

# **ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE LA VEJIGA NEUROGENA DEL PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR**

## **AUTORA**

Marta Valero Sánchez. Grado en Enfermería, Enfermera servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

## **RESUMEN**

La lesión medular es una condición clínica que surge de la interrupción de las vías nerviosas que comunican el cerebro con el resto del cuerpo. Provoca importantes alteraciones, entre ellas la afectación del aparato urinario. Estas pueden derivar en complicaciones, limitando a los pacientes, y por tanto, afectando en su calidad de vida. En numerosas ocasiones una mala praxis por parte del paciente hace que este acuda a urgencias donde enfermería desarrolla una labor fundamental a través de la clínica asistencial y la educación sanitaria, dando gran importancia a la enseñanza de la técnica del sondaje intermitente.

**PALABRAS CLAVE:** Lesión medular, vejiga neurógena, sondaje vesical, enfermería

## **ABSTRACT**

Medular injury is a clinic condition that raise up when nerve pathways that communicates the brain with the body are interrupted. That makes high disturbances, between them whose that affect urinary system. These could derivate in complications, limiting patients and thus affect directly to quality life. On many occasions a bad practice by the patient makes this go to the emergency department where nursing develops a fundamental task in these patients through health education, giving great importance to the teaching urinary catheterization.

**KEY WORDS:** Spinal cord injury, neurogenic bladder, bladder catheterization, nursing

## **INTRODUCCIÓN**

La médula espinal es un cordón nervioso que está protegido por la columna vertebral, se extiende desde la base del cerebro hasta la región lumbar. Conformar la vía principal por la que el cerebro recibe información del resto del organismo y envía las órdenes que regulan los movimientos.

La lesión medular (LM) se origina por la interrupción de las vías nerviosas que comunican el cerebro con el resto del organismo, ocasionando el cese de sus funciones motoras, sensitivas y vegetativas, es decir, se produce parálisis de la movilidad voluntaria y privación de toda sensibilidad por debajo de la zona afectada. <sup>1,2,4,6</sup>

Puede ser de origen vascular, infeccioso, tumoral, congénito o de origen traumático. Esta última es la principal causa de lesión medular a nivel mundial: 70-80% de los casos, con una incidencia estimada de 23 casos por millón de LM (179.312 casos al año). Asociada a heridas por arma de fuego, por arma blanca, caídas de altura, inmersiones en aguas poco profundas, accidentes deportivos, accidentes laborales y especialmente a accidentes de tráfico en los que el consumo de alcohol y drogas tiene un alto porcentaje de presencia. <sup>3,5,10,11</sup>

En España, más del 70% de estas lesiones son de etiología traumática, siendo más frecuentes en varones (4:1) y dándose, sobre todo, en los niveles C5, C6, C7, T12, y L1, estimando la multiplicación de su incidencia por 1,8 en 2021.

La LM produce alteraciones en numerosos ámbitos de la persona, en muchos casos conlleva a la falta de control sobre los esfínteres, aumentando la incidencia de las infecciones urinarias asociadas a la vejiga neurógena; denominándose así al estado patológico caracterizado por la pérdida del funcionamiento de la vejiga, debido a la interrupción total o parcial de los nervios que llegan hasta ella, requiriendo en muchos casos la técnica de sondaje vesical evacuador para su completo vaciado. <sup>7,8</sup>

## **OBJETIVO**

- Describir la técnica del autosondaje vesical masculino y femenino
- Fomentar la autonomía del paciente con LM

## **METODOLOGÍA**

Para la realización de este artículo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el objeto de interés consultando bases de datos como Science Direct, Google académico, Cuiden, Medline y Dialnet. La búsqueda se ha realizado en español e inglés, priorizando artículos publicados en los últimos diez años.

## **RESULTADOS**

La revisión bibliográfica identificó la elevada importancia de la labor de enfermería en preparar, a través de la educación y la enseñanza, a los pacientes con lesión medular para que recuperen la confianza en la vuelta a su vida diaria y esta se haga de la manera más fácil posible, evitando posibles complicaciones asociadas. De entre ellas, la reeducación vesical es un pilar fundamental en el proceso de rehabilitación, ya que aproximadamente el 75% de las infecciones del tracto urinario inciden en pacientes que requieren sondaje vesical. La aplicación de medidas higiénico-sanitarias junto con la adecuada enseñanza de las técnicas al paciente hace posible disminuir hasta un 30% las complicaciones infecciosas del cateterismo vesical.

8,10,11

### **Técnica de autosondaje**

#### **Objetivos:**

Insertar un catéter vesical que garantice la evacuación de la orina de manera intermitente mediante una técnica limpia que disminuya el riesgo de complicaciones.

Tanto en hombres como en mujeres es necesaria una higiene de genitales, con previo y posterior lavado de manos. No existen suficientes referencias que demuestren que la técnica estéril en comparación con la limpia disminuya el riesgo de bacteriuria.

El material necesario para llevar a cabo esta técnica será una sonda vesical de un solo uso, cuyo calibre puede variar y su longitud en mujeres será alrededor de 20 cm y en varones alrededor de 40cm. Lubricante urológico (algunas sondas pueden venir ya lubricadas), espejo y un recipiente si fuera necesario medir la diuresis.

En ambos casos la posición más confortable será semisentado.

En varones se sujetará el pene con la mano no dominante en un ángulo de 60°, mientras la sonda vesical se introducirá a través del meato urinario con la mano dominante. Puede que al llegar a la próstata se encuentre alguna resistencia por lo que será necesario relajarse para poder seguir continuando

En mujeres, con la ayuda de un espejo se localizará el meato urinario abriendo los labios mayores y menores con la mano no dominante, y se introducirá la sonda vesical con la mano dominante.

Una vez haya refluido orina se debe permitir su salida, no superando la cantidad de 300-400 cc, ya que una evacuación no gradual podría provocar complicaciones como hemorragias o shock. En el caso de encontrar problemas, nunca se deberá forzar el sondaje y la mejor opción será consultar con un profesional sanitario.<sup>3,11</sup>

## **CONCLUSIONES**

Existe una gran frecuencia de complicaciones urológicas en pacientes lesionados medulares que requieren llevar a cabo la técnica del sondaje vesical intermitente.

La mayor parte de los estudios consultados coinciden en la importancia de la adecuada realización de la técnica del autosondaje para evitar posibles infecciones además de mejorar la calidad de vida y aumentar la autonomía de estos pacientes.

En numerosas ocasiones estos pacientes acuden al servicio de urgencias por una mala praxis o dificultades a la hora del sondaje, por lo que es esencial por parte del personal de enfermería en este servicio fomentar y proporcionar la información necesaria para que esto se lleve a cabo y garantizar unas adecuadas medidas higiénico-sanitarias durante la realización esta técnica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cobo Cuenca AI, Serrano Selva JP, De la Marta Florencio M, Esteban Fuertes M, Vírseda Chamorro M, Martín Espinosa NM, Sampietro Crespo A. Quality of life of males with spinal cord injury and sexual dysfunction. *Enferm Clin.* 2012; 22(4):205-208.
2. Garcia F, Cañete M. Vejiga Neurogénica en Pacientes con Lesiones Medulares. *Visión de Enfermería Actualizada.* 2009; Año V (17): 12-19.
3. Jiménez Mayorga I, Soto Sánchez M, Vergara Carrasco L, Cordero Morales J, Rubio Hidalgo L, Coll Carreño R et al. Protocolo de sondaje vesical. *Biblioteca Lascasas,* 2010; 6(1)
4. Henao Lema CP, Pérez Parra JE, Acosta Otorora ML, Parra Sierra SJ, Quino Avila AC. Predicción del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Bogotá, usando el WHO-DAS II. *Rehabilitación (Madr).* 2015; 49(2):75-81.
5. Alcedo-Rodríguez MA, García-Carenas L, Fontanil-Gómez Y, Arias-Martínez B, Aguado Díaz AL. Proceso de adaptación en mujeres con lesión medular: relaciones entre variables psicológicas y sociodemográficas. *Aquichan* 2014; 14(2): 159-169.
6. Henao Lema CP, Pérez Parra JE. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular: resultados desde el WHO-DAS II. *Rev. Cienc. Salud* 2011; 9(2): 159-172.
7. Coura Silva A, Sátiro Xavier de França I, Cruz Enders B, Lima Barbosa M, Silva Souza JR. Incapacidad funcional y asociaciones con aspectos socio-demográficos en adultos con lesión medular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20 (1): 84-92.
8. Aranda Álvarez de Lara MI, Pérez González J, Rosell Casarrubios MC. Plan de cuidados urológicos al paciente lesionado medular espinal con vejiga neurógena. *Enfuro.* 2006; 98: 6-10.
9. González Viejo MA, Ramírez Garcerán L, Montesinos Magraner LL, Robles González A. Decrease in the mean stay in the spinal cord injury unit. Ethical implications on the care. *Rehabilitación (Madr).* 2012; 46(1): 22-29
10. Garcia F, Cañete M. Vejiga Neurogénica en Pacientes con Lesiones Medulares. *Visión de Enfermería Actualizada.* 2009; Año V (17): 12-19.

11. Roncero Martin R, Perez Jimenez AB. Estrategias para promover el autosondaje intermitente en adultos con vejiga neurógena. Ene. vol.11 no.3 Santa Cruz de La Palma dic. 2017 Epub 07-Nov-2017