

Consenso de humanización en consultas de urología funcional

Consensus on humanization in functional urology consultations

Carlos Lorenzo García^{1*}

1. Enfermería en urología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Resumen

En España, aproximadamente 3.500 personas tienen prescrita una pauta de Sondaje Vesical Intermitente. A pesar de ello, muchos profesionales sanitarios, como médicos y enfermeras de Atención Primaria, no conocen bien esta técnica y, por tanto, ni la fomentan ni la recomiendan. En algunos casos, incluso, se cambia la pauta del SVI al paciente en Atención Primaria. Por eso, es necesario transformar esa realidad a través del fomento del SVI.

Proyecto Sí, nace por la iniciativa de un grupo de enfermeras especializadas en urodinámica con la finalidad de mejorar los tratamientos a personas con disfunción del vaciado vesical. Se trata de un grupo de enfermeras a nivel nacional especialistas en continencia que apoyándose en la práctica basada en la evidencia desarrollan y difunden el cateterismo limpio intermitente como el *gold estándar* de los tratamientos en pacientes con disfunciones de vaciado.

Abstract

In Spain, approximately 3,500 people are prescribed a regimen of Intermittent Urinary Catheterization (IUC). However, many healthcare professionals, such as primary care doctors and nurses, are not well acquainted with this technique and therefore neither promote nor recommend it. In some cases, the IUC regimen is even changed for the patient in primary care. That's why it's necessary to transform this reality through the promotion of IUC.

Project Yes (Proyecto Sí) was initiated by a group of specialized urodynamic nurses with the aim of improving treatments for people with bladder emptying dysfunction. It consists of a nationwide group of continence specialist nurses who, relying on evidence-based practice, develop and disseminate clean intermittent catheterization as the gold standard for treating patients with voiding dysfunctions.

Como consecuencia de la interacción entre los profesionales pertenecientes a este proyecto, se puso en evidencia la necesidad de promulgar una guía de humanización, para intentar unificar criterios y actuaciones a la hora de prestar la atención a los pacientes de las consultas de urología funcional.

Tras una primera revisión de la bibliografía referente al sondaje vesical intermitente, se desarrolla un primer análisis de la situación existente en las consultas de urología funcional en España, publicado "*Evaluación de las competencias profesionales de Enfermeras referentes en Urología Funcional en torno al sondaje vesical intermitente y sus conductas favorecedoras para la Práctica Basada en la Evidencia (PBE)*"¹. Las principales conclusiones de este trabajo nos reflejan:

1. Es la Enfermería en un 76.2 % el profesional sanitario que lleva a cabo el proceso de capacitación del paciente en el sondaje intermitente limpio.

2. La mitad de las enfermeras, un 47,6%, que realizan la capacitación del paciente al sondaje intermitente limpio lo hacen a tiempo completo.
3. El número de sesiones para llevar a cabo el aprendizaje es muy variable y depende de las capacidades del paciente y de la disponibilidad de tiempo de los profesionales. El 42,9 % dedican dos sesiones, 26,2% dedican tres sesiones.
4. El seguimiento de los pacientes es también muy variable entre el 28,6% semanal; 14,3% mensual; 19,2% depende del paciente.
5. El 71,4 % de los profesionales gestiona su agenda y trabaja de forma autónoma, lo que significa que 1 de cada 4 profesionales no puede realizar una labor autónoma.
6. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en diferentes aspectos del manejo y el seguimiento del paciente, como la educación al paciente (incluido CI), así como la prevención y la adherencia al tratamiento².
7. El 44% de los pacientes considera que la educación para el autosondaje impartido por sus enfermeras es el factor

*Correspondencia

Carlos Lorenzo García
carloslorenzogarcia@yahoo.es

Fecha de recepción: 03/03/2024
Fecha de aceptación: 03/03/2024
Fecha de publicación: 30/04/2024

Rev. Enfuro 2024; 143:46-50
www.revistaenfuro.com

más importante para elegir un catéter de sondaje intermitente³.

8. Conseguir involucrar al paciente en su autocuidado y en la elección del material a utilizar puede favorecer su adherencia al tratamiento⁴.

Según los datos preliminares del estudio científico publicado por Proyecto SÍ en el Journal of Clinical Medicine "Valoración del estado emocional, calidad de vida y autonomía en el sondaje vesical intermitente en pacientes capacitados por enfermeras especializadas"⁵, existe una relación directa entre el papel de la educación que realizan las Enfermeras Expertas en Urología Funcional al paciente, la individualización del tratamiento basado en la libertad de elección de la sonda que mejor se adapta a las necesidades físicas y emocionales del paciente y la mejora del nivel de adherencia al tratamiento, que se incrementa un 87% en tan solo un mes de seguimiento:

- Cuando los pacientes cuentan con una Enfermera Experta en Urología Funcional, reciben una buena educación en el SVI y pueden elegir de forma individualizada la sonda que mejor se adapta a sus necesidades, mejora su calidad de vida.
- Cambia su percepción sobre la capacidad e independencia que tienen para realizar el autocateterismo de un 13% a un 67% tras un mes.
- Se reducen los niveles de ansiedad y depresión. Este resultado podría atribuirse en parte a la capacitación que las enfermeras han llevado a cabo con los pacientes en el empleo del SVI.
- Además, involucrar al paciente en la elección de la sonda tiene como objetivo favorecer la adherencia al SVI y evitar complicaciones, dependiendo de las preferencias y características clínicas del paciente. Una limitación del tipo de sonda podría suponer un riesgo para garantizar la adherencia al SVI y la aparición de posibles complicaciones como hematurias o uretrorragias.

No debemos olvidar que existen dos tipos de sondaje: el permanente y el intermitente. El permanente consiste en la introducción de un catéter por la uretra, que se queda fijo y va vaciando la orina en una bolsa que el paciente debe llevar adherida al cuerpo. Conlleva un incremento en el riesgo de infecciones y dificulta enormemente que el paciente realice una vida normal. De hecho, los estudios muestran que un 61% de las personas que usan un sondaje permanente (SVP) desarrollaron infecciones (ITUs) frente al 32% de los pacientes que practican Sondaje Vesical Intermitente (SVI)⁶.

El SVI tienen un importante impacto psicoemocional en el paciente. La pérdida de la función normal de la vejiga supone un acontecimiento devastador para ellos. Según los profesionales de la salud, los pacientes consideran el cateterismo intermitente algo íntimo e invasivo⁷.

Los principales temores que expresa el paciente ante el SVI son: miedo a no poder tener una vida sexual plena, no poder socializar con normalidad y, en definitiva, no poder realizar la misma vida que realizaban antes. Dónde sondarse y cómo compatibilizar el sondaje con la vida social, familiar y laboral es una de las preocupaciones principales del paciente⁸.

Entre los distintos problemas detectados en la asistencia sanitaria en nuestras consultas y susceptibles de mejorar se encuentran:

1. Creación de un protocolo unificado de atención al paciente con sondaje intermitente con la estandarización de los cuidados, un protocolo de seguimiento de los pacientes mediante la posibilidad de contar con una agenda propia

2. Apoyo al conocimiento y a la divulgación entre los profesionales de lo que supone el sondaje intermitente para los pacientes, ya que, desde distintos ámbitos profesionales se desconoce la técnica y a veces la información que le llega al paciente es contradictoria.
3. La necesidad de disponer de la prescripción enfermera en el ámbito de la enfermería urológica funcional para facilitar la autonomía y operatividad en el proceso de educación y seguimiento de los pacientes.
4. La necesidad de asegurar unas condiciones mínimas en cuanto a dotación espacio en las consultas de enfermería de la continencia. Hay que tener en cuenta, que gran parte de los pacientes que acuden a la consulta tienen la movilidad reducida y precisan de sillas motorizadas. Así como, disponer de baño y privacidad para la realización de las diversas técnicas.
5. Es importante contar con el material necesario para realizar los aprendizajes, ya que no todos los pacientes necesitan el mismo tipo de material y cada material tienen una serie de prestaciones.
6. Formación continuada de la enfermería de continencia. El profesional está obligado a formarse para prestar la mejor atención posible y debe conocer los distintos tipos de materiales que se presentan en el mercado para ofrecer a cada individuo el que mejor se adapte a sus necesidades.

Es por ello que ponemos en marcha la primera Guía de Humanización de Cuidados en consultas de Urología Funcional y educación en Sondaje Vesical Intermitente (SVI). Se trata de un proyecto pionero en el que desde nuestra experiencia y conocimiento asumimos el liderazgo en la mejora de los cuidados del paciente hacia una atención más humanizada.

El objetivo de la guía es tener un marco de propuestas que hagan que la atención y el cuidado en la consulta de urología funcional sea más humanizado tanto para pacientes como para cuidadores y profesionales, en línea con las estrategias de sanidad en toda la geografía española.

Durante el año 2021, se realizan dos rondas de validación con 25 profesionales de Urología Funcional de toda España para establecer los ámbitos de trabajo en humanización y un consenso que aglutine todas las buenas prácticas.

Pedimos a todos los profesionales que participan en esta guía la cumplimentación de una serie de cuestionarios para valorar una serie de medidas, que se engloban dentro de las cuatro líneas estratégicas:

1. Comunicación humanizada.
2. Atención humanizada en la Consulta de Urología Funcional: bienestar del paciente y educación en el SVI.
3. Espacios humanizados.
4. Cuidados del profesional sanitario.

Se valoró el nivel de acuerdo sobre cada una de las buenas prácticas. El criterio de criba se basó en recoger sólo aquellas que superaban un 80% en el nivel de acuerdo.

1. Comunicación humanizada

Las palabras curan, consuelan y dan aliento. Lo que se dice en la consulta de urología funcional, cuándo se dice, cómo y a quién, influye en la manera en que el paciente y/o cuidador comprenden el proceso de la incontinencia urinaria (IU), la manera de afrontarla y el tratamiento.

1. Presentarse/identificarse ante el paciente en el comienzo de la visita si es la primera vez que nos visita.
2. Mirar a los ojos al paciente cuando le hablemos y cuando se expresa. Mostrar cercanía con el paciente a través de la presencia y actitud empática.
3. Usar lenguaje adecuado y comprensible ya asegurarse de que el paciente ha comprendido la información correctamente.
4. Ofrecer información de forma oral, escrita y gráfica.
5. Dosificar la información en función del momento y las necesidades del paciente y el cuidador.
6. Atender y responder a las necesidades del paciente.
7. Promover la comunicación bidireccional con pacientes y cuidadores.
8. Preguntar y escuchar al paciente para identificar sus temores, estado general y comprensión de lo indicado: ¿Qué necesitas?, ¿qué dudas tienes?
9. Llamar al paciente por su nombre.
10. Respetar los tiempos y los silencios en cuanto tiempo indispensable para asimilar la información.
11. Fomentar el refuerzo positivo: "Lo estás haciendo muy bien". "¿Me he explicado?".
12. Involucrar al paciente en la toma de decisiones.
13. Respetar el criterio del paciente respecto a la información que quiere recibir: ¿Qué sabe? ¿Qué quiere saber? ¿Con quién quiere compartirlo?

"Medidas para garantizar la privacidad, la intimidad y la confianza. Ambiente tranquilo que favorezca la confianza".

"Ofrecer una vía de comunicación para las dudas que puedan presentarse en casa para sentirse más seguros".

"Crear un clima adecuado que favorezca esta comunicación".

Preguntas al cuidador:

14. Preguntar y conocer el grado de motivación del cuidador y su implicación en el área de comunicación humanizada.
15. Preguntar al cuidador cómo se siente ante el nuevo estado de salud de su familiar.
16. Hacer saber al cuidador qué se espera de él, cuál es su papel y sus funciones.
17. Hacer sentir implicado al cuidador como colaborador y soporte del paciente en la consulta.
18. Dar valor a sus preocupaciones y miedos como cuidador.
19. Dar la oportunidad al cuidador de tener visitas individualizadas en la consulta.

"Es fundamental saber la implicación que quiere tener y siempre animarle y hacerles ver que lo van a hacer fenomenal y que cualquier problema estamos ahí para ayudarles, a veces con una llamada telefónica por si tienen dudas es suficiente".

"Aportar información de grupos de apoyo y recursos. Informar de lugares de ayuda donde pueda acudir".

"Enseñar a cuidarse al cuidador".

"Contar con apoyo de trabajo social para poder solicitar algún tipo de ayuda o cobertura. Solicitar apoyo escolar de enfermería en los colegios. Apoyo económico en caso de pluripatologías".

2. Atención humanizada en la consulta de urología funcional

Cada visita de la persona que padece disfunción vesical o incontinencia urinaria (IU) a la consulta de urología es una oportunidad para ofrecerle una atención humanizada. El tiempo

que se le dedica y su calidad son claves para que se sienta escuchado, valorado y respetado.

El momento en el que se diagnostica la IU cambia por completo la vida del paciente y también la de su familia. Es necesario aprender los autocuidados y pasar un proceso de adaptación. La actitud del personal sanitario, la dosificación de la información y el respeto a la intimidad y la dignidad del paciente y su familia influyen en la aceptación de la nueva realidad.

1. Evitar interrupciones durante las entrevistas al paciente y pruebas diagnósticas. No coger el teléfono, evitar que llamen a la puerta o abran la puerta con algún indicador externo.
2. Facilitar la comunicación con pacientes y cuidadores utilizando nuevas tecnologías y siempre bajo el amparo de la legislación acerca de la protección de datos para que tengan acceso directo a su enfermera de urología funcional.
3. Favorecer la asistencia en remoto cuando sean posible para evitar desplazamientos y molestias innecesarias al paciente.
4. Contar con un espacio físico independiente de otras estancias, dotado y habilitado para impartir la educación sanitaria, capacitación/adiestramiento en la técnica del CI y autocuidado del paciente.
5. Contar con registros unificados elaborados por expertos en UF (Urología Funcional) para la realización de pruebas diagnósticas, así como para el proceso de educación sanitaria en el CI.
6. Facilitar el uso de camiones adaptados que no se abran por detrás al caminar si fuera necesario.
7. Facilitar y ofrecer la compañía del cuidador siempre que el paciente esté conforme.
8. Hacer el cuidador partícipe de los autocuidados de la realización de la técnica del CI. Si ambos consienten.
9. Programar desde la consulta las visitas que necesiten los pacientes/familiares.
10. Garantizar que todos los pacientes tengan una enfermera de referencia de urología funcional, educadora en CI, a lo largo de su vida como pacientes.
11. Asignar un tiempo adecuado a cada objetivo.
12. Definir un protocolo de seguimiento de CI que garantice la adherencia a la pauta de cateterismo intermitente (CI) y/o medicación en su caso.
13. Tener interconsultas y agendas propias para la enfermera de urología funcional.
14. Incluir en la historia clínica del paciente el informe de la enfermera de urología funcional como responsable de la evaluación, valoración y seguimiento del paciente sometido a programas de reeducación vesical.
15. Dotar al paciente de material didáctico para que pueda comprender el mecanismo de la micción, la alteración que sufre y sepa por qué debe sondarse, así como su evolución a corto, medio y largo plazo. También qué pruebas le van a realizar, porqué y para qué.
16. Fomentar el uso/disponibilidad de los dispositivos y accesorios financiados por el Sistema Nacional de Salud como garantía de multiplicidad y accesibilidad de diferentes opciones al paciente.
17. Fomentar la participación del paciente con respecto a la elección de la sonda objeto de tratamiento y atender a sus condiciones físicas y estilo de vida, de modo que asegure una mayor adherencia al tratamiento.
18. Consensuar la toma de decisiones compartidas.
19. Poner a disposición del paciente un soporte emocional profesional (psicólogo, sexólogo, enfermero-coach).
20. Desarrollar programas de paciente experto con la colaboración de profesionales sanitarios.
21. Ofrecer información sobre las asociaciones de pacientes más cercanas y el apoyo que prestan (asesoramiento bu-

- rocrático, atención psicológica, actividades de ocio coloquios con otros pacientes con IU, etc.).
22. Impartir talleres formativos diversos, de cuidado del cuidador, de gestión de emociones y reducción de la ansiedad (relajación, mindfulness, etc.).
 23. Garantizar la intimidad del paciente en la consulta.
 24. Facilitar una zona específica, protegida y aislada para cuando se necesario quitarse la ropa.
 25. Durante la realización de la prueba diagnóstica, exponer únicamente la zona corporal que se requiere para la técnica.
 26. Mostrar interés por conocer y respetar su cultura y religión en lo que pueda afectar a la práctica clínica y/o educación sanitaria.
 27. Cuando haya personal en formación, obtener autorización del paciente para que puedan estar en la consulta durante el procedimiento de CI o realización de pruebas.
 28. Informar al paciente de lo que se va a hacer y pedirle permiso antes del procedimiento.

“Educación sanitaria a la población en general. Enseñar a ayudar, a respetar, a mantener los lugares comunes limpios (baños públicos...), no obstaculizar los accesos, respetar los aparcamientos para personas con limitaciones...”.

Realizar un aprendizaje escalonado sobre todo cuando el paciente se niega a realizar el auto cateterismo”.

3. Espacios humanizados

Los espacios hablan. Pueden acercar o alejar. Pueden transmitir tranquilidad y hacernos sentir cómodos en un momento especialmente complicado.

La humanización presta especial atención a la arquitectura de la consulta de UF, de la sala de espera y del hospital. No hay que derribar grandes muros para conseguir espacios bien adaptados a las necesidades emocionales de las personas.

1. Consultas individuales y espaciosas, que permitan el acceso a más de una persona (paciente y cuidador) y el paso de una silla de ruedas.
2. Aseo adaptado junto a la consulta.
3. Presencia de todos los materiales necesarios para la capacitación en el CI.
4. Biombo o estructura específica para prepararse para la exploración y/o pruebas diagnósticas.
5. Ventilación e iluminación adecuadas.
6. Eliminación de barreras físicas entre el profesional y el paciente/cuidador.
7. Disponer de una señalización correcta y comprensible de la consulta de UF en el hospital.
8. Tener la zona de las diferentes pruebas diagnósticas en la misma área, que faciliten su localización y eviten desplazamientos por diferentes zonas del Hospital.
9. Mejorar las salas de espera para hacerlas confortables.
10. Disponer de espacios que permitan sentarse junto a la familia.
11. Contar con una decoración que genere cercanía y rebaje la ansiedad.
12. Disponer de mobiliario (sillas, mesas, espacios, etc.) adaptado a las necesidades asistenciales.
13. Disponer de *parking* gratuito o de coste reducido para facilitar el acompañamiento del paciente en el hospital.

“Evitar la masificación en los espacios”.

“Fomentar la participación de las enfermeras en las decisiones estructurales de las unidades”.

“Espacio físico y temporal propio para la interacción de la enfermera con el paciente y cuidador, que denote el respeto y reconocimiento de ambas partes, y del que muchas veces no disponemos”.

4. Cuidados del profesional

El desgaste de las personas que cuidan, ya sean los enfermeros de urología funcional o los familiares del paciente, es muy frecuente. Mejorar el reconocimiento del rol de las enfermeras dentro del hospital, facilitarles los materiales que necesitan o poner a su disposición un lugar óptimo y tiempos adecuados para la atención al paciente y la educación en el CI, son esenciales para evita el burnout y fomentar su motivación y dedicación.

Poner en valor la figura del al Enfermera Funcional.

1. Dar a conocer las competencias de las enfermeras de urología funcional y los protocolos específicos de CI al resto de profesionales del hospital y de los niveles asistenciales de primaria y socio sanitario.
2. Delimitar y definir tareas.
3. Garantizar el control y autonomía sobre su agenda.
4. Ratio de pacientes por urólogo y enfermera adecuados para asegurar los tiempos necesarios para la educación den el CI, realización de pruebas y descanso necesario del profesional.
5. Formar y sensibilizar a otros profesionales sanitarios para que conozcan las etapas del paciente con IU.
6. Asegurar que desde Atención Primaria hay una conexión directa con la enfermera de UF y se respetan y conocen las medidas y tratamientos pautados.
7. Promover la formación en Atención Primaria sobre IU, manejo de ITUs y CI.
8. Respetar los tiempos de descanso y calendarios.
9. Tener facilidad para solicitar recurso (material, cursos formativos, etc.) y realizar actividades.

Participar en equipos multidisciplinares.

10. Generar una relación de respeto confianza con otros profesionales.
11. Fomentar las sesiones multidisciplinares profesionales para mejorar la comunicación con el resto del equipo médico.
12. Promover una colaboración fluida intrahospitalaria e interdisciplinar (ej. Urgencias, Geriátría, Hospital de Día, Planta Urología, Servicio Neurología, Unidad EM, EHB, Ginecología, Unidad de Suelo Pélvico).
13. Tener vías de comunicación directas con los profesionales de Atención Primaria y de Continuidad Asistencial.
14. Establecer una buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales y unificar las consultas de revisión pertinentes en un mismo día.
15. Respetar las normas y horarios de la consulta y las citas.
16. Reducir tiempos de espera.
17. Disponer de opciones de participación en actividades de soporte emocional como técnicas de desconexión y relajación.

“Los cursos y encuentros con otros profesionales enriquecen nuestra formación y nos dan diversas perspectivas y diferencias a estudiar y reevaluar”

“Profesionales preparados y altamente cualificados para ofrecer los mejores cuidados y las herramientas para facilitar el empoderamiento del paciente y su familia”.

“La colaboración en equipo con el urólogo es imprescindible”.

“Queda por delante un apasionante camino en el que la enfermera en nuestro ámbito de actuación debe visibilizar su ámbito competencial específico y posicionar la interven-

ción que ejecutamos como figura esencial que vertebra los cuidados”.

Autores

Los 25 profesionales consultados para elaborar estas pautas han sido:

Carlos Lorenzo García. Hospital Clínico San Carlos (Madrid).
Elena Martínez Torres. Hospital General Universitario de Valencia (Valencia).
Elena Alcaraz Zomeño. Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).
Esther Torres Cobo. Fundación Puigvert (Barcelona).
Eva María Azpiroz Recondo. Complejo Hospitalario Navarro (Pamplona).
Francisca Jarana Molero. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
Francisco Barcia Barrera. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
Francisco Estudillo González. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz).
Gema Asensio Malo. Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona).
Guadalupe Fernández Llorente. Hospital Infanta Sofía (Madrid).
Guillermina Fernández Franco. Hospital General Universitario de Alicante (Alicante).
Isabel Eugenia Jiménez Mayorga. Hospital Regional Universitario de Málaga (Málaga).
José María Monreal Guijarro. Fundación Jiménez Día (Madrid).
Laura Hernández Rodríguez. Centro de Especialidades Periférico de Emigrantes (Madrid).
Manuel R. Bernal Pacheco. Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).
María Aránzazu Torres Bacete. Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid).
María Carmen Guerrero Andrades. Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz).
María Dolores González Frías. Hospital Universitario de Canarias (Santa Cruz de Tenerife).
María Isabel Martínez Sánchez. Hospital Universitario San Cecilio (Granada).
Mónica Rodríguez Díaz. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada).

Montserrat Baixauli Puig. Hospital Clínic Barcelona (Barcelona).
Pilar López Guillen. Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona).

Rosario Serrano Abiétar. Hospital Puerta de Hierro (Madrid).
Silvia Tendero Ruiz. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

Victoria Martín Bermejo. Hospital Nacional de Parapléjicos (Toledo).

Bibliografía

1. Evaluación de las competencias profesionales de enfermeras referentes en urodinamia en torno al sondaje vesical intermitente y sus conductas favorecedoras para la Práctica Basada en la Evidencia (PBE). Proyecto Sí.
2. Edwin Roger Meza, José Medina-Polo et al. Consensus document on the multidisciplinary management of neurogenic lower urinary tract dysfunction in patients with multiple sclerosis. *Neurourol Urodyn*. DOI: 10.1002/nau.24276; 2020.
3. Hentzen C, Turmel N, Chesnel C, et al. What criteria affect a patient's choice of catheter for self-catheterization? *Neurourol Urodyn*. 2020; 39:412–419.
4. Jimena Goldstine, Rebecca Leece, René Zonderland et al. In their Own Words. Adults' lived experiences with intermittent catheterization. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2019; 46(6):513-518.
5. Blanca Fernandez-Lasquetty Blanc, Julián Rodríguez-Almagro, Carlos Lorenzo-García, Elena Alcaraz-Zomeño et al. Quality of life and autonomy in patients with intermittent bladder catheterization trained by specialized nurses *J Clin Med*. 2021; 10:3909.
6. Johansson I, Athlin E, Frykholm L, Bolinder H, Larsson G. Intermittent versus indwelling catheters for older patients with hip fractures. *J Clin Nurs*. 2002; 11(5):651-656.
7. Ramm D. y Kane R. Estudio cualitativo en el que se exploran las respuestas emocionales de pacientes de sexo femenino durante el auto-sondaje limpio intermitente. *The J Clin Nurs*. 2011; 20:3152-3162.
8. Mapa de empatía – mujer con SVI – Proyecto Sí. 2017.