

Fomentar una mejor adherencia entre los pacientes que se someten al autosondaje intermitente.

Rune Nørager, Claus Bøgebjerg, Iben Plate y Stephanie Lemaitre

RESUMEN

Coloplast ha llevado a cabo un estudio cualitativo entre los profesionales sanitarios que trabajan en el campo de los cuidados de la continencia. Se han realizado entrevistas con profesionales sanitarios de urología y rehabilitación que han proporcionado información sobre las barreras, y los facilitadores, de las adherencias. Se sugirieron formas en las que los profesionales sanitarios pueden trabajar con los pacientes que se someten al cateterismo intermitente limpio (CIL) para apoyar una mejor adherencia. Esto incluye una formación individualizada que, aborde los temores individuales, garantice la correcta comprensión del cuerpo y del tratamiento, y elimine los conceptos erróneos. Así mismo, se ha trabajado en ayudar a los pacientes a fijar objetivos realistas y darles consejos prácticos que les ayuden a adaptar el CIL a su vida cotidiana. Los pacientes necesitan saber cómo afrontar las infecciones del tracto urinario, cómo hacer frente a las instrucciones contradictorias de otras fuentes, y cómo identificar los recursos de apoyo y la información correcta. Además, se destacaron retos específicos relacionados con el apoyo a los pacientes de urología y rehabilitación.

Palabras clave: Tratamiento de continencia ■ Enfermedades a largo plazo ■ Adherencia ■ Cambio de actitud ■ Apoyo al paciente ■ Modelo Procesual de Acción en Salud (MPAS)

Para los pacientes con problemas de salud crónicos,

el cumplimiento del tratamiento prescrito es fundamental para que puedan afrontar de forma eficaz su enfermedad y disfrutar de una mejor calidad de vida. Sin embargo, los estudios indican que la adherencia es un problema para muchos enfermos crónicos. Según la Organización Mundial de la Salud (2003), la adherencia al tratamiento es un reto para el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas.

Los mismo ocurre con las personas que viven con problemas de continencia y micción, muchas de las cuales padecen, también, enfermedades crónicas (por ejemplo, las afecciones neurológicas, como lesiones de la médula espinal, esclerosis múltiple o espina bífida).

Rune Nørager, psicólogo del comportamiento, director general de Designpsykologi, Dinamarca

Claus Bøgebjerg, director de Educación, *Marketing Médico*, Coloplast S.A.

Iben Plate, jefe de Desarrollo Clínico, *Marketing Médico*, Coloplast S.A.

Stephanie Lemaitre, especialista en medicina, *Marketing Médico*, Coloplast, dksp@coloplast.com

Aceptado para su publicación: diciembre de 2018

El criterio de referencia para este grupo de pacientes es el cateterismo intermitente limpio (CIL). Se ha demostrado que el CIL garantiza una mejor calidad de vida (Vahr et al, 2013) y una buena salud de la vejiga (Weld y Dmochowski, 2000) para este grupo de personas. Sin embargo, algunos estudios han revelado que las tasas de adherencia al CIL disminuyen significativamente con el tiempo. En EE. UU., por ejemplo, hay una disminución del 50% de las tasas de adherencia en los cinco primeros años tras el alta de rehabilitación (Cameron et al., 2010).

Tasas de adherencia deficientes

¿Por qué ocurre esto?

Aunque los beneficios a largo plazo de la adhesión al tratamiento con CIL son claros (mejor salud de la vejiga y de los riñones, y mejor calidad de vida), las investigaciones indican que estos beneficios a largo plazo no proporcionan a los pacientes la motivación suficiente para cambiar completamente su actitud y establecer una rutina de CIL (Coloplast Market Study, IC Research 2015, datos en el archivo (VV-0206732). Como humanos, pensamos mucho más a corto plazo, nos centramos en el aquí y el ahora, y es poco probable que cambiemos los patrones actuales como respuesta a «amenazas» lejanas, como las repercusiones sanitarias negativas a largo plazo.

«Si el paciente no sufre incontinencia, el beneficio es conceptual. Se trata de reducir riesgos futuros.

El paciente debe hacer frente a la carga del CIL ahora mismo, pero no siente el efecto de manera inmediata. Este es el tipo de paciente que puede que abandone».

Profesional especializado en urología, Francia

¿Qué podemos hacer ante esto?

Cambiar los hábitos relativos a la salud es complicado; para lograrlo, necesitamos entender los mecanismos que rigen la conducta adherente y no adherente. Aquellos que trabajan en el cuidado de la continencia saben, por su experiencia clínica, por qué los pacientes no se adhieren al tratamiento. Sin embargo, para abordar sistemáticamente los problemas de adherencia, y promover una cultura con base en la evidencia en la enfermería, se necesita tener una visión más profunda que arroje luz sobre las barreras reales y los facilitadores de la adherencia.

Para recopilar estas pruebas, Coloplast se embarcó en un estudio de investigación cualitativa para identificar, con mayor exactitud, los factores que dan lugar a una conducta adherente.

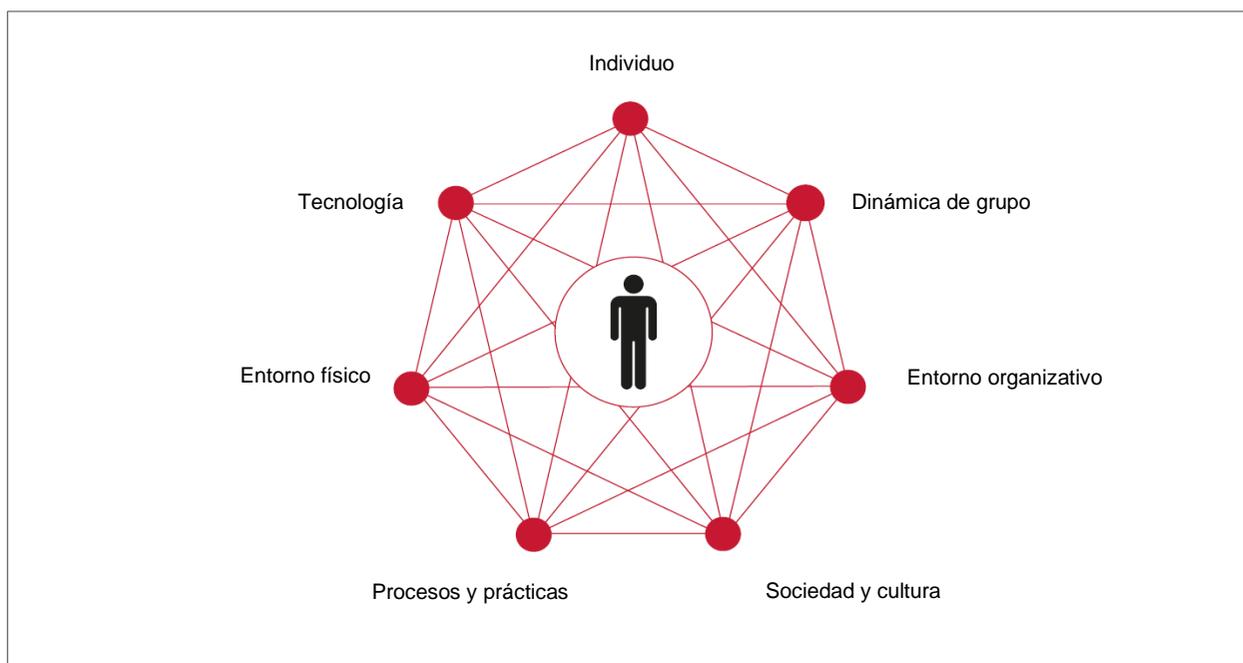


Figura 1. El modelo heptagonal (Grech et al, 2008) fue la base de las preguntas de la entrevista

El estudio se llevó a cabo en otoño de 2016 en Reino Unido, Francia, Alemania, España y EE. UU., y constó de un total de nueve entrevistas, para las que se utilizó un esquema con base en el modelo heptagonal. Se entrevistó a profesionales médicos y al personal de enfermería para investigar las barreras y los facilitadores de la adherencia al CIL según lo prescrito. Este artículo muestra nuestros resultados.

Metodología

Para llevar a cabo el estudio, primero se identificó a un grupo de profesionales médicos y personal de enfermería comprometidos, que trabajaban en salas de urología o rehabilitación en cinco países, todos ellos con amplia experiencia en:

- Educar a los pacientes en el momento de la alta médica.
- Proporcionar un seguimiento.

A continuación, se entrevistaron a cada uno de estos profesionales sobre su experiencia con la conducta adherente y no adherente de los pacientes. El objetivo de las entrevistas era doble:

- Descubrir qué ayuda y apoya al paciente a adherirse al CIL.
- Identificar las barreras a la adherencia.

Para orientar nuestras preguntas, se utilizó el modelo heptagonal (Grech et al, 2008), (Figura 1), que se introdujo en 2007 y que proporciona una forma estructurada de examinar cómo los diferentes factores de la vida de un individuo influyen en su comportamiento. Se utiliza ampliamente para comprender e identificar las causas fundamentales en las investigaciones de accidentes y como parte de los programas de prevención.

Las entrevistas generaron una gran cantidad de barreras y facilitadores del CIL. Para ello, se debían estructurar de forma que nos permitieran comprender los procesos psicológicos que influyen en la conducta adherente en esta población de pacientes en particular.

Decidimos usar el Modelo Procesual de Acción en Salud, también conocido como modelo MPAS. Este modelo es un método útil para describir, explicar y predecir los cambios en los hábitos de salud en una variedad de situaciones, particularmente en los entornos de rehabilitación (Schwarzer et al, 2011); asimismo, a menudo, se ha utilizado para comprender los hábitos de salud de los pacientes con enfermedades y afecciones crónicas.

Este modelo sostiene que un paciente suele pasar por tres fases hasta establecer una nueva rutina relacionada con la salud:

- Motivación: «Quiero...», (ambos a corto y largo plazo).
- Planificación: «Siempre tengo un plan para...», (se incluyen las situaciones inesperadas).
- Realización: «Me ceñiré a mi plan, a pesar de los baches en el camino...».

El modelo no pretende que sea un proceso lineal para todos los pacientes, sino que pueden pasar de una fase a otra; por ejemplo, si se encuentran con un nuevo reto, tal vez un retroceso en su condición, pueden perder su motivación para adherirse al tratamiento. En este caso, solo podrán volver a la fase de planificación cuando hayan redescubierto su motivación.

A continuación, mostraremos cómo las respuestas de las entrevistas nos ayudaron a comprender las barreras y los facilitadores de cada fase, que pueden influir en la conducta adherente, específicamente entre los pacientes de CIL.

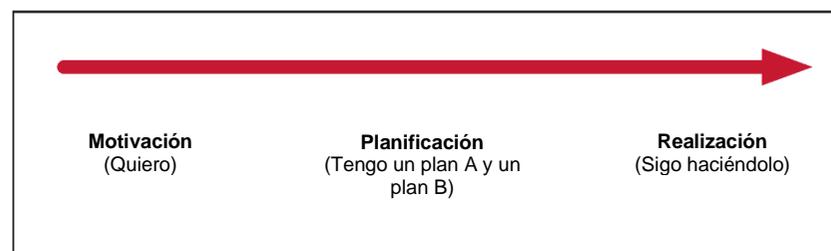


Figura 2. El modelo MPAS (adaptado de Schwarzer et al., 2011)

Resultados

Fase 1: Motivación

La clave para adoptar cualquier forma de hábito es tener la motivación. Todo empieza con el estado de ánimo adecuado. El papel del profesional sanitario es estructurar la introducción y la formación del CIL de manera que pueda motivar al paciente a aceptar el tratamiento. En este caso, es importante proporcionar una formación individualizada que aborde los temores y la falta de comprensión del paciente.

Proporcionar entrenamiento individual

«Cada paciente es un mundo». *Profesional especializado en urología, España*

Según los profesionales de la salud que se entrevistaron, para que la formación del CIL tenga éxito debe tener lo siguiente:

- Generar confianza en el tratamiento.
- Abordar los temores de los pacientes.
- Asegurar un entendimiento adecuado.
- Proporcionar información consistente.

Generar confianza en el tratamiento

La confianza es un elemento clave en las sesiones de formación. El paciente debe confiar en el tratamiento y en la persona que lo recomienda. «Es una especie de contrato con una promesa», comentó el personal de enfermería, «no solo en términos de resultados, sino también de seguridad y de que los pacientes recibirán apoyo cuando lo necesiten».

Además, la formación en sí debe ser algo más que una sesión de «cómo hacerlo». Como explicó una persona perteneciente al personal de enfermería del Reino Unido, «no basta con “dar” el tratamiento al paciente para tener éxito», es decir, el paciente debe sentirse apoyado y entendido. «Si tienes una buena relación con el paciente, la enseñanza es mucho más fácil», comentó otro profesional de enfermería, que también hizo una advertencia. «Sin embargo, si la introducción inicial al CIL es mala, hay un mayor riesgo de que el paciente abandone». Esta respuesta plantea la cuestión de qué constituye una «mala» sesión. Los profesionales sanitarios que se entrevistaron explicaron que cosas como la falta de tiempo, las interrupciones o el hecho de hablar mal al paciente pueden contribuir a una mala presentación.

Abordar los temores

«El miedo y la incompreensión son los mayores obstáculos».

Personal de enfermería, Reino Unido

El miedo puede ser una gran barrera para la adherencia. El miedo paraliza y dificulta la asimilación de nueva información. Cuando los pacientes tienen miedo, y presentan lo que una persona perteneciente al personal de enfermería del Reino Unido describió como «‘the “rabbit in headlights” look’» (se quedan paralizados), no son capaces de captar el concepto de autosondaje. Ya sea el miedo a hacerse daño, al aislamiento social o a los accidentes, los temores y preocupaciones que no se aborden pueden ser suficientes para que un paciente abandone su tratamiento. No es solo el paciente quien tiene miedo. Como observó un profesional del personal de enfermería especializado en rehabilitación, en Francia, «existe un miedo... por parte de los cuidadores, la familia, los amigos, el cónyuge y los hijos sobre el sondaje intermitente ya que es una especie de invasión».

Se preocupan del riesgo de las infecciones del tracto urinario o del riesgo de hemorragias».

Asegurar un entendimiento adecuado

La mayor parte de la gente viven sin pensar mucho en su sistema urinario. Es por esta razón que a menudo existe una desconexión fundamental entre la forma en que el paciente percibe el CIL y lo que realmente implica. «Algunos no entienden su propia anatomía, dónde están las cosas, y cómo funcionan», comentó el profesional del personal de enfermería especializado en rehabilitación del Reino Unido. Esta falta de comprensión suele llevar a los pacientes a sacar conclusiones erróneas, tanto racionales como irracionales. Desde el punto de vista racional, algunos pacientes piensan que las incontinencias de orina accidentales significan que no hay necesidad de sondar, ya que la vejiga se vacía sola. En el lado más irracional, algunos creen que la sonda perforará la vejiga, o creen que la sonda es demasiado grande para entrar en su uretra. Descubrir y abordar estos malentendidos son pasos fundamentales para motivar al paciente a aceptar el CIL.

Ya que no hay dos pacientes iguales, es fundamental que los profesionales sanitarios dediquen tiempo al paciente para identificar sus temores y preocupaciones. También se debe dedicar tiempo a hablar con los familiares. Los profesionales sanitarios que se entrevistaron identificaron que, a menudo, los miembros de la familia son un recurso importante para el paciente con CIL. Conseguir que participen en las primeras fases y asegurarse de que entienden el tratamiento no solo ayudará a disipar los temores y las incertidumbres, sino que su apoyo será fundamental para ayudar al paciente a adaptarse a las rutinas del CIL y mantenerlo en el camino de la adherencia.

Proporcionar información coherente

La coherencia entre los consejos de los profesionales sanitarios que tratan al paciente es igual de importante. Como explicó un profesional médico rehabilitador de Francia: «Todos tienen que expresar el mismo mensaje al paciente. Si el personal de enfermería menciona: “Tienes que usar desinfectante”, y un profesional médico cuenta: “No necesitas desinfectante”, pero llega otra persona perteneciente al personal de enfermería y afirma: “No, no uses ese desinfectante, usa este”, es una pesadilla para el paciente y, además, da una mala impresión, ya que transmitimos el mensaje de que no es un tratamiento estable».

Fase 2: Planificación

La motivación no es suficiente para asegurar la adherencia. El paciente puede querer adherirse al tratamiento, pero esto no sirve de mucho si carece de los conocimientos y las habilidades que se necesitan para llevar a cabo el CIL con seguridad y éxito en cualquier entorno y situación. Sin embargo, una vez que el paciente esté motivado estará preparado para trabajar con el profesional sanitario y desarrollar un plan de acción.

Para que el plan funcione, tiene que adaptarse a la vida fuera del centro de rehabilitación o del entorno hospitalario. Aunque la realización del CIL puede parecer relativamente sencilla en un entorno hospitalario estéril o en el entorno familiar y privado del hogar del paciente, llevarla a cabo en el trabajo, escuela o en un lugar público presenta una serie de retos diferentes. Como comentó un urólogo español, «una vez que el paciente sale del entorno motivador del hospital, se encuentra en un entorno de desamparo».

La planificación implica ayudar al paciente a:

- Tener expectativas realistas.
- Establecer una rutina.
- Crear un plan de acción (incluye un plan B).
- Identificar recursos de apoyo.

Tener expectativas realistas

Aunque algunos pacientes verán inmediatamente los beneficios del CIL, a otros les puede costar aceptar la necesidad del autosondaje. El tratamiento puede ser un recordatorio constante con algo erróneo en ello. Como observó un profesional médico especializado en rehabilitación de Francia, «a los pacientes con enfermedades crónicas les resulta muy difícil enfrentarse al aquí y al ahora debido a que no verbalizan sus expectativas. Esperan la recuperación; esperan un milagro; esperan el progreso de la ciencia... y a veces hay una gran brecha entre la esperanza y la realidad».

Aquí, el papel del profesional sanitario es ser honesto, franco y realista. Se trata de ayudar a los pacientes a comprender la realidad de su enfermedad, lo que implica el autosondaje y los beneficios que pueden obtener si siguen la rutina. El paciente debe sentir que puede elegir y tomar sus propias decisiones con base en la comprensión de los riesgos y los beneficios. Un urólogo del Reino Unido recomendó «dar al paciente el espacio para que se equivoque. Está bien, siempre y cuando puedan reconocer sus errores y corregirlos si es necesario».

Establecer una rutina

«El sondaje tiene que adaptarse a su vida, en lugar de que su vida se adapte al sondaje. Como profesionales sanitarios, adaptamos las mejores prácticas a lo que es realista».

Personal de enfermería, Reino Unido

El realismo vuelve a entrar en juego a la hora de diseñar la rutina del CIL del paciente. Algunos pacientes se sienten abrumados por el número de veces que tienen que ponerse una sonda y creen que nunca podrán hacerlo en su ajetreada vida. La clave es escuchar al paciente y ayudarlo a organizar su día, para encajar el CIL en sus rutinas y horarios habituales. «Queremos aspirar a tener menos de 500ml en la vejiga», afirmó una persona perteneciente al personal de enfermería especializado en rehabilitación. «Por eso, aconsejo que lo hagan al levantarse. Si tienen un descanso para el café o el almuerzo, deben ir a vaciar la vejiga. También pueden asegurarse de que vacían su vejiga antes de irse del trabajo».

Para algunos pacientes es tan fácil como programar una alarma en el móvil para que suene seis veces al día. Algunos profesionales de la salud abordan el desarrollo de la rutina como una negociación, en la que trabajan junto con el paciente para construir el programa. El profesional de la salud comienza con que el paciente le acompañe a lo largo de su día, y luego se ponen de acuerdo en tres posibles horarios: la mañana, la comida y la noche. Esto hace que sea más factible ajustar las tres veces restantes.

Crear un plan de acción, incluye un plan B

Se trata de abordar los aspectos prácticos de la realización del CIL. Por ejemplo, averiguar cómo los pacientes pueden llevar el equipo de forma fácil y discreta.

Como observó un urólogo del Reino Unido, «es como con tu primer hijo, donde acabas sacando una bolsa llena de cosas para estar preparado para todo y cualquier imprevisto. No quieres eso con un paciente con sonda. Al contrario, hay que convertirlo en una parte natural y fácil de su vida cotidiana».

Los profesionales sanitarios que se entrevistaron también destacaron la importancia de tener en cuenta la capacidad física de los pacientes para realizar el CIL. Los pacientes deben abrir el envoltorio, sostener la sonda, insertarla, desabrocharse los pantalones, etc. Esto puede ser difícil si el paciente tiene una discapacidad física o usa una silla de ruedas. Las limitaciones físicas también pueden estar relacionadas con el tipo de cuerpo del paciente. Como afirma un profesional sanitario, «el CIL no es fácil para las personas con sobrepeso debido a que el pene y la abertura uretral están enterrados».

La elección del producto también desempeña un papel importante. «El producto debe adaptarse al paciente, y no el paciente al producto», comentó un urólogo de España. Según un urólogo de Francia, la elección del producto y del proceso marcará a menudo la diferencia entre que el paciente respete el número de episodios del CIL prescritos al día o que abandone por completo el tratamiento: «Los productos que permiten al paciente respetar la frecuencia en cualquier tipo de entorno mejorarán la capacidad de permanecer en el CIL durante mucho más tiempo».

Por último, algunos enfoques deben ser específicos para cada sexo. Por ejemplo, una persona perteneciente al personal de enfermería, de Reino Unido, aconseja a los hombres estar de pie en lugar de sentado para evitar infecciones por asiento del inodoro. Este mismo profesional aconseja a algunas mujeres que lo hagan tumbadas en la cama, de lado, con una bolsa colocada.

Dado que la vida cotidiana es imprevisible, los pacientes también deben tener un plan B para cuando el entorno adecuado no esté disponible. Tener un plan B garantiza que no tendrán la tentación de saltarse un sondaje, pero que podrán afrontar y dominar la situación en la que se encuentren.

Identificar recursos de apoyo

El personal de enfermería y médicos que se entrevistaron, a menudo, señalaban que los familiares suelen desempeñar un papel más importante que el de los compañeros. Hay pacientes que nunca contarán su enfermedad a sus amigos o compañeros, mientras que normalmente son sus familiares quienes los acompañan cuando acuden al médico. En otros casos, los profesionales de la salud han conseguido que los pacientes identifiquen a una persona, en el trabajo o en la escuela, que conozca su estado y que les ayude a recordar el sondaje.

Fase 3: Realización

La realización tiene que ver con la perseverancia. Se trata de que los pacientes tengan y utilicen las habilidades que han aprendido para seguir el tratamiento, a pesar de los diversos retos que puedan encontrar en el camino.

Para que los pacientes mantengan con ánimo para «hacerlo», y se adhieran a su tratamiento, necesitan saber:

- Cómo tratar las infecciones del tracto urinario (ITU).
- Cómo comunicarse con los profesionales sanitarios.
- Cuándo y dónde pedir ayuda.

Tratar las ITUs

Cuando introducimos el CIL como criterio de referencia, los pacientes pueden llegar a la conclusión de que, si se limitan a seguir la rutina, todo irá bien.

Si se realiza el CIL y luego se contrae una ITU, los pacientes pueden llegar a cuestionar la eficacia del tratamiento. Como comentó un profesional sanitario, «las ITUs pueden hacerles dudar de que estén haciendo lo correcto». Por eso es importante ser sincero con respecto de las ITUs. Lo más probable es que se produzcan y, si lo hacen, no tiene nada que ver con el CIL como tratamiento.

La formación ayuda a prevenir las ITUs y orienta a los pacientes sobre cómo descubrirlas y tratarlas correctamente si se producen. Además, esta información no debe limitarse al paciente de CIL. «Hay que educar sobre las ITUs no solo al paciente, sino también a los médicos de familia, a los cuidadores y a las familias», aconsejó un profesional médico rehabilitador. La formación sobre las ITU debe ayudar a los pacientes a distinguir entre los síntomas «verdaderos» y los «falsos» de las ITUs. Además, debe incluir cuándo y cómo deben reaccionar ante estos síntomas.

Comunicación con la comunidad médica

Varios de los profesionales médicos y el personal de enfermería que se entrevistaron, destacaron el papel de los profesionales sanitarios tras dar el alta. Muchos de ellos señalaron que es fundamental que el médico de familia local tenga conocimiento suficiente del CIL para apoyarlo como criterio de referencia del tratamiento, así como proporcionar el consejo clínico adecuado para los pacientes. Un urólogo de Francia llegó a comentar que «la principal barrera que queda es el médico de familia. Algunos profesionales médicos de familia todavía no lo entienden, creen que el CIL es peligroso y que provocará demasiadas infecciones. Si el médico de familia no lo entiende, [el paciente y] la familia no lo entenderán». Otro profesional de la salud corroboró esta afirmación. «Hay ejemplos de médicos de familia que han cambiado involuntariamente a los pacientes a la implantación permanente solo por el coste y la falta de conocimiento». Además de garantizar la competencia clínica con el CIL entre los médicos de familia, también es importante que todos los profesionales sanitarios que se impliquen en el curso del tratamiento trabajen juntos para apoyar a los pacientes y ayudarles a mantenerse en el camino de la adherencia. Como afirmó un urólogo, «esta red es muy importante. Es una colaboración multidisciplinaria».

Cuándo y dónde pedir ayuda

Casi todos los profesionales de la salud que se entrevistaron destacaron que tenían el mayor índice de éxito cuando podían hacer un seguimiento del paciente durante un periodo de tiempo prolongado.

Un urólogo observó: «Nos va bastante bien, pero tenemos mucha suerte porque podemos organizar visitas de seguimiento. [Estas sesiones] nos ayudan a conocer bien la rapidez o la lentitud con la que el paciente se adapta a la técnica. Nuestro índice de abandono es bastante bajo porque podemos ofrecer apoyo continuo».

Cuando los recursos lo permiten, muchos de los profesionales sanitarios organizan sesiones de seguimiento anuales con los pacientes. En estas sesiones, evalúan el estado del paciente y modifican la rutina o los productos en el caso de que la situación del paciente haya cambiado. Las sesiones de revisión periódicas ayudan a garantizar que el paciente no desarrolle hábitos perjudiciales y que siga el tratamiento más adecuado para su salud. Este tipo de seguimiento también es útil porque el paciente vuelve con más experiencia, lo que puede influir en el curso del tratamiento. Como señaló el personal de enfermería de rehabilitación, «pasan a ser expertos de su [propio] cuidado y [nuestra] educación tiene que adaptarse a [sus] experiencias».

El contacto frecuente también ayuda a los profesionales sanitarios a abordar información errónea que los pacientes hayan podido leer en línea. Los profesionales sanitarios pueden refutar los informes e historias negativas o exageradas que los pacientes puedan haber leído, y orientarles hacia fuentes de información más fiables que les apoyen en la adhesión al tratamiento.

Una sesión a veces no es suficiente

«Tienes que darles confianza, “puedes hacerlo”. Puede llevar días o semanas».

Profesional médico especializado en urología, Reino Unido

Una de las conclusiones a las que se llegó en cada entrevista es que desarrollar una conducta adherente lleva tiempo. Muchos de los profesionales sanitarios hablaron de la necesidad de hacer varias sesiones y llamadas telefónicas para poder superar las barreras de los pacientes con el CIL. Una de las personas pertenecientes al personal de enfermería del Reino Unido recalcó la necesidad de una política de «puertas abiertas»: «Tenemos que cambiar las normas y adaptar las necesidades de los pacientes en la gestión». Este enfoque ayudó a menudo a los pacientes a seguir por el buen camino. «Ser accesible es la clave y tenemos un gran éxito con las “puertas abiertas”. A menudo la gente se presenta preguntando por mí, ya que ellos se saben mi horario casi de memoria, y saben que estaré el tiempo necesario».

Conclusión

Al aplicar el modelo MPAS a nuestra investigación, hemos podido identificar los impulsores clave para la conducta adherente.

- Motivación: para crear en los pacientes la motivación que se necesita para adherirse al tratamiento, los profesionales sanitarios deben proporcionar una formación individualizada que aborde los miedos individuales, garantice la correcta comprensión del cuerpo y del tratamiento, y elimine las ideas erróneas racionales e irracionales.
- Planificación: para apoyar la fase de planificación, los profesionales sanitarios pueden ayudar a los pacientes a fijar expectativas realistas y darles consejos prácticos que les ayuden a adaptar el CIL a todas las situaciones de su vida. Aquí se incluye la elección del tipo de sonda más adecuada para ellos.
- Realización: para apoyar a los pacientes en la adhesión del tratamiento CIL, los profesionales sanitarios deben enseñarles cómo tratar con las ITUs, como hacer frente a las instrucciones contradictorias de los profesionales sanitarios, y como identificar las fuentes de apoyo y la información adecuada.

PUNTOS PRINCIPALES

- La adherencia al tratamiento es un problema para muchas de las personas con enfermedades crónicas, incluso aquellas que viven con problemas de continencia y micción.
- Aunque existen claros beneficios a largo plazo de la adhesión al tratamiento del cateterismo intermitente limpio (CIL), la investigación indica que estos beneficios a largo plazo no proporcionan a los pacientes la motivación suficiente para cambiar por completo sus hábitos y establecer una rutina de CIL.
- Coloplast entrevistó a profesionales médicos y al personal de enfermería que trabajaban en salas de urología o rehabilitación en cinco países sobre las barreras y los factores que promueven la adherencia al CIL.
- Los resultados de esta investigación cualitativa mostraron diferentes factores que están relacionados con la motivación, planificación y los problemas constantes en torno a los mensajes contradictorios y el apoyo.

Perspectivas sobre el apoyo a los pacientes

Nuestras entrevistas también pusieron de manifiesto los retos exclusivos de los dos grupos de pacientes con los que trabajaban los profesionales sanitarios: los pacientes de urología y los de rehabilitación. Para los pacientes en rehabilitación, el reto general para el profesional sanitario es que, a pesar de tener mucho tiempo para formarlos, a menudo hay muchos otros aspectos a los que los pacientes tienen que enfrentarse y que pueden afectar negativamente a su adherencia. Por ejemplo, los pacientes en rehabilitación a menudo usan sillas de ruedas, tienen poca destreza, y tienen que lidiar con la depresión como resultado de su condición. Estos factores suponen barreras tanto físicas como mentales para la adherencia.

Para los pacientes de urología, el principal reto es que el tiempo que los profesionales sanitarios pueden dedicarles es limitado, y en la mayoría de los casos, no hay oportunidad de realizar sesiones de seguimiento. Los profesionales sanitarios que trabajan en este campo no saben cómo están los pacientes tras la formación inicial.

Se espera que los profesionales sanitarios que trabajan en el campo del cuidado de la continencia puedan utilizar los conocimientos de nuestra investigación para estructurar y mejorar el cuidado del paciente.

Coloplast se compromete a seguir la investigación en este campo, para poder trabajar con la comunidad sanitaria en el diseño de rutinas de seguimiento, instrumentos y procedimientos que pueden apoyar la adherencia a largo plazo, y en última instancia, asegurar una mejor calidad de vida para los pacientes que viven con problemas de continencia. **BJN**

Declaración de interés: autores que colaboran con Coloplast

- Cameron AP, Wallner LP, Tate DG, Sarma AV, Rodriguez GM, Clemens JQ. Bladder management after spinal cord injury in the United States 1972 to 2005. *J Urol.* 2010;184(1):213–217. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.03.008>
- Grech M, Horberry T, Koester T. *Human factors in the maritime domain.* Boca Raton, FL: CRC Press; 2008
- Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska A. Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: Modelo Procesual de Acción en Salud (MPAS). *Rehabil Psychol.* 2011;56(3):161–170. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.03.008>
- Vahr S, Cobussen-Boekhorst H, Eikenboom J et al for European Association of Urology Nurses. Catheterisation; urethral intermittent in adults; dilatation, urethral intermittent in adults (Evidence-based guidelines for best practice in urological health care). 2013. <https://bit.ly/2RJeF5P> (consultado el 8 de enero de 2019)
- Weld KJ, Dmochowski RR. Effect of bladder management on urological complications in spinal cord injured patients. *J Urol.* 2000;163(3):768–772. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2010.03.008>
- Organización Mundial de la Salud. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003. <https://bit.ly/2FhE6ph> (consultado el 8 de enero de 2019)

Preguntas de reflexión sobre el desarrollo profesional continuo

- ¿Por qué la adherencia al tratamiento puede ser un problema para alguien con una enfermedad crónica? Reflexiona sobre algunas de las razones.
- Considera algunas de las ideas erróneas o preocupaciones que un paciente o cuidador puede tener sobre la anatomía urinaria y el sondaje. ¿Cómo podrías conocerlas y abordarlas?
- Reflexiona sobre el problema de los mensajes incoherentes sobre el tratamiento para el paciente, sus familiares/cuidadores y los profesionales sanitarios. ¿Cuáles podrían ser algunas de las implicaciones a corto y largo plazo?