

 Osakidetza BARAKALDO-SESTAOKO ESI OSI BARAKALDO-SESTAO	MANUAL DE SONDAJE VESICAL	MANUAL
		Revisión: 4
		Fecha: 13/04/2022
		Página 1 de 12

NOTA: NO SE CONSIDERAN COPIAS CONTROLADAS LOS DOCUMENTOS IMPRESOS, SALVO INDICACIÓN EXPRESA.



REGISTRO DE REVISIONES		
REVISIÓN	FECHA	MODIFICACIÓN
3	15/04/2021	Actualización de actividades.
4	13/04/2022	Inclusión de capítulo sobre buenas prácticas en retirada de sondaje vesical; Revisión general.

Elaborado por: Grupo de trabajo sobre sondaje vesical	Aprobado por: Servicio de Medicina Preventiva Servicio de Urología
Fecha:	Fecha:
Copia controlada nº: -----Asignada a:-----	

NOTA: La aplicación del presente protocolo queda siempre supeditada a circunstancias excepcionales que puedan producirse, derivadas de necesidades concretas de los pacientes e indicaciones del médico responsable. LOPS 44/2003 art.4.7.b.

TABLA DE CONTENIDO

MANUAL DE SONDAJE VESICAL	1
1. INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN	3
2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO	3
3. SEGURIDAD DEL PACIENTE	3
4. RECOMENDACIONES PARA LA INSERCIÓN Y EL MANTENIMIENTO ...	4
5. INDICACIONES	5
6. CONTRAINDICACIONES	6
7. ANATOMÍA	6
8. COMPLICACIONES DEL SONDAJE VESICAL.....	8
9. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN SONDAJE VESICAL.....	10
10. TIPOS DE SONDAJES	10
11. TIPOS DE SONDAS	10
12. RETIRADA DEL SONDAJE VESICAL	11
ANEXOS	12

1. INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

El cateterismo o sondaje vesical es la colocación aséptica de una sonda en la vejiga urinaria a través del meato uretral con el fin de establecer una vía de drenaje, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Se debe realizar aplicando al paciente un procedimiento de calidad, garantizando su seguridad con unas medidas estrictas de asepsia antisepsia, estandarizando los criterios de actuación en la inserción mantenimiento y retirada del catéter vesical, incorporando la mejor evidencia disponible y disminuyendo el riesgo de infección asociada a cateterismo vesical.

Se estima que el riesgo de adquisición de una infección urinaria se incrementa en un 5% por cada día que el sondaje permanece colocado.

A los 10 días cerca del 50% de los pacientes sondados pueden presentar bacteriuria y a los 28 días aparece prácticamente en el 100% de los casos.

2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

- Estandarizar los criterios de actuación en la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical, incorporando la, mejor evidencia disponible.
- Reducir la variabilidad clínica con la incorporación de las mejores prácticas en la actividad asistencial de I@s profesionales de enfermería.
- Disminuir el riesgo de infección asociada a catéter vesical.
- Garantizar los derechos de I@s usuarios en cuanto a seguridad, intimidad y confort.
- Garantizar la continuidad asistencial en pacientes con sondaje permanente.

3. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las Infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen hasta el 2011 la infección nosocomial más prevalente. El 80% de las mismas están asociadas al uso de catéteres urinarios. No solo suponen aumento de los costes de la atención sanitario, por el alargamiento de la estancia hospitalaria y los tratamientos necesarios para resolverlas, sino también un factor que empeora la evolución de los pacientes y su estado de salud, elevando el riesgo de padecer otras complicaciones (pielonefritis, infección por microorganismos resistentes, cidas o deterioro cognitivo en ancianos) y la mortalidad (bacteriemia).

Según los datos del estudio EPINE 2011 a nivel nacional:

- La prevalencia de pacientes con sonda vesical (abierta o cerrada) de los que tienen información del factor es del 9,68%
- La prevalencia de infección nosocomial en los pacientes con sonda vesical (abierta o cerrada) es del 13,48%
- La prevalencia de infección urinaria en los pacientes con sonda vesical (abierta o cerrada) es del 3,96%

En Osakidetza la prevalencia de infección nosocomial en los pacientes con sonda vesical (abierta o cerrada) es del 16,77% (datos provisionales del 2012).

Se hace evidente, en base a estos datos, que es necesario intervenir sobre los factores que provocan o facilitan la aparición de ITUs asociadas a sondaje, con el objetivo de reducirlas en la mayor medida posible. Por ello, se proponen una serie de acciones dirigidas a reducir las ITUs asociadas al sondaje vesical que se demuestran más efectivas según la evidencia científica actual:

1. Acciones dirigidas a evitar los sondajes innecesarios, ya que se estima entre el 30-40% de los sondajes que se realizan no están claramente indicados
2. Acciones encaminadas a la retirada precoz de los sondajes, puesto que la duración en tiempo es el factor principal de riesgo modificable para desarrollar una ITU asociada a catéter
3. Acciones dirigidas a implementación de una técnica aséptica en la inserción de la sonda, con el fin de evitar la colonización del tracto urinario por microorganismos endógenos (presentes en el periné) o exógenos (transmitidos por las manos contaminadas o material no estéril)
4. Acciones dirigidas a la implementación de buenas prácticas en el cuidado de los sondajes vesicales, destinados a evitar el ascenso intraluminal o extraluminal de microorganismos hasta alcanzar el tracto urinario
5. Seguimiento de las ITUs asociadas al sondaje y evaluación periódica de las medidas implantadas, a fin de favorecer, mantener y mejorar las acciones seleccionadas para disminuir la prevalencia de este problema.

4. RECOMENDACIONES PARA LA INSERCIÓN Y EL MANTENIMIENTO

- La formación continuada del personal responsable de la inserción y mantenimiento de los catéteres vesicales en las técnicas de prevención

- Los catéteres vesicales deben insertarse utilizando una técnica aséptica y equipo estéril.
 - Realice higiene de las manos inmediatamente antes y después de la inserción o cualquier otra manipulación del dispositivo o en el sitio del catéter.
 - Use guantes estériles, paño, esponjas, una solución adecuada de antiséptico para la limpieza periuretral, y un paquete de un solo uso de lubricante para la inserción
- Insertar catéteres sólo para las indicaciones apropiadas, y mantenerlos sólo mientras sea necesario.
 - Evite el uso de catéteres urinarios para el manejo de la incontinencia en pacientes hospitalarios y pacientes de cuidado domiciliario
 - Para pacientes recién operados que tienen una indicación de un catéter, retirar el catéter tan pronto como sea posible después de la operación
- Asegure adecuadamente la sonda después de la inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral.
- Utilizar un sistema de drenaje cerrado
- Mantener despejado el flujo de orina.
- Mantenga la bolsa de recolección por debajo del nivel de la vejiga en todo momento. No apoye la bolsa en el suelo.
- Vaciar la bolsa recolectora regularmente usando un recipiente aparte, limpio de recogida individual para cada paciente, evitando salpicaduras
- Utilice las precauciones estándar, incluyendo el uso de guantes y bata cuando proceda, durante cualquier manipulación de la sonda o sistema colector.
- A menos que existan indicaciones clínicas (por ejemplo, en pacientes con bacteriuria tras la cirugía urológica), no use antibióticos sistémicos rutinariamente para prevenir IUAC en pacientes que requieren cateterismo ya sea corto o largo plazo.
- No limpie la zona periuretral con antisépticos para evitar una CAUTI mientras el catéter está en su lugar. La higiene de rutina (por ejemplo, la limpieza de la superficie del meato durante el baño diario o la ducha) es suficiente y apropiada.

5. INDICACIONES

- ✓ Retención aguda de orina.

- ✓ Retención crónica de orina (distendidos urinarios).
- ✓ Monitorización de diuresis.
- ✓ En cardiópatas, intervenciones quirúrgicas de larga duración por neoplasia, fracturas de cadera, etc.
- ✓ Drenaje y lavados vesicales
- ✓ Hematurias con coágulos.
- ✓ Medición de residuos postmicciones.
- ✓ Instilaciones endovesicales de BCG, Mitomycin C, Ialuril, etc.

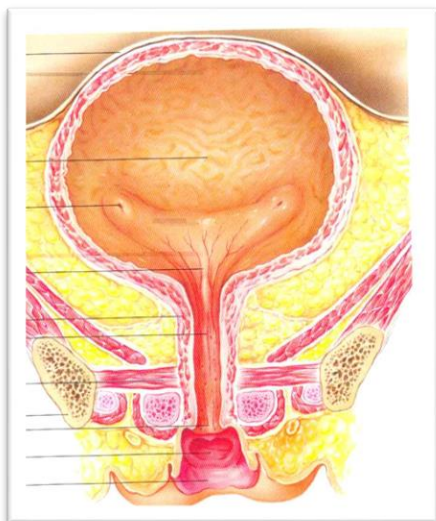
6. CONTRAINDICACIONES

Por posibilidad de desencadenar bacteriemia, está contraindicado el sondaje vesical en las siguientes situaciones (estas contraindicaciones son relativas y podrán ser valoradas en cada caso por el médico especialista):

- Uretritis, cistitis, prostatitis agudas
- Sospecha de rotura uretral traumática

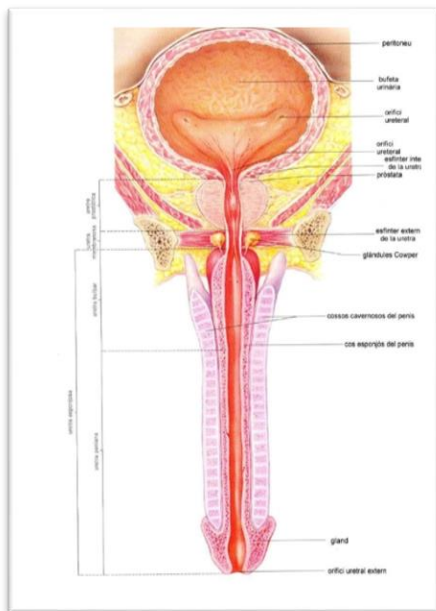
7. ANATOMÍA

7.1 Uretra femenina



Tiene una longitud de 3-4 cms y va desde el cuello de la vejiga hasta terminar entre los dos labios menores, entre el clítoris y el introito vaginal.

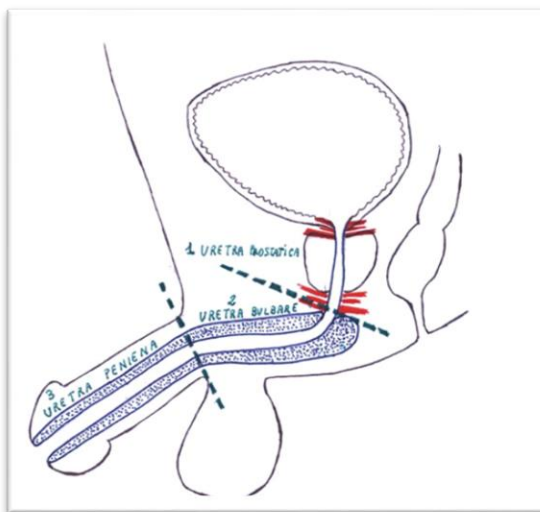
7.2 Uretra masculina



Va desde el cuello de la vejiga hasta terminar en el meato uretral externo. Puede medir entre 16-20 cms y lleva al exterior la orina y el líquido seminal.

Consta de 2 partes:

- Uretra anterior.
 - **Uretra peneana:** Comienza en el meato uretral externo y presenta la fosa navicular a unos 2-3 cms del inicio.
 - **Uretra bulbar:** Está en el interior del perineo y va desde el esfínter urinario externo hasta la unión peno-escrotal. Tiene una medida en torno a los 3 cms.
- Uretra posterior.
 - **Uretra membranosa:** Se encuentra dentro del diafragma urogenital y en relación anatómica con el esfínter urinario externo.
 - **Uretra prostática:** Se encuentra dentro de la glándula prostática y se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el Veru-Montanum, donde desembocan los conductos eyaculadores.



8. COMPLICACIONES DEL SONDAJE VESICAL

Las complicaciones más habituales se derivan de que se trata de un acto invasivo, en parte ciego y que puede ocasionar lesión interna del aparato urinario.

La falta de lubricación adecuada, tanto de la uretra como de la sonda, puede generar efracciones de la mucosa, con la consiguiente sintomatología, como pueden ser hematuria, falsa vía e infecciones urinarias.

8.1 Falta de visualización del meato urinario

En un varón puede ocurrir por tener una fimosis muy cerrada que impida la correcta visualización del meato.

También puede suceder por padecer el varón una lesión esclerosa (líquen plano) o tumoral del pene que impida visualizar el meato.

En una mujer puede ser debido a atrofia vaginal importante, lesiones tumorales de la vulva o por imposibilidad de colocarse en posición ginecológica por problemas de cadera entre otros.

8.2 Hematuria

Durante el sondaje es relativamente frecuente debido al roce de la sonda con la uretra, sobre todo si no está bien lubricada.

Se puede agravar si el paciente está anticoagulado o antiagregado.

Normalmente es una hematuria o uretrorragia leve que cede espontáneamente.

A veces la hematuria, si va acompañada de coágulos, puede que provenga de la vejiga, donde puede existir un tumor que sangre más con el roce de la sonda vesical, o puede provenir del roce de la sonda con la próstata, si ésta está inflamada o es de un volumen muy grande.

Otras causas pueden ser: litiasis vesicales, cistitis rásicas, cistopatías inflamatorias o hematuria ex vacuo.

8.3 Falsa vía uretral

Ocurre como consecuencia de forzar la entrada de la sonda a través de la uretra, no siguiendo la sonda su camino habitual y provocando una perforación del cuerpo esponjoso y de la uretra.

Puede deberse a estrecheces de la uretra (estenosis de uretra), intentos repetidos de sondajes, o por el uso de sondas rígidas poco lubricadas.

8.4 Infección urinaria

Muchos tipos de bacterias u hongos (Cándida) pueden causar una infección urinaria relacionada con el cateterismo vesical.

Pueden provocar cuadros de cistitis, prostatitis, pielonefritis e incluso cuadro séptico severo.

Las sondas permanentes son más propensas a desarrollar una infección urinaria.

Síntomas:

- Orinas turbias y/o malolientes
- Hematuria
- Frecuente necesidad imperiosa de orinar
- Dolor o espasmos en la parte inferior del abdomen
- Fiebre, escalofríos, etc

Aparte de la mejor asepsia posible durante el sondaje, es importante buena higiene por parte del paciente, líquidos orales abundantes y protección antibiótica.

No tratar bacteriurias asintomáticas, excepto en embarazadas, inmunodeprimidos y trasplantados.

Tratar ITUs sintomáticas previo urocultivo y antibiograma, cambiando la sonda vesical. Si no hubiese antibiograma realizar tratamiento antibiótico empírico durante 7 días.

En presencia de Cándida en orina, recambiar la sonda vesical + Fluconazol 200 mg cada 24 horas de 7 a 14 días.

Ante sospecha de sepsis urinaria derivar al paciente al hospital.

8.5 Hematuria Ex-Vacuo

Tradicionalmente se creía que para evitarla convenía vaciar la vejiga de 300 a 400 cc cada 15 minutos, pinzando la sonda y repitiendo la maniobra las veces que fuesen necesarias hasta el total vaciado de la vejiga. Actualmente no existe evidencia científica que avale esta práctica.

8.6 Espasmos vesicales

Cursa con dolor en la zona abdominal inferior y, a veces, precisan tratamiento con anticolinérgicos aparte de los analgésicos habituales.

8.7 Falta de salida de orina tras sondaje

Normalmente debido a que la sonda no se ha introducido totalmente en la vejiga y el globo vesical puede estar inflado en la celda prostática.

9. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN SONDAJE VESICAL

La aplicación de profilaxis es una decisión médica que está condicionada por el tipo de técnica realizada, la presencia de signos y síntomas, la vulnerabilidad del paciente y la política antibiótica vigente.

10. TIPOS DE SONDAJES

Según el tiempo de permanencia de la sonda vesical podemos hablar de:

- Sondaje intermitente (el sondaje es retirado)
- Sondaje temporal (permanece un tiempo definido)
- Sondaje permanente (permanece por tiempo indefinido)

11. TIPOS DE SONDAS

- Según su composición:
 - Látex: duración máxima de 30-40 días.
 - Silicona: hasta 90 días.
 - Nelaton (cloruro de polivinilo): cateterismos intermitentes, instilaciones vesicales.

- Según el calibre:
 - Ch: es la escala francesa o de Charriere (french en inglés). En adultos hay sondas desde 8-30 CH.

12. RETIRADA DEL SONDAJE VESICAL

12.1 Consideraciones ante la retirada del sondaje vesical

- Se recomienda la retirada de la sonda vesical lo antes posible para minimizar el riesgo de infección del tracto urinario.
- Siempre que sea posible y no suponga un retraso en la retirada del sondaje, se recomienda retirar la sonda a media noche ya que se asocia a un mayor volumen de orina en la primera micción, a una recuperación más temprana de las pautas urinarias normales y a una reducción de la estancia hospitalaria.

12.2 Buenas prácticas

- Comprobar la identidad del paciente.
- Informar al paciente y/o familiares sobre el procedimiento y cuidados básicos.
- Correcta higiene de manos antes y después del procedimiento.
- Uso de guantes no estériles.
- Desinflar el balón conectando la jeringa a la válvula de la sonda y aspirando hasta vaciar completamente el contenido del balón. Cotejar el volumen extraído con el volumen introducido; si no drena todo el contenido, avisar al médico.
- Controlar la primera micción.

12.3 Registro en Osanaia

- Procedimiento realizado*.
- Fecha de retirada.
- Motivo de la retirada (“fin del tratamiento” en sondajes por incontinencia, “por protocolo” en sondajes protocolarios como el quirúrgico, etc.).

*Los sondajes intermitentes se registran en Osanaia en el DOMINIO 3: ELIMINACIÓN, como un sistema de ayuda (igual que los pañales).

ANEXOS

El presente manual se completa con los siguientes documentos relacionados:

Código	Documento
PO-HOS-04	Procedimiento de sondaje vesical temporal o permanente
PO-HOS-05	Procedimiento de sondaje vesical intermitente o evacuador
PO-HOS-06	Procedimiento de lavados por sonda vesical
PO-HOS-10	Procedimiento de recogida de muestras de orina
PO-HOS-09	Mantenimiento de la sonda vesical y dispositivos
PO-HOS-07	Procedimiento cuidados portador de nefrostomía percutánea
PO-HOS-08	Procedimiento de cuidados a domicilio
	Información al paciente ingresado
	Información al paciente al alta
	Información al paciente con nefrostomía percutánea
RG-HOS-04	Checklist sondaje vesical

NOTA: NO SE CONSIDERAN COPIAS CONTROLADAS LOS DOCUMENTOS IMPRESOS, SALVO INDICACIÓN EXPRESA.

**PROCEDIMIENTO DE
SONDAJE VESICAL
TEMPORAL O
PERMANENTE**

REGISTRO DE REVISIONES		
REVISIÓN	FECHA	MODIFICACIÓN
0	24/06/2014	Redacción inicial.
1	12/04/2022	Revisión total.

Elaborado por: Grupo de trabajo sobre sondaje vesical	Aprobado por: Servicio de Medicina Preventiva Servicio de Urología
Fecha:	Fecha:
Copia controlada nº: -----Asignada a:-----	

- Objetivo**
- Evacuación de la orina.
 - Obtención de muestra estéril.
 - Instilaciones vesicales.
 - Lavados vesicales.
 - Preparación quirúrgica.



Aplicando las medidas de asepsia que la evidencia científica disponible recomienda con el fin de minimizar el riesgo de desarrollar una infección urinaria

REQUISITOS

- Se realizará siempre entre dos personas
- Se informará al paciente y familiares sobre el procedimiento y cuidados básicos
- Se entregará una hoja informativa al paciente que explique de manera sencilla las precauciones que debe tomar en relación con la sonda (ANEXO I)
- Emplear la sonda con menos diámetro posible
- Cualquier material estéril, incluyendo guantes, deberá ser cambiado en caso de haber tocado áreas-superficies contaminadas
- Nunca emplear el pañal del paciente como sustituto de la bacinilla o del empapador

HIGIENE DE GENITALES

MATERIAL

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Bacinilla • Empapador • Jarra o envase de suero fisiológico de 250cc • Jabón líquido | <ul style="list-style-type: none"> • Esponja jabonosa-gasas • Toalla • Agua corriente-suero fisiológico • Guantes desechables no estériles |
|---|--|

TÉCNICA HIGIENE GENITALES

- Preparar y transportar el material necesario en mesa auxiliar
- Lavarse las manos con agua y jabón en la habitación
- Poner el empapador bajo la bacinilla
- Colocar bacinilla (ayudar al paciente a colocarse sobre la bacinilla en posición ginecológica).
- Colocarse guantes
- Verter un chorro de agua tibia sobre la región genital de manera que discurra en sentido pubis-ano

MUJER

1. Separar los labios con una mano y limpiar escrupulosamente con una esponja y abundante agua (suero fisiológico) jabonosa labios menores y mayores en sentido descendente y de dentro a fuera
2. Aclarar abundantemente por arrastre con agua templada (o suero fisiológico) en sentido pubis-ano.
3. Secar con una toalla limpia en sentido descendente
4. Retirar la bacinilla y el empapador
5. Recoger limpiar y ordenar el material utilizado
6. Retirada de guantes y lavado de manos con agua y jabón

HOMBRE

1. Limpiar escrupulosamente con una esponja y abundante agua (suero fisiológico) jabonosa el glande, escroto y pene
2. Aclarar abundantemente por arrastre con agua templada por el glande y prepucio.
3. Secar primero el glande posteriormente el resto de genitales con toalla limpia
4. Retirar la bacinilla y el empapador
5. Recoger limpiar y ordenar el material utilizado
6. Retirada de guantes y lavado de manos con agua y jabón

INSERCIÓN DE LA SONDA

REQUISITOS

- Se realizará siempre entre dos personas
- Se informará al paciente y/o familiares sobre el procedimiento y cuidados básicos
- En el momento en el que se informa del procedimiento se entregará la hoja informativa
- Colocar al paciente en superficie en horizontal
- Emplear la sonda con menos diámetro posible
- Cualquier material estéril, incluyendo guantes, deberá ser cambiado en caso de haber tocado áreas-superficies contaminadas
- No reintroducir nunca la sonda. Cambiarla en cada inserción
- Nunca emplear el pañal del paciente como sustituto de la bacinilla o del empapador

MATERIAL

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Paños: <ul style="list-style-type: none"> • Mujer: Dos paños estériles no fenestrados, uno para mesa auxiliar y uno con dobladillo para debajo de las nalgas • Hombre: Dos paños estériles, uno fenestrado y otro no fenestrado para la mesa auxiliar. • Sonda vesical • Bolsa colectora (Sistema cerrado estéril) • Gasas estériles | <ul style="list-style-type: none"> • Lubricante estéril con lidocaína AQUA TOUCH JELLY o equivalente • Jeringa estéril • Agua destilada • Recipiente estéril <ul style="list-style-type: none"> • Guantes estériles no quirúrgicos • Clorhexidina acuosa al 0,5% |
|--|---|

TÉCNICA MUJER

- | | |
|---|-----|
| <ul style="list-style-type: none"> • Lavado higiénico de manos • Preparar y transportar el material necesario en la mesa auxiliar • Colocar el paño estéril en la mesa teniendo en cuenta que cubra toda la superficie de la mesa (teniendo especial cuidado en abrir el paño desde las esquinas de manera que no se contamine) • Depositar sobre el campo estéril el material estéril necesario • Lavado ANTISÉPTICO de manos (Jabón con clorhexidina al 4% o solución hidroalcohólica) (Debe ser realizado inmediatamente antes de colocarse los guantes estériles) • Ponerse guantes estériles no quirúrgicos (Una vez puestos los guantes estériles, éstos sólo deberán tocar material estéril) • Conectar la sonda uretral a la bolsa colectora • Cargar jeringa con agua destilada directamente del envase si lo sujeta la auxiliar • Colocar un paño estéril por debajo de las nalgas (el que tiene dobladillo) | ENF |
| <ul style="list-style-type: none"> • El lavado de manos habrá sido realizado tras la retirada de guantes utilizados para la higiene de genitales • Ponerse guantes no estériles • Verter clorhexidina acuosa al 0,5% en varias gasas o aplicar directamente el antiséptico sobre la zona a desinfectar. Para ello separar los labios con una mano y con la otra desinfectar con gasas impregnadas de clorhexidina en dirección pubis ano, desinfectando primero labios menores y después meato (Una gasa nueva para cada pasada) • Dejar secar el antiséptico | AUX |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar todo el contenido del lubricante estéril en la sonda en una porción amplia de la sonda • Pedir al paciente que respire de manera lenta y profunda • Separar los labios con una mano e introducir la sonda con la mano estéril cuidadosamente • Si dificultad en el paso no forzar para evitar falsa vía • Introducir la sonda en su totalidad • No inflar el globo de la sonda hasta verificar la colocación adecuada de la sonda (esté en vejiga y fluye orina) | ENF |

- Retraer suavemente la sonda hasta que haga tope
- Colocar la sonda y el tubo de conexión que pase siempre por encima de la pierna
- Suspender siempre la bolsa en su soporte
- La bolsa siempre debe estar por debajo del nivel de vejiga
- Fijar la sonda en la parte interna del muslo con esparadrapo de manera que permita que el movimiento de la extremidad no tense la sonda
- Retirar el material empleado
- Retirada de guantes y lavado de manos con agua y jabón antes de abandonar la habitación

TÉCNICA HOMBRE

- | | |
|---|-----|
| <ul style="list-style-type: none"> • Lavado higiénico de manos • Preparar y transportar el material necesario en la mesa auxiliar • Colocar el paño estéril en la mesa teniendo en cuenta que cubra toda la superficie de la mesa (teniendo especial cuidado en abrir el paño desde las esquinas de manera que no se contamine) • Depositar sobre el campo estéril el material estéril necesario • Lavado ANTISÉPTICO de manos (Jabón con clorhexidina al 4% o solución hidroalcohólica) (Debe ser realizado inmediatamente antes de colocarse los guantes estériles) • Ponerse guantes estériles no quirúrgicos (Una vez puestos los guantes estériles, éstos sólo deberán tocar material estéril) • Conectar la sonda uretral a la bolsa colectora • Cargar jeringa con agua destilada (del recipiente estéril o directamente del envase si lo sujeta la auxiliar) • Colocar un paño fenestrado estéril | ENF |
| <ul style="list-style-type: none"> • El lavado de manos habrá sido realizado tras la retirada de guantes utilizados para la higiene de genitales • Ponerse guantes no estériles • Verter clorhexidina acuosa al 0,5% en varias gasas o aplicar directamente el antiséptico sobre la zona a desinfectar • Si emplea gasas, sujetar el pene con firmeza mediante los dedos pulgar e índice y deslizar el prepucio hacia atrás y desinfectar con la gasa de clorhexidina en movimiento espiral desde meato hasta surco balanoprepucial. (Una gasa nueva para cada pasada) • Dejar secar el antiséptico | AUX |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pedir al paciente que respire de manera lenta y profunda • Introducir todo el contenido del envase del lubricante dentro de la uretra • Si dificultad en el paso no forzar para evitar falsa vía • Introducir la sonda en su totalidad • No inflar el globo de la sonda hasta verificar la colocación adecuada de la sonda (esté en vejiga y fluye orina). Para evitar el inflado en uretra, debe realizarse la introducción completa de la sonda vesical hasta la bifurcación de los conos. • Retraer suavemente la sonda hasta que haga tope • Recubrir el glande con el prepucio • Colocar la sonda y el tubo de conexión por encima de la pierna • Suspender siempre la bolsa en su soporte • La bolsa siempre debe estar por debajo del nivel de vejiga • Fijar la sonda en la cara interna del muslo con esparadrapo • Retirar el material empleado • Retirada de guantes y lavado de manos con agua y jabón antes de abandonar la habitación | ENF |

NOTA: NO SE CONSIDERAN COPIAS CONTROLADAS LOS DOCUMENTOS IMPRESOS, SALVO INDICACIÓN EXPRESA.

**PROCEDIMIENTO DE
SONDAJE VESICAL
INTERMITENTE O
EVACUADOR**

REGISTRO DE REVISIONES		
REVISIÓN	FECHA	MODIFICACIÓN
0	24/06/2014	Redacción inicial
1	12/04/2022	Revisión general

Elaborado por: Grupo de trabajo sobre sondaje vesical	Aprobado por: Servicio de Medicina Preventiva Servicio de Urología
Fecha:	Fecha:
Copia controlada nº: -----Asignada a:-----	

REQUISITOS

- Se realizará siempre entre dos personas
- Se informará al paciente y/o familiares sobre el procedimiento
- Cualquier material estéril, incluyendo guantes, deberá ser cambiado en caso de haber tocado áreas-superficies contaminadas
- Nunca emplear el pañal del paciente como sustituto de la bacinilla o del empapador

HIGIENE DE GENITALES

MATERIAL

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Bacinilla • Empapador • Jabón líquido | <ul style="list-style-type: none"> • Esponja jabonosa-gasas • Toalla • Agua corriente-suero fisiológico • Guantes desechables no estériles |
|---|--|

TÉCNICA HIGIENE GENITALES

- Preparar y transportar el material necesario en mesa auxiliar
- Lavarse las manos con agua y jabón en la habitación
- Poner el empapador bajo la bacinilla
- Colocar bacinilla (ayudar al paciente a colocarse sobre la bacinilla en posición ginecológica).
- Colocarse guantes
- Verter un chorro de agua tibia sobre la región genital de manera que discurra en sentido pubis-ano

MUJER

1. Separar los labios con una mano y limpiar escrupulosamente con una esponja y abundante agua (suero fisiológico) jabonosa labios menores y mayores en sentido descendente y de dentro a fuera
2. Aclarar abundantemente por arrastre con agua templada (o suero fisiológico) en sentido pubis-ano.
3. Secar con una toalla limpia en sentido descendente
4. Retirar la bacinilla y el empapador
5. Recoger limpiar y ordenar el material utilizado
6. Retirada de guantes y lavado de manos con agua y jabón

HOMBRE

1. Limpiar escrupulosamente con una esponja y abundante agua (suero fisiológico) jabonosa el glande, escroto y pene
2. Aclarar abundantemente por arrastre con agua templada por el glande y prepucio.
3. Secar primero el glande posteriormente el resto de genitales con toalla limpia
4. Retirar la bacinilla y el empapador
5. Recoger limpiar y ordenar el material utilizado
6. Retirada de guantes y lavado de manos con agua y jabón

INSERCIÓN DE LA SONDA

REQUISITOS

- Se realizará siempre entre dos personas
- Se informará al paciente y/o familiares sobre el procedimiento y cuidados básicos
- Cualquier material estéril, incluyendo guantes, deberá ser cambiado en caso de haber tocado áreas-superficies contaminadas
- No reintroducir nunca la sonda. Cambiarla en cada inserción
- Nunca emplear el pañal del paciente como sustituto de la bacinilla o del empapador

MATERIAL

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Paños: <ul style="list-style-type: none"> • Mujer: Dos paños estériles no fenestrados, uno para mesa auxiliar y otro para debajo de las nalgas | <ul style="list-style-type: none"> • Lubricante estéril con lidocaína AQUA TOUCH JELLY o equivalente. <ul style="list-style-type: none"> • Guantes estériles no quirúrgicos • Clorhexidina acuosa al 0,5% |
|--|---|

<ul style="list-style-type: none"> • Hombre: Dos paños estériles, uno fenestrado y otro no fenestrado para la mesa auxiliar • Sonda vesical • Bolsa colectora (Sistema cerrado estéril) • Gasas estériles 	
---	--

TÉCNICA MUJER

<ul style="list-style-type: none"> • Lavado higiénico de manos • Preparar y transportar el material necesario en la mesa auxiliar • Colocar el paño estéril en la mesa teniendo en cuenta que cubra toda la superficie de la mesa (teniendo especial cuidado en abrir el paño desde las esquinas de manera que no se contamine) • Depositar sobre el campo estéril el material estéril necesario • Lavado ANTISÉPTICO de manos (Jabón con clorhexidina al 4% o solución hidroalcohólica) (Debe ser realizado inmediatamente antes de colocarse los guantes estériles) • Ponerse guantes estériles no quirúrgicos (Una vez puestos los guantes estériles, éstos sólo deberán tocar material estéril) • Conectar la sonda uretral a la bolsa colectora • Colocar un paño estéril por debajo de las nalgas 	ENF
<ul style="list-style-type: none"> • El lavado de manos habrá sido realizado tras la retirada de guantes utilizados para la higiene de genitales • Ponerse guantes no estériles • Verter clorhexidina acuosa al 0,5% en varias gasas o aplicar directamente el antiséptico sobre la zona a desinfectar. Para ello separar los labios con una mano y con la otra desinfectar con gasas impregnadas de clorhexidina en dirección pubis ano, desinfectando primero labios menores y después meato (Una gasa nueva para cada pasada) • Dejar secar el antiséptico 	AUX
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar todo el contenido del lubricante estéril en la sonda en una porción amplia de la sonda • Pedir al paciente que respire de manera lenta y profunda • Separar los labios con una mano e introducir la sonda con la mano estéril cuidadosamente • Si dificultad en el paso no forzar para evitar falsa vía • Introducir la sonda en su totalidad • No vaciar más de 500 ml de orina de una vez (para evitar hemorragias exvacuo), por lo que puede ser necesario pinzar la sonda periódicamente hasta vaciar completamente la vejiga • Retirar el material empleado • Retirada de guantes y lavado de manos con agua y jabón antes de abandonar la habitación • Registrar en H^oC^a el volumen total de orina extraída 	ENF

TÉCNICA HOMBRE

<ul style="list-style-type: none"> • Lavado higiénico de manos • Preparar y transportar el material necesario en la mesa auxiliar • Colocar el paño estéril en la mesa teniendo en cuenta que cubra toda la superficie de la mesa (teniendo especial cuidado en abrir el paño desde las esquinas de manera que no se contamine) • Depositar sobre el campo estéril el material estéril necesario • Lavado ANTISÉPTICO de manos (Jabón con clorhexidina al 4% o solución hidroalcohólica) (Debe ser realizado inmediatamente antes de colocarse los guantes estériles) • Ponerse guantes estériles no quirúrgicos (Una vez puestos los guantes estériles, éstos sólo deberán tocar material estéril) • Conectar la sonda uretral a la bolsa colectora • Colocar el paño estéril fenestrado 	ENF
<ul style="list-style-type: none"> • El lavado de manos habrá sido realizado tras la retirada de guantes utilizados para la higiene de genitales 	AUX



PROCEDIMIENTO DE SONDAJE VESICAL INTERMITENTE O EVACUADOR

<ul style="list-style-type: none">• Ponerse guantes no estériles• Verter clorhexidina acuosa al 0,5% en varias gasas o aplicar directamente el antiséptico sobre la zona a desinfectar• Si emplea gasas, sujetar el pene con firmeza mediante los dedos pulgar e índice y deslizar el prepucio hacia atrás y desinfectar con la gasa de clorhexidina en movimiento espiral desde meato hasta surco balanoprepucial. (Una gasa nueva para cada pasada)• Dejar secar el antiséptico	
<ul style="list-style-type: none">• Pedir al paciente que respire de manera lenta y profunda• Introducir todo el contenido del envase del lubricante dentro de la uretra• Si dificultad en el paso no forzar para evitar falsa vía• Introducir la sonda en su totalidad• No inflar el globo de la sonda hasta verificar la colocación adecuada de la sonda (esté en vejiga y fluye orina)• Retraer suavemente la sonda hasta que haga tope• Retirar el material empleado• Retirada de guantes y lavado de manos con agua y jabón antes de abandonar la habitación• IMPORTANTE: Registrar en H^aC^a el volumen total de orina extraída	ENF

NOTA: NO SE CONSIDERAN COPIAS CONTROLADAS LOS DOCUMENTOS IMPRESOS, SALVO INDICACIÓN EXPRESA.

PROCEDIMIENTO DE LAVADO POR SONDA VESICAL

REGISTRO DE REVISIONES		
REVISIÓN	FECHA	MODIFICACIÓN
0	24/06/2014	Redacción inicial
1	12/04/2022	Revisión general

Elaborado por: Grupo de trabajo sobre sondaje vesical Fecha:	Aprobado por: Servicio de Medicina Preventiva Servicio de Urología Fecha:
Copia controlada nº: -----Asignada a:-----	

REQUISITOS

- Se realizará siempre entre dos personas
- Se informará al paciente y/o familiares sobre el procedimiento
- Cualquier material estéril, incluyendo guantes, deberá ser cambiado en caso de haber tocado áreas-superficies contaminadas
- Nunca emplear el pañal del paciente como sustituto de la bacinilla o del empapador

MATERIAL

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mesa auxiliar • Paños: <ul style="list-style-type: none"> • Mujer: Dos paños estériles no fenestrados, uno para mesa auxiliar y otro para debajo de las nalgas • Hombre: Dos paños estériles no fenestrados, uno para mesa auxiliar y otro para encima de las piernas • NUEVA BOLSA COLECTORA | <ul style="list-style-type: none"> • Gasas estériles • Preferentemente alcohol • Jeringa estéril de 50 ml • 1: Suero fisiológico en envase estéril o 2: suero fisiológico en envase no estéril+recipiente (cápsula) estéril • Guantes estériles no quirúrgicos enfermera • Guantes no estériles auxiliar • Bacinilla |
|--|---|

TÉCNICA

<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos • Preparar y transportar el material necesario en la mesa auxiliar • Ponerse guantes no estériles 	AUX
<ul style="list-style-type: none"> • Colocar el paño estéril en la mesa teniendo en cuenta que cubra toda la superficie de la mesa (teniendo especial cuidado en abrir el paño desde las esquinas de manera que no se contamine) • Depositar sobre el campo estéril el material estéril necesario • Lavado higiénico de manos (Debe ser realizado inmediatamente antes de colocarse los guantes estériles) • Ponerse guantes estériles no quirúrgicos (Una vez puestos, éstos sólo deberán tocar material estéril) • Cargar la jeringa estéril de 50 ml directamente con el suero en envase estéril o tras verterlo previamente en el recipiente estéril • En mujer: Colocar un paño estéril por debajo de las nalgas • En hombre: colocar un paño estéril encima de las piernas 	ENF
<ul style="list-style-type: none"> • Desinfectar con gasa con alcohol la conexión (para ello se puede coger la sonda con otra gasa estéril de manera que no toquen los guantes la sonda) • Dejar secar el antiséptico • Desconectar la sonda 	AUX
<ul style="list-style-type: none"> • Introducir la jeringa para realizar el lavado (si es necesario tocar la sonda emplear gasa para no contaminar los guantes) • Introducir lentamente el suero • Aspirar con suavidad el contenido vesical hasta conseguir al menos el volumen introducido • Repetir las veces que sea necesario, utilizando técnica aséptica 	ENF
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en las sucesivas cargas de fisiológico en la jeringa 	AUX
<ul style="list-style-type: none"> • Desconectar la jeringa • Conectar la sonda a una nueva bolsa colectora • Colocar la sonda y el tubo de conexión que pase siempre por encima de la pierna • Suspende siempre la bolsa en su soporte • La bolsa siempre debe estar por debajo del nivel de vejiga 	ENF
<ul style="list-style-type: none"> • Retirar el material empleado • Retirada de guantes y lavado de manos con agua y jabón antes de abandonar la habitación 	ENF AUX

NOTA: NO SE CONSIDERAN COPIAS CONTROLADAS LOS DOCUMENTOS IMPRESOS, SALVO INDICACIÓN EXPRESA.

PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA

REGISTRO DE REVISIONES		
REVISIÓN	FECHA	MODIFICACIÓN
0	12/04/2022	Redacción inicial

Elaborado por: Grupo de trabajo sobre sondaje vesical	Aprobado por: Servicio de Medicina preventiva Servicio de Urología
Fecha:	Fecha:
Copia controlada nº: -----Asignada a:-----	



PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA

MATERIALES

- Agua y jabón
- Guantes no estériles
- Alcohol de uso sanitario
- Gasas estériles
- Jeringa 5cc ó 10cc, aguja estéril y contenedor de objetos punzantes (para aspiración de pequeños volúmenes)
- Contenedor/tubo de transporte de orina

TÉCNICA

- Lavarse las manos con agua y jabón
- Ponerse guantes no estériles
- Pequeño volumen: Se recogerá a través del acceso de muestras previa desinfección con alcohol. Aspirar con jeringa y agujas estériles. (no tocar el acceso con las manos)
- Grandes volúmenes: Obtener la orina asépticamente desde la bolsa
- Retirar el material empleado
- Retirada de guantes y lavado de manos con agua y jabón antes de abandonar la habitación

NOTA: NO SE CONSIDERAN COPIAS CONTROLADAS LOS DOCUMENTOS IMPRESOS, SALVO INDICACIÓN EXPRESA.

**PROCEDIMIENTO DE
MANTENIMIENTO DE LA
SONDA VESICAL Y LOS
DISPOSITIVOS**

REGISTRO DE REVISIONES		
REVISIÓN	FECHA	MODIFICACIÓN
0	12/04/2022	Redacción inicial

Elaborado por: Grupo de trabajo sobre sondaje vesical	Aprobado por: Servicio de Medicina Preventiva Servicio de Urología
Fecha:	Fecha:
Copia controlada nº: -----Asignada a:-----	

MANIPULACIÓN DE LA SONDA

- Consultar el procedimiento concreto (inserción, desconexión, toma de muestras). En cualquier caso SIEMPRE que se tenga que manipular la sonda hay que lavarse las manos

CUIDADOS DEL SONDAJE VESICAL

- Mantener siempre el sistema de drenaje cerrado estéril
- Asegurar que se mantiene fijada la sonda para evitar tracciones de la misma
- Asegurar que la sonda está por encima de la pierna
- Asegurar que no hay acodamientos o pinzamientos en cualquier tramo del sistema
- Mantener siempre la bolsa colectora por debajo del nivel de vejiga
- No desconectar el catéter y el tubo de drenaje a menos que el catéter deba ser irrigado
- La bolsa colectora debe ser vaciada regularmente usando un container recolector para cada paciente.
- La espita de drenaje y el container recolector no estéril no deben nunca entrar en contacto.
- La espita de drenaje de la bolsa colectora nunca debe estar en contacto con el suelo
- Mantener una higiene correcta de la zona genital con agua y jabón

REGISTROS

- Anotar fecha y hora del cambio de sonda y/o bolsa colectora o retirada de la sonda, así como el nombre del profesional en el Plan de Cuidados y Evolutivo
 - Si sondaje en urgencias: registrar en PCH de enfermería:
 - Inserción de sonda
 - Tipo de sonda
 - Observaciones
 - Si sondaje en quirófano: registrar en hoja circulante:
 - Inserción de sonda
 - Tipo de sonda
 - Observaciones
 - Si sondaje en U. de Hospitalización:
- Plan de Cuidados: Registrar en Plan de cuidados
- Hoja de evolución
 - Inserción de la sonda
 - Tipo de sonda
 - Cambio de sonda
 - Retirada de sonda
 - Observaciones

NOTA: NO SE CONSIDERAN COPIAS CONTROLADAS LOS DOCUMENTOS IMPRESOS, SALVO INDICACIÓN EXPRESA.

PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS AL PORTADOR DE NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

REGISTRO DE REVISIONES		
REVISIÓN	FECHA	MODIFICACIÓN
0	24/06/2014	Redacción inicial
1	12/04/2022	Revisión general

Elaborado por: Grupo de trabajo sobre sondaje vesical Fecha:	Aprobado por: Servicio de Medicina Preventiva Servicio de Urología Fecha:
Copia controlada nº: -----Asignada a:-----	

TABLA DE CONTENIDO

DEFINICIÓN.....	3
OBJETIVOS	3
PRECAUCIONES.....	3
PROBLEMAS POTENCIALES	4
1_Obstrucción del catéter	4
2_Infeción.....	4
3_Dermatitis de la piel.....	5
4_Salida del catéter	5
5_Sangrado.....	5
6_Dolor.....	5
7_Rotura del sistema de conexión	6
8_Deterioro del disco de fijación	6
9_Fuga de orina alrededor del punto de punción	6
10_Sangrado después de la retirada de la nefrostomía.....	6
RECURSOS NECESARIOS.....	6
Personales	6
Materiales.....	6
PROCEDIMIENTO	7
Fase no estéril.....	7
Fase estéril.....	7

1. DEFINICIÓN

Una nefrostomía es una técnica mediante la cual se inserta un catéter de fino calibre a través de la piel de la zona lumbar hasta el riñón para evacuar orina. Se realiza cuando existe un problema que dificulta el recorrido fisiológico de la orina, produciendo un acúmulo de la misma en el riñón o hidronefrosis, que puede comprometer la función renal.

Este tipo de derivación es mayoritariamente temporal, siendo menos los casos en que esta temporalidad se convierte en permanente.

2. OBJETIVOS

El objetivo general es unificar criterios a seguir entre los profesionales de enfermería en cuanto al manejo de la nefrostomía, punto de inserción y cuidados del catéter.

Los objetivos específicos son:

- Facilitar la adaptación del paciente a la nueva vía de eliminación urinaria.
- Instruir y fomentar el aprendizaje del paciente y/o cuidador en las diferentes técnicas de cuidado, higiene y autocuidado de la piel.
- Ofrecer información del proceso, así como de las posibles complicaciones. Dotar de los conocimientos necesarios para la prevención y/o actuaciones en el caso que surjan.
- Elaboración de una hoja de cuidados y recomendaciones al alta.

3. PRECAUCIONES

- Mantener bolsa de la orina siempre debajo del nivel del riñón.
- Evitar reflujo si hay que elevar bolsa.
- Comprobar flujo continuo de orina, por lo tanto, es importante una ingesta más o menos continua de líquidos (sobre todo los primeros días).
- Evitar desconexiones de la bolsa, con cambio de bolsa c/ 3 días o siempre que se precise y hacerlo de forma estéril.
- Evitar que la bolsa de orina esté en contacto con el suelo.
- Evitar tracciones del catéter. (Importancia de dispositivos de fijación)
- Medir longitud del catéter para valorar salida del mismo.

4. PROBLEMAS POTENCIALES

1_Obstrucción del catéter

Son signos de obstrucción la disminución del débito de orina recogida en la bolsa y el dolor lumbar en el lado de la nefrostomía percutánea.

Es preciso controlar la permeabilidad del catéter en principio por turno y en días posteriores durante el día de forma no estricta. La ausencia de diuresis puede significar una salida accidental del catéter, una obstrucción o un acodamiento del mismo. Para ello el catéter se debe lavar con unos 3cc de suero fisiológico y aspirar a continuación. La pelvis renal puede acoger solo de 4cc a 8cc de volumen máximo por lo que nunca debemos sobrepasar de los 5cc.

Lavado del catéter:

- Lavado de manos.
- Campo con paño estéril.
- Guantes estériles.
- Desconexión de bolsa colectora, si fuera necesario, remplazándola por una estéril.
- Limpiar la conexión de la llave con clorhexidina alcohólica 2%.
- Nos colocamos los guantes y creamos un campo estéril. Realizamos la limpieza de la conexión de la llave con clorhexidina, y conectamos la jeringa con el suero fisiológico. Introducimos el suero con suavidad, comprobando que no se encuentra resistencia. Después se aspirará o bien dejaremos salir la orina por gravedad, comprobando la permeabilidad del catéter. Si no sale orina, o bien ofrece resistencia, se levantará el apósito. Comprobaremos que la nefrostomía no se ha salido, midiendo la longitud que previamente se había marcado del catéter. Si se encuentra resistencia, comprobaremos el catéter no este acodado. Si así fuera, corregiremos la posición, y si no lo está y no se consigue permeabilizar, se avisará al médico.

*En ningún caso se forzaré el lavado del catéter si se encuentra resistencia.

2_Infección

Un gran porcentaje de las infecciones nosocomiales, tienen su origen en un foco urinario. A pesar de que la colocación de las NPC se realice con técnica estéril, se favorece la entrada de gérmenes en el tracto urinario, prolongando en si la estancia hospitalaria. Los mecanismos de contagio más común son:

- A través de las manos del personal.
- Migración retrógrada de los microorganismos a través de catéter.
- Soluciones antisépticas contaminadas, instrumental.

- Contaminación en el momento de la colocación por microorganismos de la piel, etc.

El sistema de drenaje abierto favorece la aparición de bacteriuria, mientras que el sistema cerrado reduce en aproximadamente el 5% de pacientes por día de sondaje.

Los síntomas de infección urinaria son: aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en fosa renal y/o orina turbia y maloliente.

Siempre que se manipule la NPC se debe hacer con técnica aséptica.

3_Dermatitis de la piel

Se puede producir una dermatitis de contacto por una reacción al adhesivo del disco. Se recomienda lavar la piel con agua y jabón, y secar suavemente, aplicando cremas de barrera si fuera necesario.

4_Salida del catéter

Realizaremos durante las curas la medición de la longitud del catéter. Otro signo de alarma es la ausencia de salida de orina. Comunicaremos al médico la incidencia.

5_Sangrado

Es frecuente una leve hematuria tras colocación de la nefrostomía, que cederá espontáneamente a las pocas horas. Vigilaremos que no exista un drenado de hematuria intensa. Conviene en las primeras horas, si el sangrado persiste, realizar lavados por turno para evitar la obstrucción. Extremaremos la vigilancia en pacientes anticoagulados o con problemas de coagulación. En casos excepcionales, y cuando el sangrado es severo, se requiere la embolización del vaso sangrante.

6_Dolor

Aunque el catéter se soporta bien, algunos pacientes presentan dolor en la zona de entrada del mismo, sobre todo en las primeras horas tras la colocación. Precisando analgesia y cediendo las molestias en pocos días.

7_Rotura del sistema de conexión

El sistema utilizado en la colocación lleva una llave de tres pasos, para cerrar o abrir el paso de orina y conectar la bolsa colectora. Si la conexión falla o hay rotura de la llave la sustituiremos por una universal.

8_Deterioro del disco de fijación

Se procederá al cambio del disco:

- Retiraremos apósito.
- Realizaremos un campo estéril con paño verde.
- Usaremos guantes estériles.
- Limpiaremos la zona con gasas, suero y antiséptico.
- Colocaremos el apósito.

9_Fuga de orina alrededor del punto de punción

Si es abundante se procederá al cambio de catéter. Si se decide mantenerlo se procurará mantener alejada la orina de la piel por su alto poder irritante. Limpiar alrededor del catéter la piel con solución antiséptica. Pudiéndose usar agua oxigenada para neutralizar el olor a orina si existe perdidas alrededor del punto de inserción.

10_Sangrado después de la retirada de la nefrostomía

La retirada puede presentar como complicación grave el sangrado. Este puede ser externo (a través del punto de punción) o interno. Si no es visible hay que vigilar el estado hemodinámico y el aspecto de la orina. Si se evidencia una bajada brusca de la tensión arterial, dolor intenso o hematuria franca, se avisara inmediatamente al facultativo

5. RECURSOS NECESARIOS

Personales

- Enfermera y auxiliar
- Cuidador principal (si esta instruido) y/o paciente portador de la NPC.

Materiales

- Realización de la cura.

- Guantes estériles y no estériles.
- Gasas estériles.
- Paño de campo estéril.
- Apósito hipoalergénico.
- Solución antiséptica.
- Bolsa colectora con válvula antirreflujo y sistema cerrado.
- Lavado del catéter.
 - Guantes estériles.
 - Jeringa estéril de 5cc.
 - Suero fisiológico estéril.
 - Paño de campo estéril.
 - Clorhexidina.
 - Gasas estériles.
- Cambio de disco.
 - Mismo material que para la cura.
 - Disco de nefrostomía percutánea.

6. PROCEDIMIENTO

Se realizará cada siete días, revisando el apósito diariamente, comprobando que este seco y bien fijado. Se anotará la fecha de la cura para referenciar la siguiente. La cura se divide en dos fases (no-estéril y estéril):

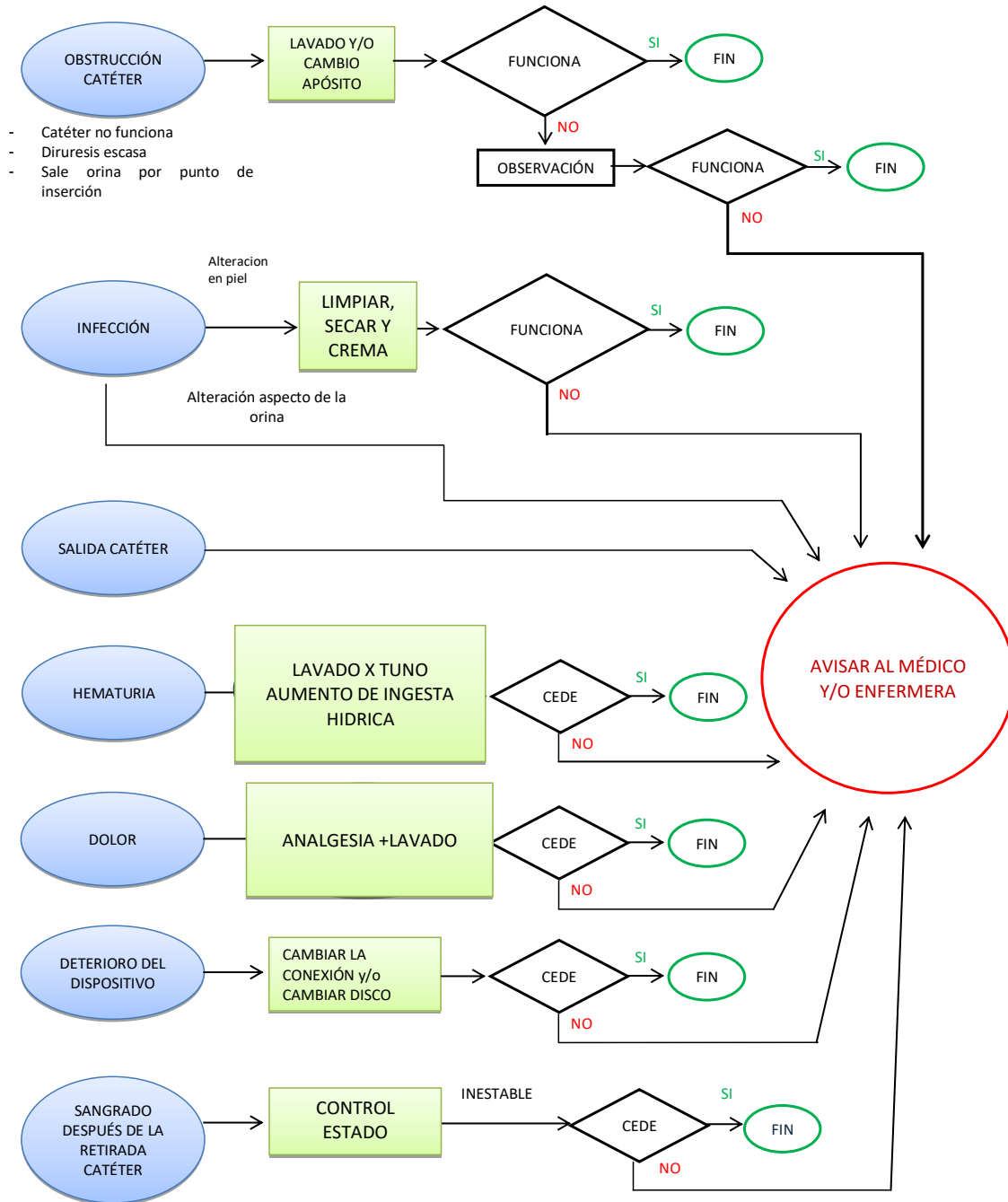
Fase no estéril

- Explicar al paciente el procedimiento que se le va a aplicar.
- Preparar el material que se va a utilizar.
- Lavado de manos.
- Colocar en decúbito lateral.
- Ponerse los guantes no estériles.
- Retirar el apósito con suavidad para evitar la salida del catéter
- Quitarse los guantes y lavarse de nuevo las manos.

Fase estéril

- Colocarse guantes estériles.
- Paño estéril.
- Limpiar suavemente la zona con gasa estéril y suero.
- Revisar el punto de inserción, comprobando que no hay signos de infección y revisando el estado de la piel.
- Desinfectar el punto de inserción con solución antiséptica.
- Comprobar la sujeción del catéter.

- Medición de la longitud del catéter en la primera cura, haciendo una marca en la salida del mismo con rotulador permanente. De este modo revisaremos la longitud del catéter en cada cambio del apósito.
- Evitar acodamientos.
- La NPC debe estar tapada y protegida para evitar infecciones.
- Fijar la parte del catéter que queda fuera del apósito sobre la piel, con esparadrapo hipoalergénico, variando en cada cura la zona de fijación.
- Conectar a bolsa de diuresis de sistema cerrado. Comprobando que la amplitud de movimiento de la extremidad no tensa la sonda, evitando la salida accidental. Siempre la bolsa ha de estar situada por debajo del nivel renal.
- La bolsa colectora debe vaciarse cada vez que esté llena en dos tercios de su capacidad y cambiarse cada 3 días. Lavarse las manos antes y después de manipular la bolsa.
- Comprobaremos la permeabilidad de la nefrostomía.



NOTA: NO SE CONSIDERAN COPIAS CONTROLADAS LOS DOCUMENTOS IMPRESOS, SALVO INDICACIÓN EXPRESA.

**PROCEDIMIENTO DE
CUIDADOS EN
DOMICILIO AL
PORTADOR DE SONDA
VESICAL**

REGISTRO DE REVISIONES		
REVISIÓN	FECHA	MODIFICACIÓN
0	24/06/2014	Redacción inicial
1	12/04/2022	Revisión general

Elaborado por: Grupo de trabajo de sondaje vesical	Aprobado por: Servicio de Medicina Preventiva Servicio de Urología
Fecha:	Fecha:
Copia controlada nº: -----Asignada a:-----	

1. DEFINICIÓN

Debemos tener en cuenta las repercusiones psicosociales que conlleva para el paciente y su familia la nueva situación. El paciente al que se le debe poner una sonda vesical permanente puede pasar por las fases similares a las que se suceden en una situación de duelo: negación, depresión, ira y resolución.

Debemos animar al paciente y su familia a que expresen sus preocupaciones, y nosotros debemos aclarar todas sus dudas y brindar nuestro apoyo para que el paciente lleve una vida normalizada y autónoma.

2. PROBLEMAS POTENCIALES

Para identificar estos problemas podemos usar los diagnósticos de enfermería de la NANDA. Entre los cuales podríamos encontrarnos con:

- ✓ Trastorno de la imagen corporal.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Déficit de conocimientos.
- ✓ Déficit de autocuidado.
- ✓ Alteración de los patrones de sexualidad.
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Temor.
- ✓ Deterioro de la interacción social.

Es importante que el paciente no se sienta desamparado cuando se vaya de alta a su domicilio y que la enfermera de su centro de salud lo visite para realizar su seguimiento, evaluando la forma en que realiza los autocuidados de la sonda, y enseñándole a prevenir complicaciones.

Debemos asegurarnos de que el paciente y su familia salen del hospital con unas nociones claras y de que entienden nuestras explicaciones, invitándoles a que nos cuenten con sus propias palabras lo que nosotros previamente le hemos explicado. Y asegurarnos que realicen adecuadamente la higiene, cambio de bolsa, fijación de la sonda al muslo, colocación de la bolsa de pierna...

La información verbal y práctica que le demos, irá apoyada con un folleto.

3. EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA

Informar y enseñar al paciente y familia los cuidados a tener con la sonda vesical:

- **Frecuencia de recambios** de la sonda según composición de la misma:
 - Sonda de látex debe cambiarse cada 3-4 semanas
 - Sonda de silicona cada 8 semanas

- **Higiene genital:** debe realizarse diariamente evitando manipular la sonda para evitar infecciones. Así mismo se deben lavar las manos antes de manipular la sonda o bolsa.
- **Movimiento de la sonda:** debe realizarse movimientos en sentido de rotación, muy suavemente para evitar la formación de adherencias.
- **Mantenimiento de la sonda:** evitar dobleces de la sonda y del tubo colector.
- **Observación del aspecto de la orina:** en caso de que el aspecto sea hemático o turbio hay que comunicarlo al personal sanitario.
- Se debe **sujetar la sonda** a la pierna o a la ropa con una piza para evitar que tire y produzca sensación de ganas de orinar.
- **Hidratación:** Beba al menos de 1,5 a 2 litros de líquidos al día (salvo otras indicaciones médicas): agua, zumos, caldo, infusiones, etc. para provocar abundante orina y evitar que se formen residuos en la vejiga y que se tapone la sonda.
- **Cambio de bolsa recolectora:** Los sistemas de drenaje cerrado (se vacían con válvula) se cambiará cuando aparezcan sedimentos en la bolsa o tubo que va a ella. En cualquier caso, no tener más de 96 h. los pacientes que deambulan y usan bolsa de pierna deben cambiarla a diario. Evitar desconexiones innecesarias porque favorecen infecciones.
- **Reeducación vesical.**

INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO CON SONDA VESICAL

Un catéter o sonda vesical se coloca cuando es preciso cuantificar la cantidad de orina; tras algún procedimiento quirúrgico que lo requiera o bien porque existe una imposibilidad de vaciar la vejiga espontáneamente. El catéter está unido a una bolsa de drenaje que acumula orina. Es importante el correcto mantenimiento del sistema para evitar que las bacterias y otros gérmenes entren al sistema urinario causando una infección.

Durante el ingreso es muy importante su colaboración para lograr un mejor cuidado de su sonda.

Deberá:

- Asegurarse que la bolsa siempre permanezca por debajo de la cintura (evitará que la orina refluya y pueda producirse una infección)
- Realizar diariamente su higiene personal con jabón y agua.
- Evitar tirones.
- Mantener la sonda por encima de la pierna (si está por debajo, el peso de la pierna podría impedir que la orina fluyera con facilidad)
- En caso de ser hombre mantener bajado el prepucio recubriendo el glande para evitar parafimosis.

Avisar:

- Si la sonda se desconecta de la bolsa (es fundamental mantener el sistema cerrado para evitar la infección de orina).
- Si observa que la sonda esta pinzada o enrollada a lo largo de su trayecto (esto podría impedir que la orina fluyera con facilidad)
- Si la bolsa de orina está totalmente llena (esto podría impedir que la orina fluyera con facilidad)
- Es frecuente percibir dolor y espasmos de corta duración relacionada con el sondaje que suelen ceder con respiraciones pausadas y sincronizadas. En caso de que el dolor se mantenga en tiempo, avisar.

INFORMACIÓN AL PACIENTE AL ALTA CON SONDA VESICAL

Estimado paciente, como sabe, va a ser usted dado de alta hospitalaria, portando una sonda vesical. Se trata de un tubo que vacía la orina desde su vejiga a una bolsa de drenaje. Un balón situado en la punta de la sonda, la mantiene fija dentro de la vejiga.

Tener en cuenta los siguientes consejos, le ayudará a cuidar mejor de ella, y por lo tanto, de usted mismo. Léalos, y si tiene alguna duda, hable con su enfermera o su médico. Después, cuando se vaya a casa, ponga especial interés en seguir las pautas aquí indicadas:

- Lávese las manos, siempre, antes y después de manipular la sonda vesical.
- Lave la zona que rodea a la sonda (el pene, bajando el prepucio), con agua y jabón, una o dos veces al día. Esto ayudará a prevenir la irritación e infección.
 - Asegúrese de volver a colocar el prepucio en su posición después de la higiene para evitar la parafimosis.
- No tire fuertemente de la sonda por ningún motivo.
- Mantenga un buen drenaje de la orina, controlando, con frecuencia, que el tubo no presenta acodaduras ni pliegues.
- Mantenga siempre la bolsa más baja que la sonda. Recuerde que la orina no irá hacia arriba contra la fuerza de la gravedad.
- Cada vez que tenga que cambiar la bolsa de orina, hágalo rápidamente, y teniendo cuidado de que los extremos de la bolsa y de la sonda no toquen nada de lo que haya alrededor.
- Todas las personas que llevan una sonda vesical corren el riesgo de presentar infecciones urinarias. Consulte con su médico si observa alguno de estos síntomas: dolor en la región inferior de la espalda o vientre; orina turbia; orina con sangre; escalofríos o fiebre; material arenoso (sedimento) en la orina.
- Consulte, igualmente con su médico, si hay gran fuga de orina entre la sonda y el pene, o si no sale orina por la sonda.
- En algunos casos, podrá utilizar bolsas de orina más pequeñas, que van sujetas a su pierna y no se notan, con las que podrá realizar cualquier actividad. Consulte con su enfermera.
- En otros casos, ni siquiera necesitará llevar una bolsa de orina, bastará con un tapón que cerrará la sonda y mantendrá la orina en la vejiga hasta

- que usted sienta ganas de orinar. En este momento quitará el tapón y la orina fluirá al exterior. Pregunte a su enfermera.
- En ambos casos es conveniente utilizar bolsas de orina grandes durante la noche.
 - Coma su dieta habitual, que sea variada.
 - Beba abundantes líquidos (2 - 3 litros/día), preferentemente agua (entre 8 y 10 vasos, como mínimo), a no ser que haya alguna contraindicación médica para ello.
 - Siga tomando el tratamiento habitual, lo que tomaba antes de la intervención, y empiece con la nueva medicación que le será prescrita en el informe médico.
 - La orina sale sola, pero para asegurarse de vaciar bien la vejiga haga el gesto de orinar. No es necesario hacer fuerza.
 - Le darán una cita al Alta para revisión en la consulta, y/u otras pruebas, si así lo requiere.
 - Recuerde, de todas maneras, que deben cambiarse la sonda, aproximadamente el día _____.

Notifique a su médico de familia o a su enfermera si nota algún signo de alarma, pero tenga en cuenta que es normal presentar alguno de los siguientes:

- Pequeños espasmos en el tracto urinario.
- Pequeña cantidad de orina que sale por el espacio entre la sonda y el meato urinario.

INFORMACIÓN AL PACIENTE CON NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

RECOMENDACIONES AL ALTA

- Beber abundantes líquidos (entre 2 a 3 litros diarios), salvo que su médico lo contraindique.

REALIZACIÓN DE LA CURA SEMANAL

- Lavarse las manos antes y después de realizar la cura.
- Retirar el apósito suavemente, evitando tirones.
- Observar signos de irritación en la piel o salida de orina alrededor del catéter (si esto ocurre acudirá a su centro).
- Limpiar con antisépticos (povidona yodada, clorhexidina...).
- Colocación de apósito.

QUÉ HACER SI SE OBSTRUYE EL CATÉTER (NO SALE ORINA)

- Lavarse las manos antes y después de manipular el catéter.
- Limpiar la llave con clorhexidina.
- Cargar una jeringa con 3cc de suero y conectar a la llave, girarla e introducir el suero despacio (si encuentra alguna resistencia no forzar entrada del suero).
- Aspirar suavemente. Si no sale nada, volveremos a poner la llave en su posición inicial y acudiremos al centro de referencia.
- Lavarse las manos antes y después de manipular la bolsa correctora.
- Mantener la bolsa por debajo del nivel del catéter, para prevenir infecciones por reflujo de la orina. La bolsa colectora no debe tocar el suelo.
- Evitar tirones.
- Vaciar la bolsa antes de que esté completamente llena (aproximadamente a dos tercios de su capacidad), con la mayor brevedad posible.
- Cambiar la bolsa cada 72 horas.

CONSULTAR A SU MÉDICO Y/O ENFERMERA SI APARECEN ALGUNO DE ESTOS SIGNOS

- Fiebre >38°C.
- Dolor abdominal.
- Orina maloliente o turbia.
- Sangre en la orina.

ETIQUETA PACIENTE:

CIC
F. NAC.
APELLIDOS
NOMBRE

Fecha:/...../.....

Turno: Mañana Tarde Noche

Local de inserción: Urgencias Quirófano UCE Planta ____ Otros: _____

Nivel de urgencia: Urgente Electiva

Tipo de sondaje: Sonda permanente/temporal (1)

Sonda intermitente (2)

Lavado de sonda (3)

CHECK-LIST				
*	Colaboración			
1,2,3	• El sondaje ha sido realizado entre 2 personas .	SÍ	NO	NP
Higiene de genitales				
1,2	• Se ha colocado bacinilla o empapador limpio.	SÍ	NO	NP
1,2	• Se ha realizado un correcto aclarado con abundante agua .	SÍ	NO	NP
Inserción del catéter				
1,2,3	• Se ha preparado un campo estéril en la mesa auxiliar con todo el material estéril necesario.	SÍ	NO	NP
1,2,3	• Se ha colocado un pañó estéril debajo de las nalgas de en la mujer, o encima de las piernas en el hombre.	SÍ	NO	NP
1,2,3	• Se ha realizado un lavado antiséptico de manos para la inserción. • Se ha realizado un lavado higiénico de manos para el lavado.	SÍ	NO	NP
1,2,3	• Se utilizan guantes estériles para el procedimiento	SÍ	NO	NP
1,2	• Se dejó secar el antiséptico antes de proceder a la inserción de la sonda.	SÍ	NO	NP
1,2	• Se ha conectado la sonda a la bolsa antes de su inserción.	SÍ	NO	NP
1,2,3	• Si se ha tocado alguna superficie no estéril con el material estéril (sonda, guantes, etc) se ha procedido a su cambio. Responder NP en caso de NO tocar superficie no estéril .	SÍ	NO	NP
1,3	• Se ha asegurado la sonda tras su inserción para prevenir su movimiento y la tracción uretral.	SÍ	NO	NP
3	• Se ha empleado antiséptico para la desconexión de la sonda.	SÍ	NO	NP
3	• Se ha colocado una nueva bolsa colectora .	SÍ	NO	NP

*Completar en función del tipo de sondaje. Si no procede, marcar "NP".

Nombre y apellidos (principal y asistente): _____