



## **PROTOCOLO DE MANEJO DE ENFERMERÍA CATETERISMO VESICAL**

M-CIA-CR-PT-061 V1 01/09/2020

### **INTRODUCCION**

Hay ocasiones en que la Sonda vesical puede salvar vidas, como cuando el paciente no puede eliminar, o para el control de Diuresis en procedimientos especiales o alguna Patología, para estudiar Orina Residual, obtener muestras de laboratorio, eludir alguna obstrucción que bloquea el flujo de orina.

Sin embargo, no se introducirá una sonda vesical salvo que sea absolutamente necesario, puesto que este método puede hacer que aparezca infección de vías urinarias.

No se forzará una Sonda vesical que no pasa a través del conducto Uretral, esto puede provocar una lesión en la Uretra y estructuras circundantes, si la sonda no pasa con facilidad se debe suspender el procedimiento y notificar al médico.

### **DEFINICION**

Es la introducción de una sonda o catéter a la vejiga a través del canal Uretral, con fines terapéuticos o diagnósticos, utilizando técnica Aséptica.

### **PROPOSITO**

Realizar el procedimiento con toda suavidad y pericia, evitando al máximo molestias o traumas que intimiden al paciente, manteniendo la Técnica Aséptica lo que nos asegura disminución del riesgo de infección y reportes de laboratorio precisos.

### **OBJETIVOS**

1. Desocupar la vejiga antes de cirugías o procedimientos que así lo requieran.
2. Investigar orina residual.
3. Obtener muestras de orina de difícil recolección.
4. Desocupar la vejiga en caso de retención urinaria y aliviar las molestias producidas por distensión vesical.
5. Comprobar si existe anuria o retención Urinaria, cuando hay ausencia de micción.
6. Llevar un control exacto de líquidos eliminados cuando el paciente así lo requiera.
7. Evitar el contacto de heridas Perineales con la orina del paciente.
8. Prevenir lesiones de piel producidas por orina en pacientes incontinentes.
9. Proveer una vía para la Irrigación de la Vejiga.

### **NORMAS Y PRECAUCIONES TECNICAS**

1. Evitar exposiciones innecesarias, buscar la comodidad del paciente.
2. Suspender el procedimiento si encuentra obstrucciones que dificulten el paso de la sonda.
3. Mantener Técnica aséptica durante el procedimiento.
4. Realizar baño genital externo previo al Cateterismo vesical.
5. Escoger un calibre adecuado de la sonda de acuerdo a las características del paciente, la sonda siempre tendrá un calibre menor al del meato urinario, en Recién Nacidos para recolección de muestras utilizar el calibre más pequeño.  
En hombres de edad avanzada es común el agrandamiento de la Próstata, lo que dificulta la inserción de la sonda.
6. Lubricar la sonda, no usar aceite cuando es para recolección de muestras, en estos casos lubricar con agua.
7. Verificar la cantidad de aire que pueda contener el balón para ser inflado correctamente, probar el balón antes de usar la sonda.



## **PROTOCOLO DE MANEJO DE ENFERMERÍA CATETERISMO VESICAL**

M-CIA-CR-PT-061 V1 01/09/2020

8. No desocupar completamente la vejiga, en caso de grandes distensiones por el riesgo de Hematuria.
9. Localizar bien el meato urinario para evitar contaminación de la Sonda.
10. Desocupar el balón de la sonda antes de retirarla.
11. Mantener la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga del paciente.

### **RECOMENDACIONES:**

#### **El personal:**

- Solo las personas que conocen la técnica correcta de inserción aséptica y mantenimiento de catéteres podrán ocuparse de la manipulación de los catéteres.
- El personal hospitalario y otras personas que revisan catéteres deberán tener entrenamiento periódico en los servicios, insistiendo en las técnicas correctas y las complicaciones potenciales de la cateterización urinaria.

#### **Uso de catéter.**

- Los catéteres urinarios deben colocarse solo cuando sea necesario y no se deben dejar en el lugar sino por el tiempo necesario. No deben usarse por la conveniencia del personal que atiende al paciente.
- Cuando la cirugía está programada de cuatro {4} horas o mas. O cuando el paciente presente globo vesical.
- Los catéteres deben insertarse usando técnica aséptica y equipo estéril.
- Para la inserción de catéteres urinarios debe disponerse de guantes, gasas, una solución antiséptica apropiada para la limpieza peri uretral y un tubo con jalea lubricante, para uso único.
- Para minimizar el trauma uretral debe utilizarse un catéter adecuado y que permita un buen drenaje.
- Para prevenir movimientos y tracción uretral los catéteres se deben inmovilizar adecuadamente después de la inserción.

### **PROCEDIMIENTO:**

#### **MUJER:**

1. Prepare los elementos necesarios para el cateterismo
2. Explique al paciente el procedimiento en términos sencillos de manera clara.
3. Lleve el equipo completo a la unidad.
4. utilice el equipo de protección personal
5. Coloque la paciente en posición ginecológica o de litotomía.
6. Cubra el tórax y abdomen favoreciendo la comodidad de la paciente.
7. Realice un lavado de manos quirúrgico.
8. Séquese con una compresa estéril.
9. Colóquese guantes estériles.
10. Realice lavado del área genital con gasa impregnada de Isodine solución así: labios mayores, labios menores, vestíbulo. Utilice una gasa a la vez y repita el procedimiento dos o tres veces, pasándola siempre del pubis al ano.
11. Retire el isodine con abundante solución salina o agua destilada.
12. Cambiase de guantes.



## PROTOCOLO DE MANEJO DE ENFERMERÍA CATETERISMO VESICAL

M-CIA-CR-PT-061 V1 01/09/2020

13. Tome la sonda sin retirarle del todo el empaque plástico en que se encuentra.
14. Aplique suficiente Xilocaina Jalea para lubricar la sonda.
15. Inserte suavemente la sonda en la uretra sin ejercer presión, si encuentra resistencia no forzar el paso para evitar perforaciones o traumas graves.
16. Verifique la salida de la orina y sus características.
17. Si la sonda es únicamente para evacuar la vejiga coloque el extremo en el plato o riñonera, cuando la vejiga este vacía retire la sonda.
18. Si la sonda es permanente conecte de inmediato al sistema de drenaje.
19. Insufle el balón de la sonda con 10 cc de agua. Fije la sonda a la cara interna del muslo.
20. Registre en notas de enfermería el procedimiento.

### HOMBRE

1. Prepare los elementos necesarios para el cateterismo
2. Explique al paciente el procedimiento en términos sencillos de manera clara.
3. Lleve el equipo completo a la unidad.
4. Coloque al paciente en decúbito dorsal con las piernas ligeramente separadas
5. Realice lavado de manos quirúrgico
6. Colóquese los guantes estériles.
7. Con los dedos índice y pulgar sostenga el pene en ángulo de 90° bajando el prepucio.
8. Con la otra mano tome una gasa impregnada con isodine solución.
9. Proceda al lavado así: limpie el glande con movimientos circulares, empezando por el meato urinario, deseche la gasa y repita el procedimiento dos o tres veces, retire el isodine con abundante solución salina o agua destilada.
10. Cambiase los guantes y realice el mismo procedimiento para insertar la sonda.
11. Registre en notas de enfermería el procedimiento

### PLAN DE ENFERMERIA MANEJO DE CATETERISMO VESICAL

META	OBJETIVO	ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	EVALUACION
Extraer orina directamente de la vejiga	Obtener orina estéril con fines terapéuticos o diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"><li>· Evitar exposiciones innecesarias y buscar la comodidad del paciente.</li><li>· Suspender el procedimiento si encuentra obstrucciones que dificulten el paso de la sonda.</li><li>· Mantener técnica aséptica durante todo el procedimiento.</li><li>· Realizar baño genital externo utilizando guantes estériles y jabón antiséptico (JABON Y SOLUCIÓN YODADA), enjuague con suero fisiológico (verifique el retiro de cremas y de cualquier residuo).</li><li>· Utilizando guantes estériles lubrique la sonda.</li><li>· Después de retirar suavemente la sonda,</li></ul>	Extraer orina directamente de la vejiga.



## PROTOCOLO DE MANEJO DE ENFERMERÍA CATETERISMO VESICAL

M-CIA-CR-PT-061 V1 01/09/2020

		<p>juague con abundante suero fisiológico.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Si la sonda es para dejar varias horas, verifique la cantidad de aire que pueda tener el balón para ser inflado correctamente. (Probar el balón antes de utilizar la sonda).</li></ul> <p>Esta se debe cambiar cada 72 horas para evitar contaminaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Mantener la bolsa de drenaje por debajo de la vejiga del paciente.</li><li>· No desocupar completamente la vejiga, en caso de grandes distensiones por el riesgo de Hematuria.</li><li>· Localizar bien el meato urinario para evitar maltrato y contaminación de la sonda.</li><li>· Desocupar el balón de la sonda antes de retirarla.</li></ul>	
--	--	---	--

### REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Jean Smith-Temple, MSN, RIN-Joyce Young Johnson PhD RN, CCRn, Guía de Procedimientos para enfermería, 2 ED. 1995.
2. Universidad nacional de colombiana, Principios científicos aplicados en las actividades básicas de Enfermería, 3 ED.
3. LS Brunner, DS Suddarth, Manual de enfermería médico-Quirúrgica 4 ED.