminación del pene y mide 21 cm.</p>

11.- Si la aplicación de la sonda es temporal (toma de muestra, vaciamiento o medición de orina residual); ocluir la sonda y extraerla en un solo movimiento de manera suave hasta que se detenga.	11.- El sondeo temporal permite un drenaje urinario con fines terapéuticos y de diagnóstico bajo técnicas de asepsia.
12.- Conectar el extremo libre de sonda a la bolsa colectora y observar características de orina.	12.- Conectar la sonda al sistema de drenaje permite que la orina fluya por gravedad facilitando la cuantificación de la orina y observar sus características.
13.- Fijar la sonda y colocar la bolsa en el sitio adecuado respetando los principios de asepsia y gravedad.	13.- Fijar la sonda previene su salida, evita fricciones y lesiones ureterocutáneas. Colocar la bolsa en sitio adecuado evita reflujo, acodamiento y permite la permeabilidad de la sonda.
14.- Etiquetar sonda con fecha y hora de instalación en el sitio de fijación.	14.- La fecha de instalación indica la vigencia de la permanencia de la sonda la cual es de 7 días.
15.- Dejar limpio y cómodo al paciente.	15.- Proporciona seguridad y confort.
16.- Retirar el material y equipo darles los cuidados posteriores a su uso.	16.- Mantiene el equipo en condiciones óptimas protegiéndolo y evitando su deterioro dejándolo listo para su uso.
17.- Retirar guante y lavarse manos.	17.- Reduce la transferencia de microorganismos y evita infecciones cruzadas.
18.- Realizar anotaciones correspondientes en Hoja de Registros Clínicos y tratamientos de enfermería.	18.- Proporciona información escrita al equipo multidisciplinario sobre el procedimiento realizado y las características del líquido drenado.

Las medidas de prevención dirigidas a la correcta indicación del sondaje vesical son el mejor camino para reducir la incidencia de las infecciones urinarias asociadas al sondaje.

CUIDADOS GENERALES

- Uso restringido (sondear solamente cuando sea estrictamente necesario) y retirada precoz y oportuna de las sondas vesicales. Se debe reconsiderar diariamente la posibilidad de prescindir de la sonda.

- Colocación y mantenimiento por profesionales. Educar al personal y al paciente en los cuidados higiénicos necesarios, insistiendo en el lavado de manos previo a cualquier manipulación del sistema de la sonda-tubo-bolsa y en la realización de los cuidados perineales necesarios.

- Colocación de sistemas de buena calidad en pacientes con cateterismo prolongado mayor de 15 días. Emplear el calibre adecuado a la situación urológica. Se debe emplear un equipo de sondaje estéril con utilización de guantes estériles introduciendo la sonda previa limpieza de la zona perineal y meato uretral con agua y jabón. Se debe aplicar lubricante hidrosoluble para introducir la sonda.

- Las bolsas deben cambiarse cuando se cambia la sonda, si se rompen o presentan escapes o cuando se acumulan sedimentos o adquieren un olor desagradable.

- Empleo de sistemas de drenaje cerrado y estéril. No separar la unión catéter-tubo de drenaje.

- El vaciado de la bolsa se realizará a través de la válvula de salida evitando que ésta se contamine por el contacto con el recipiente de recogida o con el suelo.

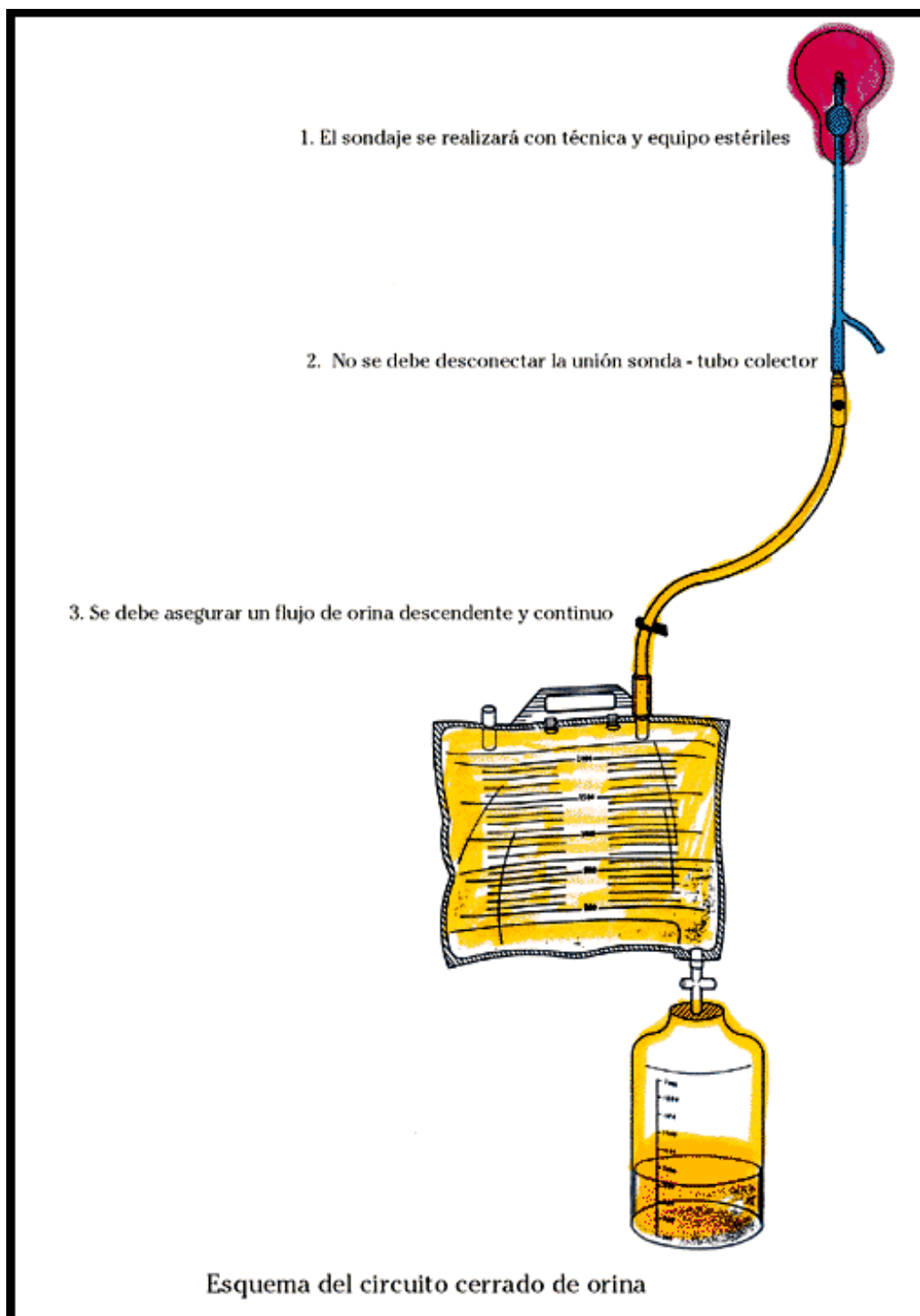
- Asegurar siempre un flujo de orina descendente y continuo. Mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga del paciente y eliminar acodaduras de la sonda y del tubo colector. La irrigación urinaria estará indicada sólo cuando haya peligro de obstrucción por hemorragia después de cirugía urológica.

- No movilizar la sonda de dentro hacia fuera o viceversa. Si se requiere movilizarla debe hacerse en sentido rotatorio. Para movilizar al paciente o trasladarlo de cama hay que pinzar la sonda, evitando siempre pinzarla por más de 2 horas.

- Las muestras de orina para urocultivos se deben tomar a través de una sonda recién colocada o por punción-aspiración de la sonda en el punto más proximal. Se cierra con una pinza el sistema de drenaje durante unos instantes y se desinfecta con una solución antiséptica el punto de toma de la muestra.

- Urocultivo post-cateterismo: se realizará a los 7 días de retirada de la sonda.

Esquema del circuito cerrado de cateterismo vesical.



INDICACIONES DEL SONDAJE VESICAL

- Control de diuresis en pacientes con shock u oligoanuria o si requieren diuresis forzada.
- Retención urinaria.
- Algunos casos de cirugía mayor o cirugía sobre la uretra.
- Cistografías retrógradas.
- Casos especiales de incontinencia urinaria.
- Control de líquidos.

DURACIÓN DEL SONDAJE

- Duración menor de 30 días. Se emplea en pacientes hospitalizados, en patología aguda. En algunos casos se puede pasar precozmente a utilizar pañales hidrófugos o colectores para poder retirar la sonda vesical. No se aconseja la profilaxis antibiótica de rutina, porque aunque retarda la bacteriuria no la previene y se aumentan las resistencias de los microorganismos. Se dan antibióticos en bacteriurias sintomáticas o si el urocultivo realizado a la semana de retirado el catéter es positivo.
- Duración mayor de 30 días. Se emplea en pacientes crónicos, que hacen retenciones urinarias frecuentes. En estos casos no es posible prevenir la bacteriuria, por lo que se debe intentar evitar que aparezcan complicaciones como prostatitis, pielonefritis, epididimitis, bacteriemia, obstrucción del catéter, litiasis, fístulas, insuficiencia renal, cáncer de vejiga. Lo más frecuente es la obstrucción de la sonda, en cuyo caso se cambia todo el sistema. Para prevenirla es útil el evitar acodaduras. Se dan antibióticos si hay sintomatología de infección, previa toma de urocultivo y cambio del sistema. Se proseguirá con antibioticoterapia según urocultivo. En algunos casos se puede pasar al cateterismo intermitente o bien a la utilización de pañal o colector externo.

- Intermitente: se realiza cada cierto tiempo en general cada 6-8 horas. Es una técnica habitual en el mantenimiento de la funcionalidad de la vejiga neurógena. Debe utilizarse una técnica de cateterismo aséptica. El cateterismo intermitente tiene menor incidencia de infecciones, litiasis e insuficiencia renal que el permanente pero ocasiona más uretritis, falsas vías y lesiones de mucosa uretral.

MANTENIMIENTO DE UN SONDAJE VESICAL PERMANENTE

Todo paciente sometido a un sondaje vesical permanente está expuesto a la infección, para no favorecerla debemos seguir una serie de procedimientos que llamamos técnica de mantenimiento.

- Lavar la zona con agua y jabón una vez al día.
- Lavar los restos acumulados en el catéter cerca del meato urinario, girar este sobre su eje longitudinal para evitar adherencias (nunca introducir el catéter ni tirar de él).
- En hombres regresar siempre el prepucio a su posición original con el fin de evitar parafimosis.
- Mantener la bolsa colectora fijada para evitar traumatismos.
- En sistemas cerrados se cambia el colector cada 7 días coincidiendo con el cambio del catéter.
- Evitar el reflujo de orina con sistemas colectores con válvula anti-reflujo y manteniendo siempre el colector por debajo de la vejiga.
- Evitar obstrucciones o retenciones de orina evitando el acodamiento del catéter y del sistema colector.
- El Cambio de catéter se realizara a los 7 días siempre que no haya otras causas que lo justifiquen.

- Al retirar el catéter después de un periodo largo, debemos comprobar que existe reflejo de micción haciendo, ejercicios vesicales; mantener pinzada la sonda a intervalos de tiempo señalados por indicación médica y despinzar cada vez que el paciente refiera la necesidad de orinar.
- Es importante señalar que no se podrá mantener pinzada la sonda por más de 2 horas.
- Al retirar la sonda realizaremos un aseo de genitales.

PRECAUCIONES AL MOVILIZAR A UN PACIENTE SONDEADO:

- Pinzar la sonda.
- Procurar que la bolsa quede siempre por debajo de la vejiga.

REGISTRO

- La hora de colocación de la sonda.
- El tipo de sonda utilizada y el calibre.
- Fecha de instalación.
- Turno.

A6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en la prevención de Infecciones de Vías Urinarias en el paciente hospitalizado con sonda vesical instalada del HGZ/MF No 26.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las debilidades del personal de enfermería en la prevención de Infecciones de Vías Urinarias, asociadas al sondaje vesical en el paciente hospitalizado.
- Acrecentar los conocimientos del personal de enfermería en la prevención de Infecciones de Vías Urinarias, asociadas al sondaje vesical en el paciente hospitalizado.
- Participar en la educación continua con el personal de enfermería, paciente y familiares con respecto a los cuidados generales y mantenimiento del sondaje vesical.

A7. METODOLOGÍA ESPECIFICACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Nivel de conocimiento (CAUSA)</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Estado de quien conoce o sabe algo.</p> <p>Por extensión, suele llamarse también "conocimiento" a todo lo que un individuo o una sociedad dados consideran sabido o conocido.</p>	<p>El instrumento de medición es un cuestionario, diseñado con preguntas dicotómicas de respuestas afirmativas o negativas.</p>	<p>CIERO</p> <p>FALSO</p> <p>NO LO SABE</p> <p>INCISO</p> <p>CORREC-TO</p> <p>a), b), c).</p>	<p>100%</p>
<p>DEPENDIENTE</p> <p>IVU (EFECTO)</p>	<p>Escalar</p>	<p>La Infección Urinaria (ITU) se define como la invasión, multiplicación y colonización del tracto urinario por gérmenes.</p> <p>Los microorganismos más frecuentemente aislados en las infecciones urinarias son los Gram negativos y enterococcus derivados de la flora intestinal (Escherichia Coli, Proteus mirabilis, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella). El número de microorganismos es mayor conforme aumenta la duración del sondaje.</p>	<p>El instrumento de medición es un cuestionario diseñado con preguntas dicotómicas de respuestas afirmativas o negativas.</p>	<p>CIERO</p> <p>FALSO</p> <p>NO LO SABE</p> <p>INCISO</p> <p>CORREC-TO</p> <p>a), b), c).</p>	<p>100%</p>

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Observacional, Prospectivo, Transversal.

UNIVERSO DE TRABAJO

El estudio se realizó en el HGZ Y MF No 26, ubicado Chilpancingo No. 56 y 60, Colonia Hipódromo de la Condesa, Delegación Cuauhtemoc, C.P. 6100, México, D. F., en el 3° piso Medicina Interna que cuenta con 20 camas censables y el 2° piso Cirugía General que cuenta con 22 camas censables, con el personal de Enfermería de base, asignado a estos servicios.

TÉCNICA PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

NO PROBABILISTICO POR CONVENIENCIA

Implica que en un momento dado, cada uno de los sujetos en estudio tenga las mismas posibilidades de ser incluidos al grupo experimental o al grupo control, una vez formados se indicara con la lista grupal de forma aleatoria para asignarlos.

TÉCNICA PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS SITUACIONALES

Que todos los aspectos estudiados se mantengan constantes en todo momento.

CRÍTERIOS DE INCLUSIÓN, NO INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

- Criterios de Inclusión.

Personal de Enfermería de base asignado a los servicios de Medicina Interna y Cirugía General, del turno matutino del HGZ/UMF N° 26.

- Criterios de no inclusión.

Todo personal del equipo multidisciplinario que no pertenezca al gremio de enfermería, aun y sean de base y asignados a estos servicios, así como aquellos en los que no se contesten todos los ítems o no quieran participar.

- Criterios de exclusión.

Personal de Enfermería de base o 08, que llegue del rol suplente así como el personal que este de vacaciones, pasantes en servicio social y el personal de los turnos vespertino y nocturno de la HGZ/UMF N° 26.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO CONTROL

No necesario para el estudio.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

No necesario para el estudio.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

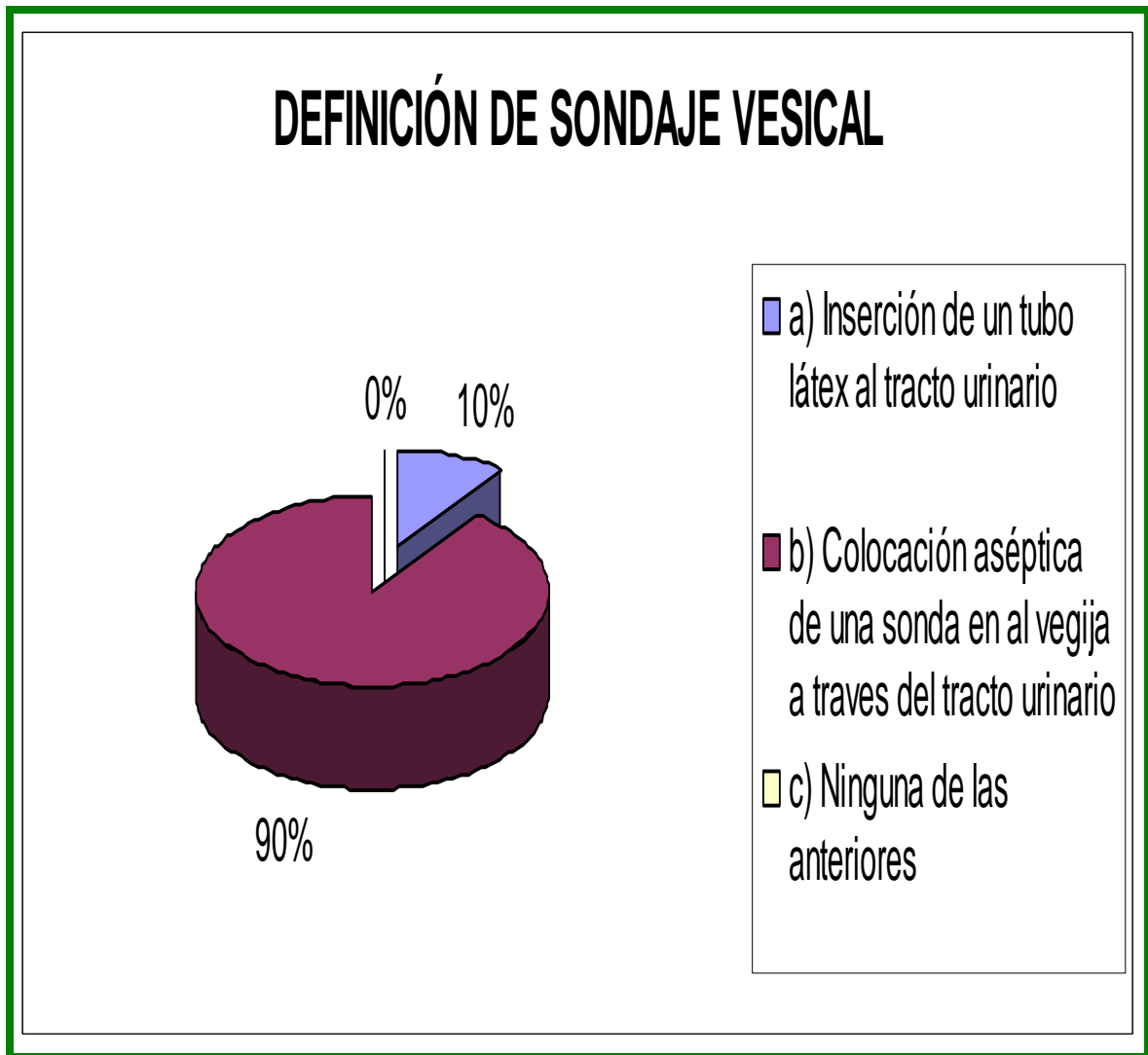
No necesario para el estudio.

SISTEMA DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN

Se elaboró un instrumento de 15 ítems.

A8. RESULTADOS, ANALISIS Y CONCLUSIONES

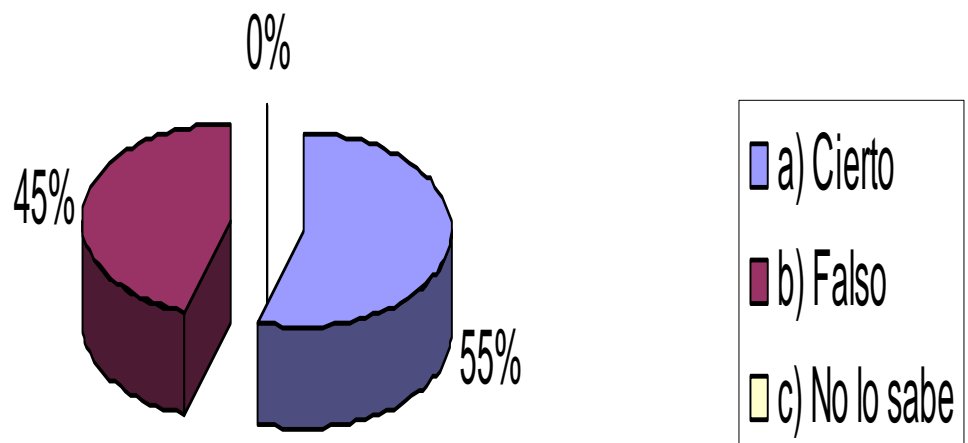
Número 1:



La grafica nos muestra que el 10% de las encuestadas no saben el concepto de un sondaje vesical, mientras que el 90% de las encuestadas conocen la definición correcta del sondaje vesical.

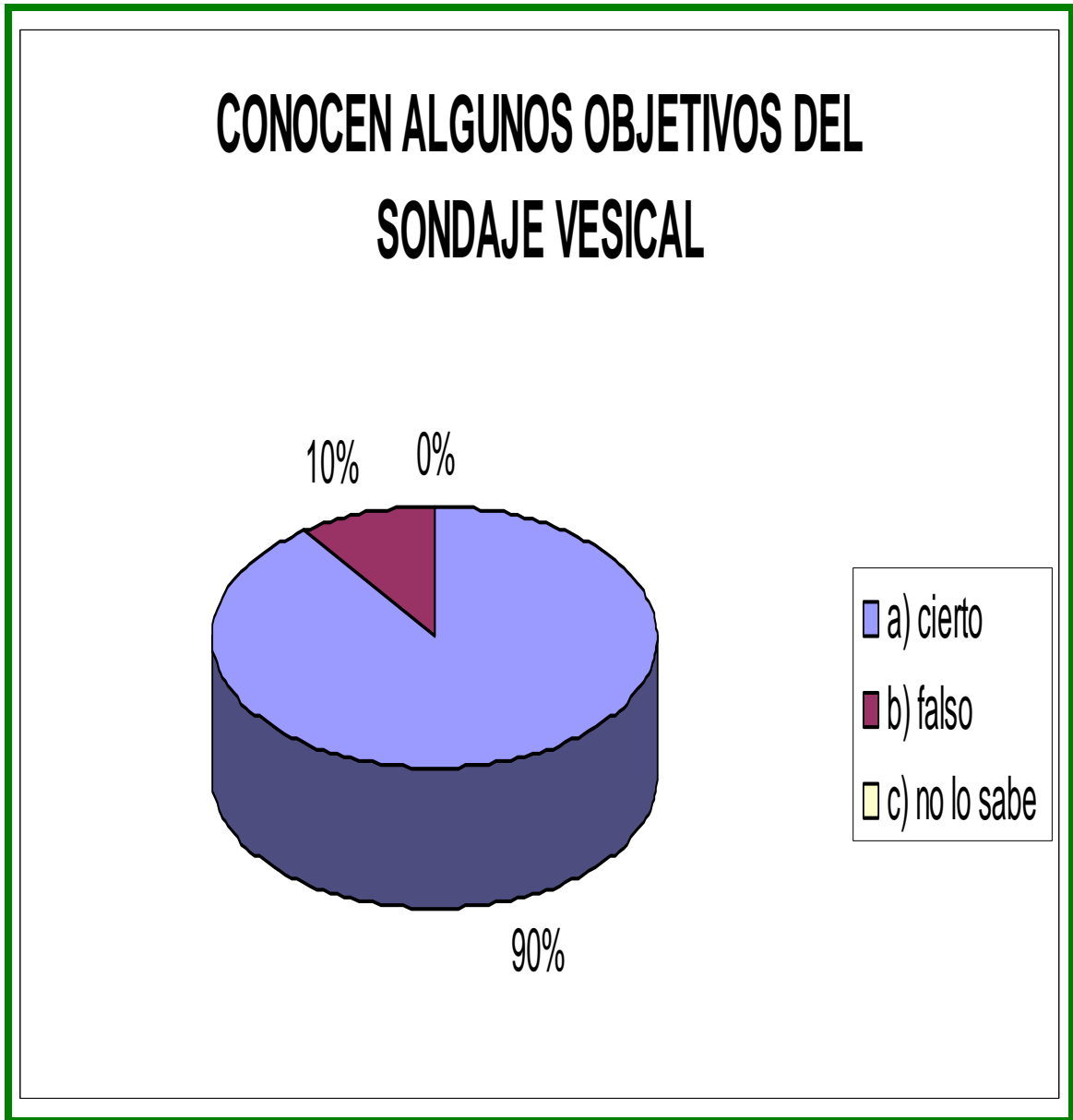
Número 2:

EL SONDAJE VESICAL PUEDE SER PERMANENTE Y TEMPORAL



La grafica muestra que el 45% de las enfermeras no identifican los tipos de sondaje que existen mientras que el 55% de las enfermeras conocen e identifican los dos tipos de sondaje.

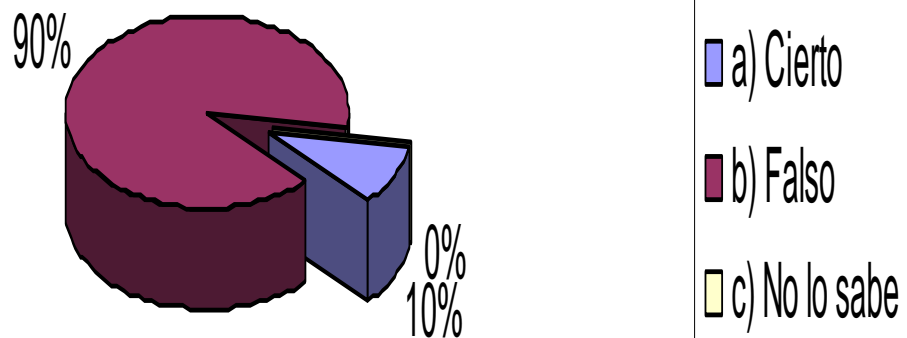
Número 3:



El 90% del personal encuestado conoce e identifica los objetivos del sondaje vesical, siendo solo el 10% de enfermeras que no conocen los objetivos del sondaje vesical.

Número 4:

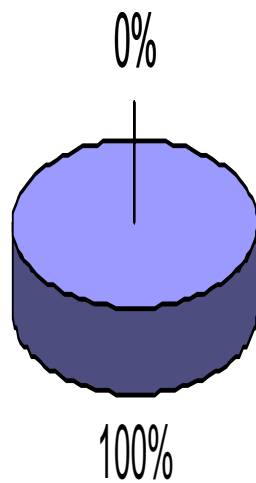
EL LAVADO DE MANOS NO ES NECESARIO AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO



El 90% del personal encuestado conoce e identifica los objetivos del sondaje vesical, siendo solo el 10% de enfermeras que no conocen los objetivos del sondaje vesical.

Número 5:

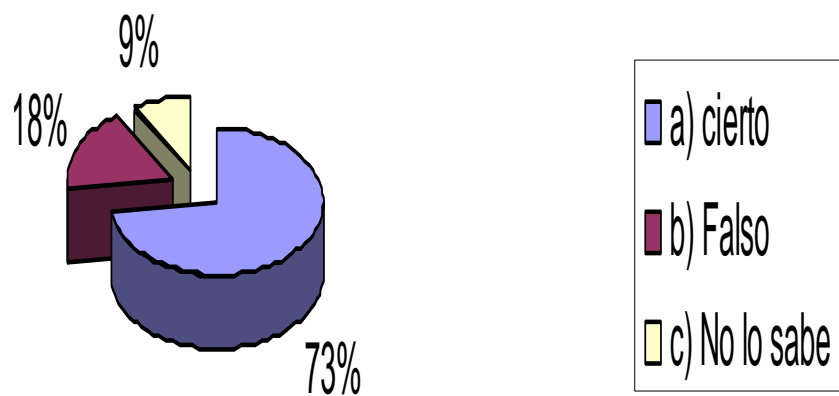
CREE QUE LA PREPARACIÓN EMOCIONAL ANTES DE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO ES NECESARIA



El 100% personal encuestado reconocen la necesidad de preparar emocionalmente al paciente antes de realizar el procedimiento.

Número 6:

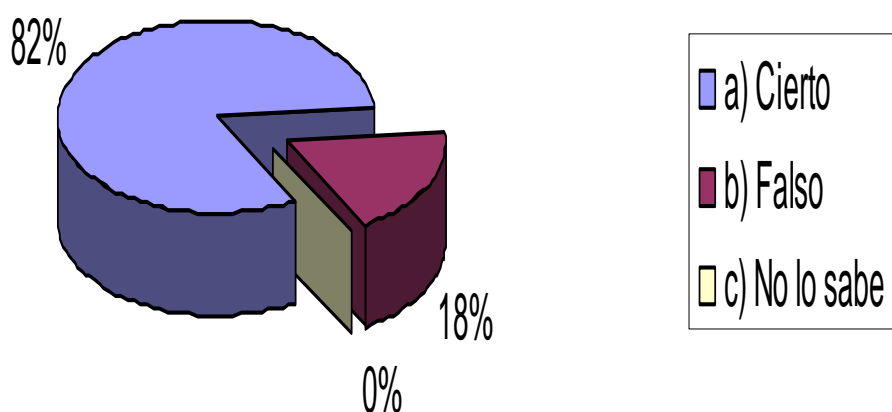
LOS PRINCIPIOS DE ASEPSIA SON NECESARIOS DESPUÉS DE CONCLUIR EL PROCEDIMIENTO



La grafica muestra que el personal reconoce como necesarios los principios de asepsia y antisepsia solo después del procedimiento, siendo solo el 18% quienes reconocen su importancia

Número 7:

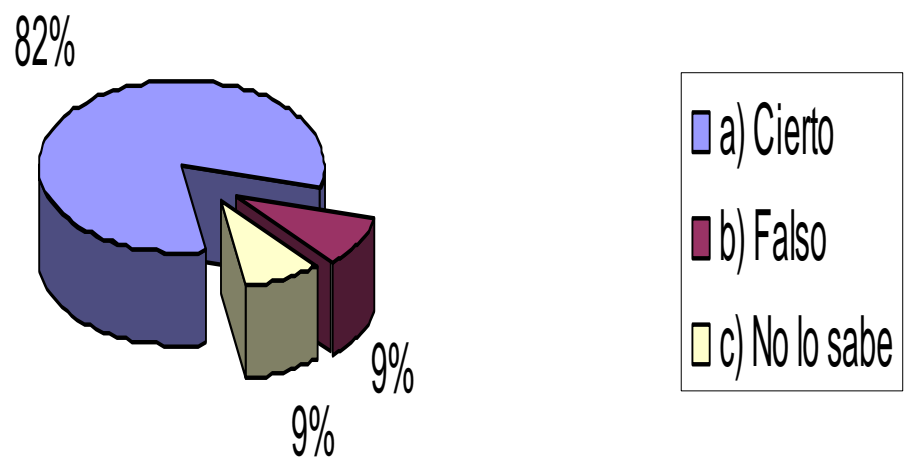
EL CIRCUITO DEL SONDAJE VESICAL ES ABIERTO



Se identifico que el personal de enfermería tiene una gran debilidad en al no reconocer que el circuito de sondaje vesical es cerrado; ya que el 82% de estos afirman que el circuito es abierto y solo el 18% niega el echo.

Número 8:

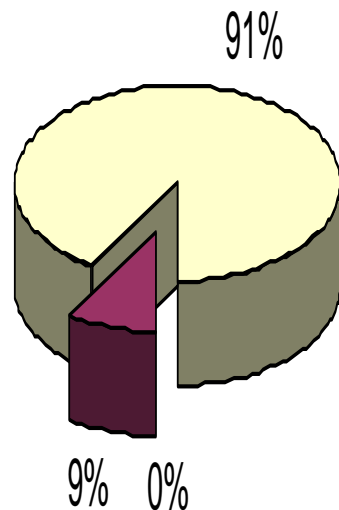
EL FIJAR CORRECTAMENTE LA Sonda VESICAL PREVIENE LESIONES EN EL PACIENTE



Se identifico una gran fortaleza al identificar el 82% de los encuestados en reconocer que la fijación correcta del equipo previene lesiones en el paciente., siendo el 9% de ellos los que no lo identifican y otro 9% quienes no lo saben.

Número 9:

DATOS CORRECTOS DEL MEMBRE AL FIJAR LA SONDA



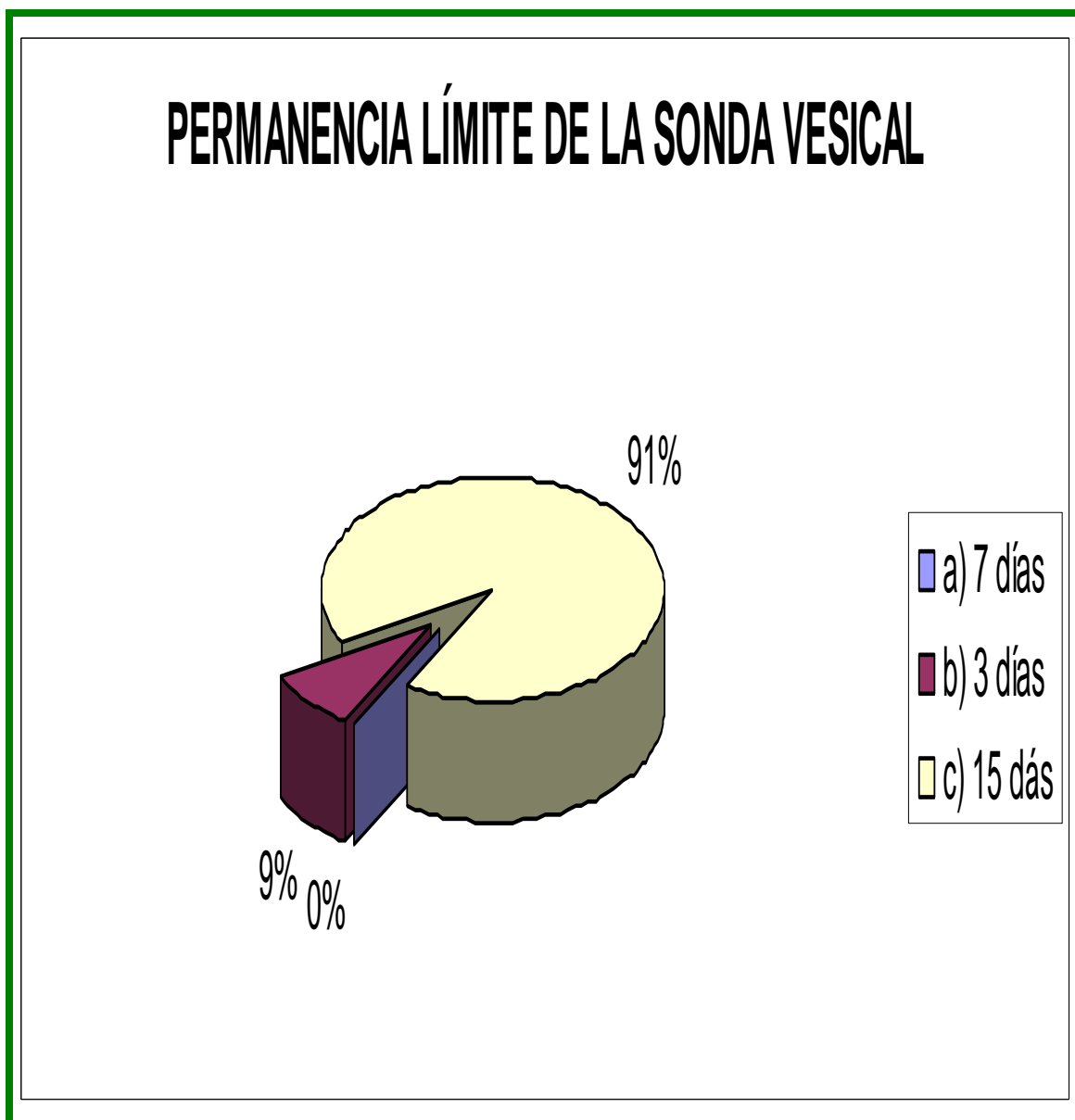
■ a) Nombre del paciente, número de seguridad social y calibre de la sonda.

■ b) Fecha de instalación, nombre de la enfermera.

■ c) Tipo y calibre de la sonda utilizada, fecha de instalación y turno.

Se identifica que el personal de enfermería tiene perfectamente bien definido los datos correctos del membrete ya que el 91% de estos contestó correctamente, mientras que solo el 9% de ellos contestó incorrectamente.

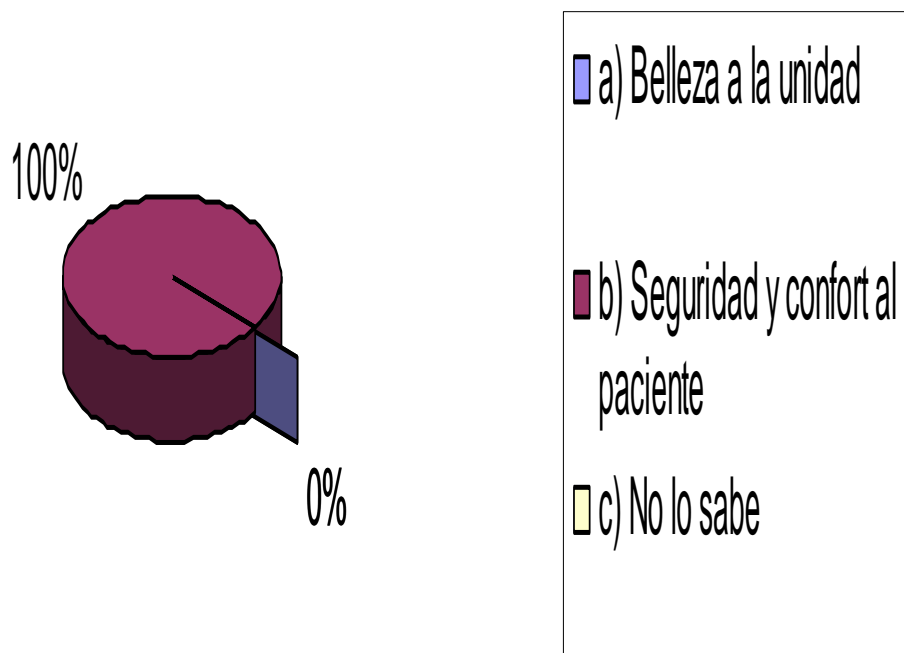
Número 10:



La gran mayoría del personal necesita capacitación y actualización con respecto a la permanencia de la sonda foley; ya que el 91% de ellos contesto incorrectamente, y solo el 9% de los mismos contesto correctamente.

Número 11:

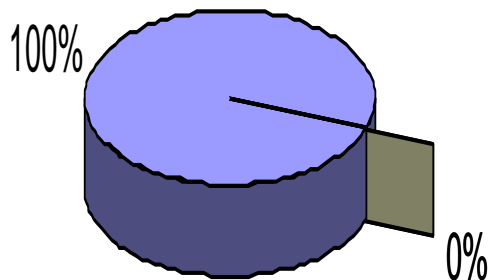
UNA VEZ TERMINADO EL PROCEDIMIENTO, LIMPIAR Y ORDENAR LA UNIDAD PROPORCIONA AL PACIENTE



El 100% del personal, sabe que un ambiente de seguridad y confort es dejar y mantener limpia y en orden la unidad del paciente.

Número 12:

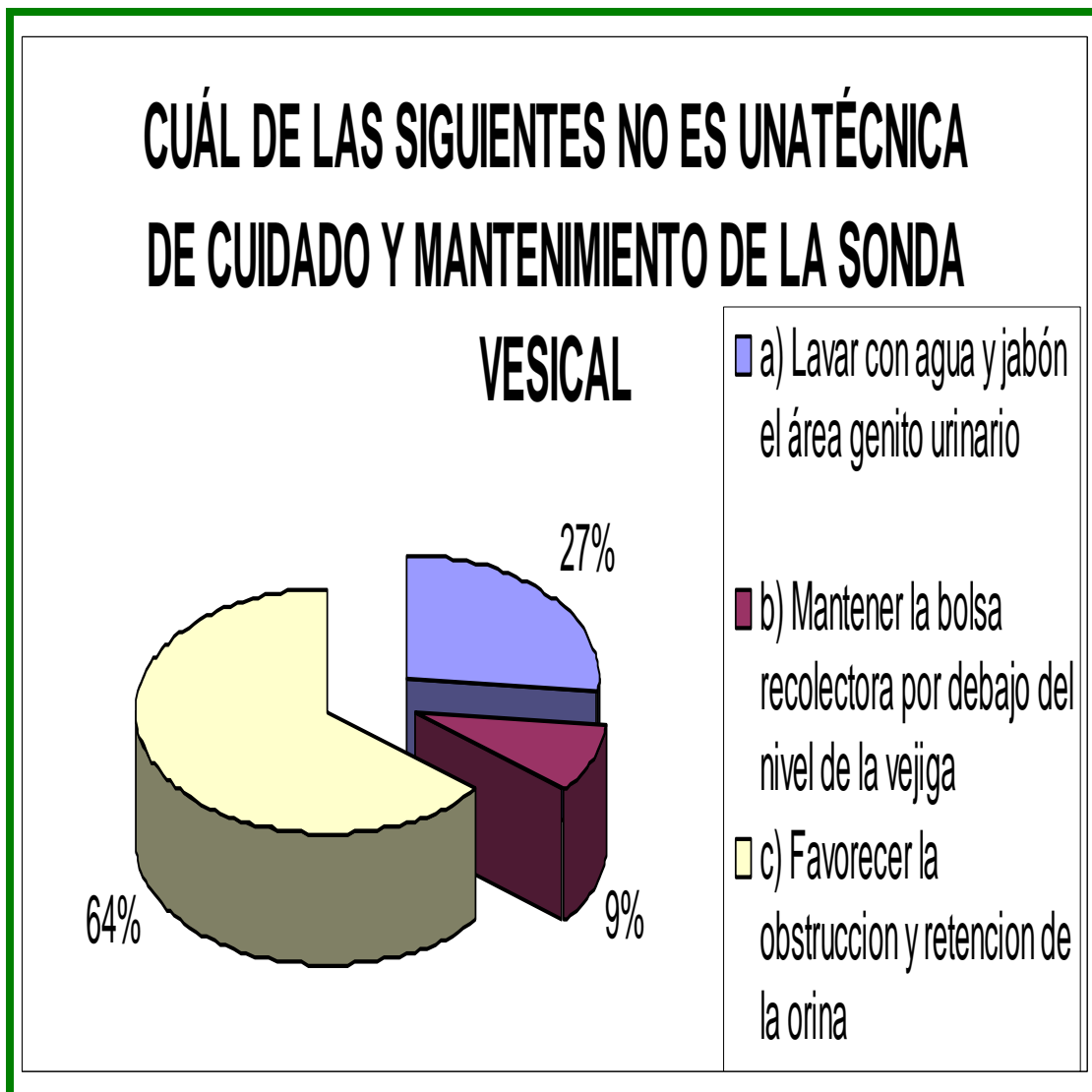
REALIZAR ANOTACIONES CORRESPONDIENTES EN LA HOJA DE ENFERMERÍA PROPORCIONA INFORMACIÓN ACERCA DE:



- a) El procedimiento realizado y las características de la orina
- b) Cuanto tiempo se llevo en realizar el procedimiento
- c) No lo sabe

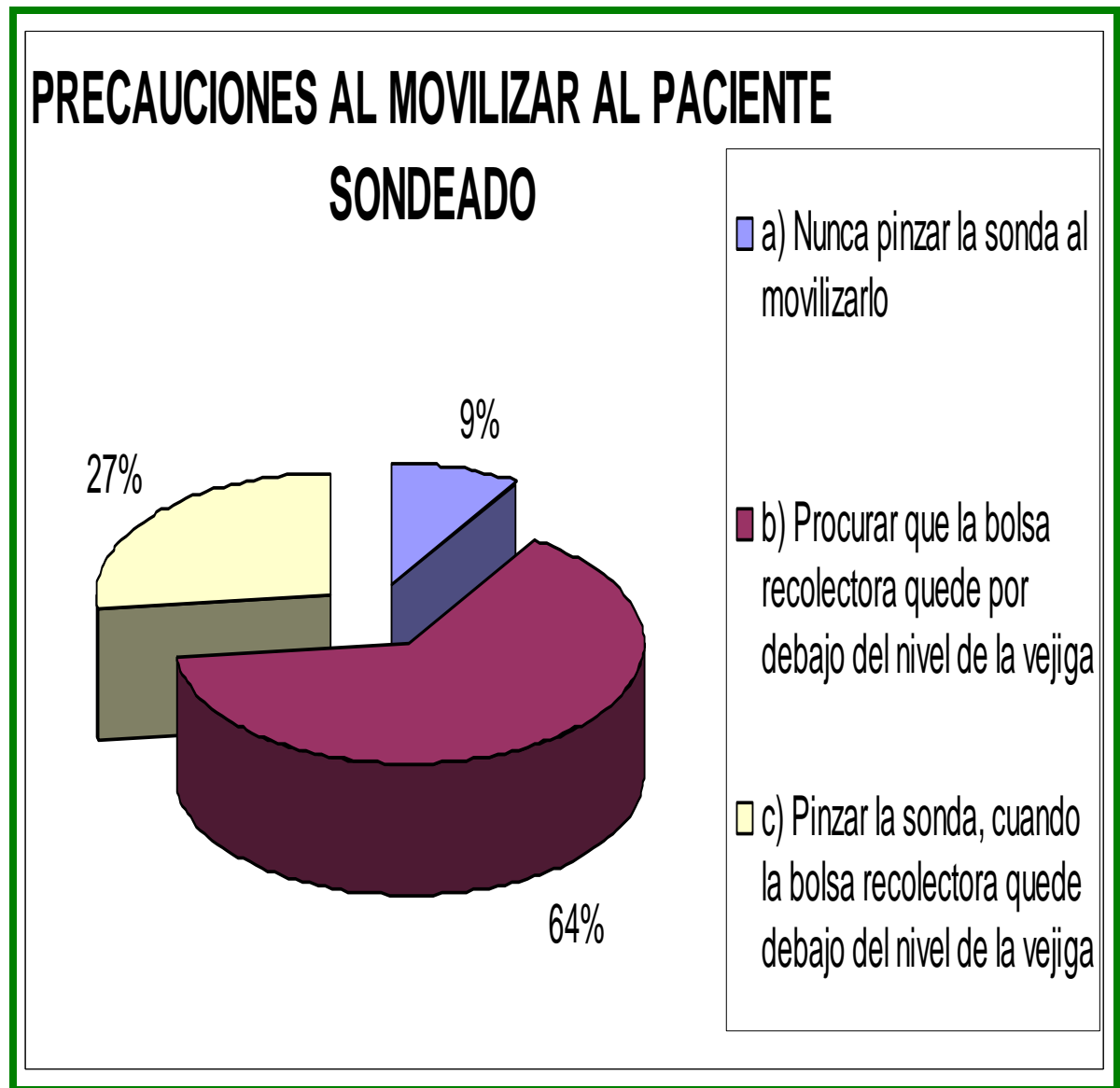
Los enfermeros y enfermeras, conocen la importancia de realizar anotaciones objetivas en la Hoja de registros clínicos de e enfermería., ya que el 100% de estos contesto correctamente..

Número 13:



El personal no reconoce con exactitud, las técnicas de cuidado y mantenimiento de la sonda foley, ya que el 64% de estos identifica como correcto obstruir el trayecto de la sonda, el 9% de estos menciona como correcto el mantener la bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga y el 27% de estos reconoce la importancia de mantener limpia el área genitourinaria.

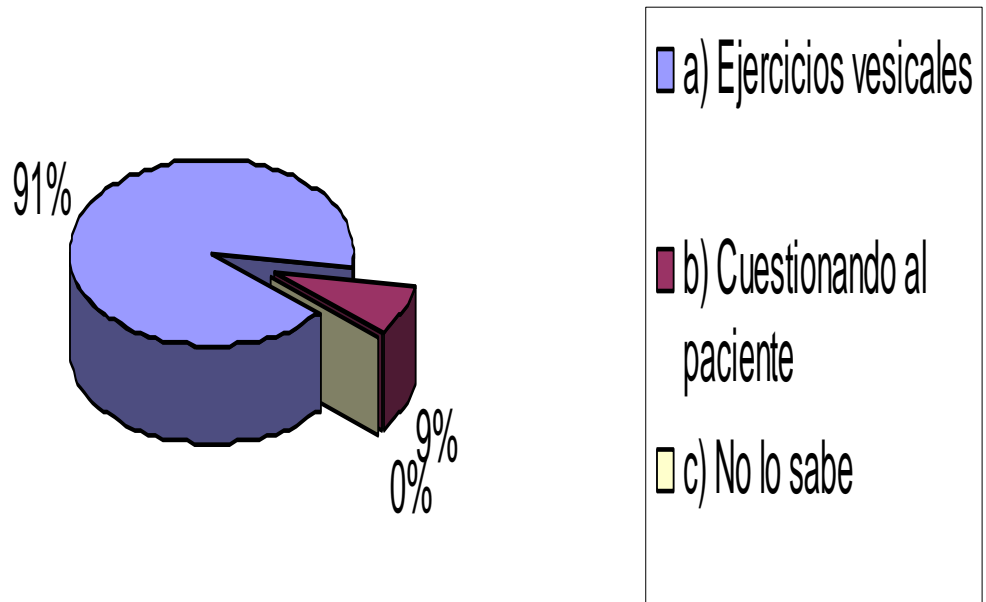
Número 14:



El personal reconoce, las técnicas de cuidado y mantenimiento de la sonda foley, al movilizar al paciente. Ya que el 64% identifica que la bolsa recolectora debe de estar por debajo del nivel de la vejiga; el 27% contesto que es correcto obstruir el equipo pinzando, y el 9% de estos menciona que nunca se debe de pinzar la sonda al movilizar al paciente.

Número 15:

¿COMO VERIFICAMOS EL REFLEJO DEL MICCIÓN?



El 91% personal de enfermería conoce los Ejercicios Vesicales y cual es su uso., mientras que el 9% de estos no identifica su uso.

A9. CONCLUSIÓN GENERAL

La investigación arrojó datos importantes ya que permitió identificar las debilidades del personal de enfermería de este hospital:

- No identifica que el circuito de sonda vesical debe ser CERRADO.
- No reconoce la importancia de las técnicas de asepsia y antisepsia antes y durante el procedimiento.
- La permanencia de un sondaje vesical temporal es de 7 días como máximo.

Razón por la cuál convoco profesionalmente al personal de enfermería actualizar información con base en estas debilidades.

A10. ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No 26**



TÍTULO DEL PROYECTO:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA
PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL PACIENTE
HOSPITALIZADO CON SONDA VESICAL TEMPORAL”**

La siguiente cédula consta de 15 preguntas todas de opción múltiple; Lea cuidadosamente las preguntas y conteste con una “X” la opción correcta:

- 1.- ¿Cuál de las siguientes opciones es la correcta para definir al sondaje vesical?
 - a) Inserción de un tubo látex al tracto urinario
 - b) Colocación aséptica de una sonda en la vejiga urinaria a través del meato uretral.
 - c) Ninguna de las anteriores.

- 2.- El sondaje vesical puede ser permanente y temporal.
 - a) Cierto
 - b) Falso
 - c) No lo sabe

3.- Algunos objetivos del sondaje vesical son: control de diuresis, vaciado de la vejiga en caso de retención urinaria, cicatrización de las vías urinarias después de una cirugía.

- a) Cierto
- b) Falso
- c) No lo sabe

4.- El lavado de manos mecánico, no es necesario al realizar el procedimiento de instalación de sonda vesical.

- a) Cierto
- b) Falso
- c) No lo sabe

5.- Con base en su experiencia laboral y científica cree que el identificar y preparar emocionalmente al paciente y familiar acerca del procedimiento, disminuye el temor, logra la confianza y favorece la cooperación.

- a) Cierto
- b) Falso
- c) No lo sabe

6.- El cumplir con los principios de asepsia después del procedimiento de instalación de sonda vesical limita la entrada de microorganismos patógenos hacia el aparato genito urinario.

- a) Cierto
- b) Falso
- c) No lo sabe

7.- Una vez instalada la sonda se debe de conectar la bolsa recolectora de orina que permita que la orina fluya por gravedad facilitando la cuantificación de la orina, y este sistema debe de ser un circuito abierto.

- a) Cierto
- b) Falso
- c) No lo sabe

8.- Fijar la sonda correctamente ya sea mujer u hombre, previene la salida de la sonda, evita fricciones así como lesiones ureterocutaneas.

- a) Cierto
- b) Falso
- c) No lo sabe

9.- Cuál de las siguientes opciones menciona los datos correctos del membrete.

- a) Nombre del paciente, Numero de afiliación, Numero de sonda.
- b) Fecha de instalación, Nombre de la enfermera.
- c) La hora de colocación de la sonda, El tipo sonda utilizada y el calibre, Fecha de instalación, Turno.

10.- La permanencia límite de la sonda es de:

- a) 7 días
- b) 3 días
- c) 15 días

11.- Una vez terminado el procedimiento, el dejar en orden y limpia la unidad del paciente proporciona.

- a) Belleza a la unidad
- b) Seguridad y confort al paciente
- c) No lo se

12.-El realizar anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería proporciona información escrita al equipo multidisciplinario acerca de:

- a) El procedimiento realizado y las características de la orina
- b) Cuanto tiempo tardo en realizar el procedimiento
- c) No lo sabe

13.- Todo paciente sometido a un sondaje vesical temporal esta expuesto a Infección de Vías Urinarias, para no favorecerla debemos de seguir una serie de técnicas para su mantenimiento, de las siguientes opciones cual de ellas, no es una técnica de mantenimiento.

- a) Lavar con agua y jabón el área genito urinario una vez al día
- b) Mantener la bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga
- c) Favorecer la obstrucción y retención de orina, proporcionando el acomodamiento de la sonda y del sistema recolector

14.-Cuál de las siguientes opciones menciona las precauciones al movilizar a un enfermo sondeado.

- a) Nunca pinzar la sonda al movilizarlo
- b) Procurar que la sonda recolectora quede por debajo del nivel de la vejiga
- c) Pinzar la sonda, procura que la sonda quede por debajo del nivel de la vejiga
- d)

15.- Al retirar la sonda después de un periodo largo debemos comprobar que existe reflejo de micción haciendo:

- a) Ejercicios vesicales
- b) Preguntándole al paciente
- c) No lo sabe

RECURSOS:

a).-Recursos Humanos: El investigador principal.

b).-Recursos físicos: El HGZ c /UMF. N° 26, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

C.-Recursos Materiales:

RECURSOS UTILIZADOS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
5 lápices	\$ 3.00	\$ 15.00
20 hrs de Internet	\$ 15.00	\$300.00
1 cartucho de tinta para Impresora	\$ 350.00	\$ 350.00
1 paquete de hojas para imprimir	\$ 40.00	\$ 40.00
1 sacapuntas	\$ 5.00	\$ 5.00
1 goma	\$ 3.50	\$ 3.50
1 carpeta plástica	\$ 20.00	\$ 20.00
200 copias del cuestionario	\$ 0.40	\$ 80.00
1 engrapadora	\$ 50.00	\$ 50.00
TOTAL		863.00

d).- Recursos financieros: El propio investigador

LIMITE EN TIEMPO DE LA INVESTIGACIÓN

Limite de tiempo: 01 de Agosto del 2008 al 31 de Julio del 2009.

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

ACTIVIDADES	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
1. Revisión bibliográfica							
2. Titulo del proyecto							
3. Pregunta problema							
4. Objetivos del estudio							
5. Justificación							
6. Antecedentes							
7. Planteamiento del problema							
8. Especificación de variables							
9. Tipo de estudio							
10. Universo de trabajo							
11. Técnica para controlar las diferencias entre los sujetos de estudio							

12. Técnica para controlar las diferencias situacionales							
13. Criterios de inclusión, no inclusión y exclusión de los sujetos de estudio							
14. Características del grupo control							
15. Procedimiento para obtener la muestra							
16. Determinación estadística del tamaño de la muestra							
17. Sistema de captación de la información.							
18. Ámbito geográfico en que se desarrolla la inv.							
19. Recursos humanos							
20. Recursos materiales							
21. Recursos financieros							
22. Limite en tiempo de la investigación.							

23. Cronograma del proyecto.							
24. Descripción del programa de trabajo							
25. Prueba de campo o de ensayo que se empleara.							
26. Consideraciones éticas aplicables al estudio.							
27. Consideraciones de las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica							
28. Difusión que se dará a los resultados del estudio.							
29. Referencias bibliográficas							
30. Entrega del protocolo							

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Se realizó la investigación HGZ Y MF No 26, en el tiempo y programa anteriormente descrito.

PRUEBA DE CAMPO O DE ENSAYO QUE SE EMPLEARA

No necesaria para el estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

- Este estudio no perjudica física o moralmente a nadie ya que todo el estudio se realizó bajo la autorización del personal de enfermería.
- Este documento se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos del artículo 4 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Abril 1990, así como al Código de Enfermeros.
- Este estudio se apega a Principios Científicos de la instalación del catéter vesical así como al cuidado y mantenimiento del mismo, en todo momento se cuidó la integridad de los enfermeros y enfermeras que colaboraron en este proyecto.
- El presente protocolo de investigación, toma en consideración la Declaración de Helsinki 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia 1983 y Hong Kong 1989.

CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Este documento se apega al 100% a las Normas e Instructivos del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación científica.

DIFUSIÓN QUE SE DARA A LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

La difusión se realizara por medio de un cartel que tendrá la finalidad de dar a conocer los resultados de esta investigación a todo el personal del hospital con la finalidad de identificar sus debilidades y así convertirlas en fortalezas en beneficio de nuestros derechohabientes.

CARTEL



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL CENTRO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No 26**



INTRODUCCION: La presente investigación, tuvo la finalidad de identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería, en el cuidado y mantenimiento de sonda vesical temporal en el paciente hospitalizado.

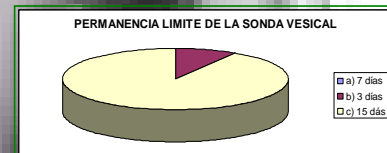
OBJETIVO GENERAL: Identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en la prevención de IVU en el paciente hospitalizado con sonda vesical instalado del HGZ/MF No 26.

RESULTADOS: De los 15 ítems aplicados se identificó debilidad en 2 de ellos

Número 7:



Número 10:



CONCLUSION: La investigación arrojó datos realmente importantes ya que nos permitió identificar las debilidades del personal de enfermería de este hospital:

- No identifica que el circuito de sonda vesical debe ser CERRADO.
- La permanencia de un sondaje vesical temporal es de 7 días como máximo.

DISCUSIÓN: Con base en estos resultados se debe de implementar una programa de capacitación continua para el personal de enfermería, ya que sus bases científicas están cimentadas, solo falta actualizar los conocimientos.

A11. BIBLIOGRAFIA QUE APOYA AL PROYECTO

- Castellote García MJ., Paricio Mateo T. Enfermería oncológica: Sondaie vesical.
- LONG, Bárbara C. PHIPPS, Wilma J. Enfermería Quirúrgica. Volumen I y II. Edit. Interamericana McGraw-Hill , México 2005. Págs. 1307
- MARRINER Tomey, Ann. RAILE Alligood, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ª. Ed. Edit. Harcourt. España, 2007. Págs. 555.
- Rosales Barrera S. Fundamentos de Enfermería, 3ra. Edición, edit. Manual Moderno, 2009, México, D.F.
- SCHWARTZ, Shires. SPENCER, Store. Patología Quirúrgica. 3ª. Ed. Volumen I y II. Edit. Prensa Medica Mexicana México 2005. Págs. 2317
- TUCKER, Canobbio. PAQUETTE Wells. Normas del Cuidado del Paciente. 6ta. Ed. en español. Tomos III Edit. Océano. Barcelona, España. 2006. Págs. 1110.

- URDEN, Linda D. LOUGH, Mary E. Cuidados Intensivos en Enfermería. 2ª. Ed. II Tomos. Edit. Harcourt. España, 2008.
- The Joanna Briggs Institute 21 December 2007 [base de datos en Internet]. Adelaide.
- Base de datos de resúmenes de evidencia del JBI [fecha de consulta 19 de octubre de 2009].
- Gram. K. Resumen de evidencia: Urethral catheter (intermittent) management [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en:

<http://es.jbiconnect.org/connect/docs>.
- Medlineplus.gov, Autocateterismo intermitente limpio [sede Web]. New York:

Medilneplus; 2008- [actualizada el 22 de mayo de 2008; acceso el 19 de octubre de 2009].
- Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>

- Coloplast – División de Incontinencia. Guía del sondaje vesical intermitente. Madrid:
 - Coloplast Productos Médicos SA; abril 2006.
 - http://www.enferpro.com/tvesical_.htm
 - <http://www.opolanco.es/Apat/Boletin12/sondas.htm>
 - <http://www.infirmiers.com/inf/protocole/uronephro/sondageu.php>
 - <http://www.tubotica.net>
 - <http://nosobase.univ-lyon1.fr/recommandations/Urologie/sondagep2.p>

- Hospital General de México, O.D. Subdirección de Enfermería. Informe de la primera evaluación al indicador vigilancia y control de sonda vesical instalada. México, 2005.

- Romina Corna A., García Labarthe F., Aixa Nakasone A., Mariano Temporetti H., Prof. Dr. Miguel H. Ramos. Aspectos generales de la infección urinaria nosocomial. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina – Nº 113 – Marzo 2009, Pág. 6-8.