

# PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA

Urgencias y UCRI SURA

## Cateterismo vesical





En el estándar de procesos prioritarios, al hablar de procesos seguros es necesario contar con un protocolo de cateterismo vesical. Su objetivo principal es unificar criterios de actuación del personal de Enfermería, garantizando la continuidad asistencial.

### CONTENIDO



Haga *click* sobre el título para ir a la página donde está el contenido completo

#### SECCIÓN METODOLÓGICA

Responsable

Área para realizar el procedimiento

Elementos de protección personal.

Indicaciones

Contraindicaciones

Recomendaciones

Riesgos del procedimiento

#### MEDIDAS PARA PREVENIR INFECCIONES

Material necesario.

Antes de realizar el procedimiento

#### PROCEDIMIENTO

Asepsia

Inserción de la sonda

#### EDUCACION AL PACIENTE Y FAMILIAR

#### SEGUIMIENTO AL PROCEDIMIENTO

## SECCIÓN METODOLÓGICA

### RESPONSABLE

Este procedimiento debe ser realizado por Enfermera Profesional, en caso de colapso en el servicio Auxiliar de Enfermería.



### ÁREA PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento será realizado en el cubículo del paciente.

### ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

- > Gafas de protección
- > Guantes
- > Mascarilla desechable
- > Traje de protección (Bata, pantalón, gorro, polainas, careta)

### INDICACIONES

#### Cateterismo a corto plazo

- > Cirugía en el tracto urinario o en las estructuras adyacentes.
- > Drenaje de la vejiga durante y después de los procedimientos quirúrgicos que requieren anestesia.
- > Retención urinaria aguda.
- > Recolección de la muestra de orina no contaminada para análisis.

- > Estudios de diagnóstico del tracto urinario inferior.
- > Monitoreo de la producción de orina.
- > Medición del volumen de orina residual postmiccional.
- > Irrigación de la vejiga.

#### Cateterismo a largo plazo

- > Vejiga neurogénica en pacientes con incapacidad de autocateterismo intermitente.
- > Retención urinaria crónica.
- > Incontinencia con ruptura de la piel.
- > Como medida de comodidad para el paciente con enfermedad terminal o discapacidad grave con incontinencia.

### CONTRAINDICACIONES

- > Conocimiento o sospecha de ruptura uretral como consecuencia de un traumatismo pélvico (sospechar si hay sangre en el meato uretral, un hematoma perineal o una próstata no palpable).
- > Cirugía reconstructiva reciente de la uretra o la vejiga (manejo de médico urólogo).
- > Obstrucción conocida del tracto urinario, como una estenosis uretral (contraindicación relativa, si hay capacidad de dilatar, manejo de médico urólogo).
- > Un paciente combativo o no cooperativo (contraindicación relativa; sedación y analgesia, manejo de médico urólogo).
- > Infección aguda de la próstata y / o la uretra.
- > Alergias al material de la sonda o anestésicos locales.

## RECOMENDACIONES

- > Cuidar la privacidad y la intimidad del paciente durante la realización del procedimiento.
- > Maniobrar cuidadosamente el área genital, ya que por la sensibilidad de éstos tejidos, se puede desencadenar dolor fácilmente.
- > Utilizar técnica aséptica rigurosa.
- > Brindar la educación al paciente utilizando un lenguaje claro, sencillo y acorde con su nivel cultural, permitiendo expresar las dudas y temores, si su estado de conciencia lo permite, en caso que no se encuentre consciente y tiene un acompañante, explicarle a éste el procedimiento a realizar. Al finalizar la educación, asegúrese de que las recomendaciones brindadas hayan sido realmente comprendidas.
- > Valorar los indicadores de infección urinaria como aumento de la temperatura corporal, escalofríos, orina turbia y mal oliente, hematuria, entre otros.
- > Vigilar la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda.
- > Cambiar cada 21 días la sonda vesical foley y bolsa colectora (cistoflo).
- > Si el paciente no tiene restricción de líquidos, recomendar el aumento en el consumo de líquidos y de alimentos ricos en vitamina C, con el fin de disminuir el riesgo de infección.



## RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

- > Creación de una falsa vía por traumatismo en la mucosa uretral.
- > Retención urinaria por obstrucción de la sonda.
- > Infección urinaria ascendente por migración de bacterias a través de la sonda.
- > Presencia de hematuria posterior al sondaje.

## MEDIDAS PARA EVITAR INFECCIONES ASOCIADAS AL PASO DE LA Sonda Vesical

Entre las medidas para evitar las infecciones que deben considerarse al pasar una sonda vesical están:

- > Asegurar que únicamente el personal entrenado sea el responsable de la inserción, retiro y educación del paciente.
- > Tener un riguroso cuidado con la técnica aséptica para el lavado de manos, preparación del equipo para el paso de la sonda, controlando en todo momento la esterilidad, para evitar la colonización de los microorganismos.
- > Utilizar sistemas cerrados para las bolsas de drenaje (cistoflo).
- > Elegir la sonda adecuada de acuerdo con la condición de cada paciente, si es niño (6-12), mujer (14-16) y hombre (16-22).
- > Lubricar el catéter y la uretra del paciente.
- > No forzar el paso de la sonda (realizar máximo dos intentos, si no es posible el paso de la sonda retirar inmediatamente y avisar al médico tratante).



## Cateterismo vesical

### Urgencias y UCRI SURA

- > Retirar completamente el jabón antiséptico utilizado para la asepsia del área genital tanto en hombres como en mujeres.
- > El catéter urinario debe ser usado únicamente en casos necesarios y el tiempo debe ser limitado según las necesidades de cada paciente.
- > Colocar la bolsa de drenaje (cistoflo) siempre por debajo del nivel de la cintura del paciente para evitar reflujo (infecciones) y facilitar la salida de la orina.
- > Evitar halar o retirar forzada de la sonda para evitar traumatismos.
- > El vaciamiento del cistoflo debe realizarse a través de la válvula de salida, evitando que se contamine por el contacto con el recipiente de recolección o con el piso. Si esto sucede debe cambiarse.
- > Educar al paciente y familiar sobre el lavado que se debe hacer diariamente en el sitio de inserción de la sonda para reducir la colonización de microorganismos.

### MATERIAL NECESARIO

- > Dos pares de guantes estériles (uno para la asepsia y otro para el paso de la sonda).
- > Tres paquetes de gasas.
- > Jabón antiséptico recomendado por la compañía.
- > Agua estéril (llenar el balón de la sonda).
- > Solución salina (para retirar el jabón antiséptico).
- > Sonda requerida y del calibre indicado.



- > Lidocaína jalea o anestésico en gel.
- > Riñonera estéril.
- > Cistoflo, jeringa de 10 ml, microporo (sonda vesical permanente).
- > Pato o recipiente para recolección de la orina.
- > Bolsa verde y roja para disponer los desechos.

### ANTES DE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

- > Al ingresar al cubículo, identificar que el paciente al que se le va a realizar el procedimiento es la persona correcta.
- > Explicar el procedimiento al paciente o familiar, en caso de ser un menor de edad, resaltar la importancia de su colaboración y permitirles que expresen sus dudas y temores.
- > Realizar lavado de manos (ver Protocolo de lavado de manos).
- > Verificar en historia clínica e interrogar al paciente sobre lo siguiente:



#### Si el paciente tiene sonda:

- > Indicación del por qué se cambiará la sonda.
- > La última fecha de instalación.
- > Si se presentó algún traumatismo al pasar la sonda.
- > Los antecedentes personales.
- > Las características de la orina.
- > En cuántos centímetros cúbicos (cc) quedó insuflado el balón.

### Si el paciente no tiene sonda:

- > Indicación del por qué se le instalará la sonda.
- > La fecha de última sonda vesical.
- > Si ha presentado algún tipo de traumatismo. y hace cuánto tiempo.
- > Los antecedentes personales.
- > Hace cuánto tiempo realizo su última micción y características de la orina.

### Si el paciente tiene sonda vesical realizar los siguientes pasos:

- > Usar un par de guantes limpios.
- > Antes del retiro de la sonda se debe verificar que la bolsa recolectora esté completamente vacía.
- > Tomar una jeringa de 10 o de 20ml para extraer el líquido con el que se insufló anteriormente el balón, evitando en el momento de retirarlo un traumatismo. Retirar la sonda con precaución.
- > Desechar la sonda en la bolsa roja.

## PROCEDIMIENTO

- > Ubicar al paciente en posición ginecológica si es mujer (posición supina, con las piernas separadas y las rodillas flexionadas) y en posición supino si es hombre.
- > Abrir en una superficie plana la riñonera estéril y sobre la envolvera disponer todos los insumos necesarios para la realización del procedimiento.
- > Impregnar las gasas con la solución antiséptica descrita. Se deben dejar tres gasas secas para realizar el barrido del jabón y otra gasa para disponer la lidocaína gel y lubricar muy bien el extremo de la sonda.
- > Realizar lavado de manos (ver Protocolo de lavado de manos).

- > Usar los guantes estériles. 
- > Instalar la sonda al equipo cistofló (sistema de cerrado de drenaje urinario).

### Asepsia

- > Utilizar ambos guantes pero se debe conservar estéril el de su mano dominante, con la cual se debe realizar la asepsia.
- > La asepsia se realizará de la siguiente manera: siempre con movimientos circulares, del centro a la periferia, de arriba hacia abajo, sin devolverse, usando gasas una sola vez. Se retira el jabón siguiendo esta misma dirección.
  - » **En la mujer:** con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante se separan cuidadosamente los labios, se expone el meato y se lava en este orden: meato urinario, labios menores, labios mayores, región inguinal y zona púbica anterior, por último el periné. Una vez aseado el periné, no se deben tocar entre sí los labios para observar el orificio uretral, así se evita la contaminación indeseable de la zona. Se cubre el meato urinario con una gasa estéril.
  - » **En el hombre:** se toma el pene de manera firme, en un ángulo de 90°, se baja el prepucio y se limpia con gasa impregnada de jabón antiséptico. Se inicia en meato urinario, luego en glande, en surco balano prepucial y continúa con movimientos circulares por todo el cuerpo del pene hasta la raíz y termina en los testículos sin devolverse. Se desecha la gasa, se repite el procedimiento tres veces y se deja una gasa estéril cubriendo el meato urinario.
- > Realizar el cambio de guantes por otros estériles.

### INSERCIÓN DE LA SONDA

- > Tomar la sonda con la mano dominante, como un lapicero sin tocar el extremo a introducir, y aplicar el lubricante que está en la gasa; previamente se instala la sonda y el equipo cistofló.
- > Mantener la técnica aséptica y comprobar la integridad del balón de la sonda antes de iniciar su introducción.
- > Aplicar el anestésico en la zona de inserción: mujeres 5 cc y hombres 10 cc.
- > Indicar al paciente que respire lenta y profundamente, con esta medida se favorece la relajación del esfínter externo de la uretra.
- > Introducir la sonda hasta que vea retorno de orina, recordar que no debe sentir resistencia y no debe forzar el paso de la sonda. En el **sondaje permanente** insufla el balón con agua estéril (insuflar el balón según la recomendación del proveedor de la sonda). En el **sondaje evacuante** debe haber el recipiente para recibir la orina.
- > Tomar la muestra de orina en caso de haber sido solicitada.
- > Permitir que salga toda la orina con el fin de que la evacuación sea completa y verificar características y volumen de la orina.
- > En el **sondaje permanente**, verificar la posición del balón, fijar la sonda con microporo para evitar el movimiento y la tracción uretral, comprobando que la amplitud de movimiento de la extremidad del paciente no tense la sonda, esto evita el riesgo de lesión tisular de esta zona y la posibilidad de salida accidental de la sonda. Por último, ubicar la bolsa de drenaje (cistoflo) por debajo del nivel de la vejiga del paciente para evitar reflujo.
- > En el **sondaje evacuante** retirar cuidadosamente la sonda y desecharla en material contaminado.
- > En el **sondaje permanente**, marcar la bolsa recolectora (cistofló) con los siguientes datos: fecha de instalación, nombre y apellidos de quien realizó el procedimiento, número de sonda que instaló y la cantidad en cc con que se insufló el balón.
- > Posibilitar que el paciente se cubra y quede cómodo.
- > Retirarse los guantes y lavarse las manos (ver Protocolo de lavado de manos).
- > Registrar el procedimiento en nota de enfermería con fecha de colocación, tipo y calibre de la sonda y la descripción de las características de la orina y cantidad.



### NOTA:

- > Cuando se realiza el procedimiento de lavado vesical, utilizar una jeringa punta catéter estéril, envasar 20 cc de agua estéril y desconectar la sonda de la bolsa de recolección. Con la mano no dominante y gasas estériles se toma la punta distal de la sonda; con la mano dominante, la jeringa punta catéter e introducir el agua estéril envasada, aspirar la cantidad inyectada y desecharla en un recipiente.
- > Lavar hasta comprobar que el líquido refluye y la sonda quede totalmente permeable, conectar la sonda nuevamente a la bolsa de drenaje y observar que la cantidad de solución aspirada sea la misma que la inyectada.
- > En el sondaje permanente cuando sea necesario retirar la sonda vesical, utilice guantes limpios, desinfle el balón sacando el agua estéril con una jeringa sin aguja y se retire suavemente la sonda.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- > **Es importante:**
  - » Mantener la bolsa de drenaje (cistoflo) por debajo del nivel de la vejiga del paciente para evitar reflujo.
  - » Descartar acodaduras de la sonda o el tubo recolector.
  - » No desconectar la unión sonda, tubo y bolsa colectora.
  - » Realizar el vaciado de la bolsa a través de la válvula de salida, evitando que esta se contamine por el contacto del recipiente de recogida o con el suelo.
- > Observar si hay rupturas en la bolsa recolectora, acumulación de sedimentos o presencia de olor desagradable de la orina.
- > Se debe realizar el aseo en el área genital durante el baño. Este debe hacerlo con agua y jabón, verificando que el sitio de inserción siempre este limpio y garantizando un buen secado y que esta área quede libre de humedad. Si es en el hombre, tener en cuenta en el momento de realizarse el aseo bajar el prepucio, asearlo de una manera adecuada y regresarlo a su posición normal.
- > Si el estado de conciencia del paciente lo permite **Informar sobre los signos de alarma:** disuria, polaquiuria, dolor lumbar con, fiebre, hematuria, alteraciones en el color y olor de la orina entre otros.

## Cateterismo vesical

### Urgencias y UCRI SURA

- > **Recomendar la adecuada alimentación:** aumentar el consumo de líquidos principalmente el agua (si no hay restricción de líquidos) y consumir alimentos ricos en vitamina C como tomate, espinaca, brócoli, melón, naranja, kiwi, guayaba, limón, fresa y papaya, entre otros.
- > Explicar cómo se debe realizar el lavado de las manos, las cuales deben lavarse antes y después de manipular la sonda y/o la bolsa colectora (cistofló).
- > Evitar tirones que puedan provocar traumatismos o desconexiones accidentales del sistema.
- > No dejar acumular orina por mucho tiempo, vaciar con regularidad el cistofló cada 4 a 6 horas o cada vez que este se llene  $\frac{3}{4}$  partes.
- > Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.



#### Actualización realizada por:

Jammy Daniela Ramirez Aguirre  
Enfermera Profesional/  
Líder UCRI - IPS SURA

Doris Adriana Uribe Villamil  
Enfermero Profesional/ Líder  
Urgencias- IPS SURA

#### Revisión técnica:

Diana Gañán Ramírez  
Enfermera Profesional/  
Auditora Nacional  
Enfermería  
IPS SURA

Equipo técnico -  
IPS SURA

#### Revisado y autorizado por:

Paola Andrea Erazo Castro  
Directora UCRI – IPS  
SURA

Juan Carlos Chacón Jimenez  
Coordinador nacional de  
urgencias –  
IPS SURA

## SEGUIMIENTO AL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento será evaluado desde el área de Auditoría de forma concurrente según la periodicidad definida.