

Protocolo de Sondaje Vesical: Modificación de la técnica para cambio de catéter en portadores de larga duración

Bladder Catheter Protocol: Technical modification for the change of Long-Term bladder catheters

Autores: Susana Rueda Pérez (1), Francisco José Pérez García (2), María Victoria Pallares Castillo (3).

Dirección de contacto: srueda72_@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Rueda Pérez S, Pérez García FJ, Pallares Castillo MV. Protocolo de Sondaje Vesical: Modificación de la técnica para cambio de catéter en portadores de larga duración. NURE Inv [Internet]. 2013 sep-oct [citado día mes año]; 10(66): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE66_protocolo_sondaje.pdf

Fecha recepción: 11/06/2012

Aceptado para su publicación: 17/09/2012

Resumen

El cambio de sondas vesicales es una práctica frecuente en pacientes crónicos, tanto domiciliarios como hospitalarios. Supone un amplio número de intervenciones enfermeras programadas o de urgencia (obstrucción, colocación incorrecta, etc.). Esta modificación de la técnica de sondaje pretende mejorar la calidad de vida del paciente minimizando el stress de los cambios de sonda uretral y reduciendo los riesgos de mala praxis, así como aliviar algunos de los efectos secundarios asociados al sondaje uretral permanente.

Manteniendo la vejiga con suero fisiológico previo al cambio de sonda, conseguimos una seguridad inmediata en la correcta colocación de la sonda vesical, se produce un arrastre de sedimentos y posibles microorganismos, reduciéndose así el número de actos enfermeros por obstrucción o colocación incorrecta.

Palabras clave

Cateterismo urinario, administración intravesical, catéter de permanencia, Técnicas, mala praxis.

Abstract

The replacement of urinary catheters is a common practice in chronic patients for both outpatients and inpatients. This action involves a large number of nursing interventions either planned or caused by emergency (obstruction, incorrect implantation, etc...). This modification of the catheter technique tries to improve the patient's quality of life by minimizing the stress produced by urethral catheter replacements and reducing malpractice risks. This change in the urinary catheter technique also intends to alleviate some of the side effects of permanent urethral catheterization. By filling the bladder with saline prior to the change of catheter, it is possible to get a quick and safe implantation, dragging possible sediment and microorganisms and thereby reducing the number of nursing actions related to the process of the urinary catheter replacement (obstruction or incorrect catheter implantations etc.).

Key words

Urinary Catheterization, Administration, Intravesical , Catheters, Indwelling ,Techniques, malpractice.

Centro de Trabajo: (1) Centro de Salud El Arahál de Sevilla. (2) Centro de Salud Setenil de las Bodegas de Cádiz. (3) Centro Asistencial Santa Isabel de Málaga.

INTRODUCCIÓN

Definición

El cateterismo o sondaje vesical es la técnica por la cual se introduce un catéter por la uretra hasta la vejiga urinaria con la finalidad de mantener una correcta eliminación urinaria en pacientes que padecen una patología que lo impide.

Según el tiempo de permanencia de la sonda vesical podemos hablar de (1):

- **Sondaje intermitente** (es retirado).
- **Temporal** (permanece un tiempo definido).
- **Permanente** (es indefinido).

La finalidad del sondaje vesical (2) puede ser tanto diagnóstica como terapéutica. En el caso del sondaje permanente es utilizado, entre otros, para:

- El tratamiento crónico de pacientes con fracaso en el vaciado vesical espontáneo (obstrucción infravesical o atonía vesical).
- El tratamiento de algunos pacientes con vejiga neurógena.
- La curación más rápida de úlceras por presión en pacientes incontinentes.

Descripción del material

El tipo de sonda utilizada dependerá en parte del tiempo de cambio y la tolerancia del paciente al material (3).

Para los pacientes portadores de sondaje permanente se recomienda la utilización de sondas de silicona: La sonda de silicona permite unos 75 días de permanencia por ser un material con mayor biocompatibilidad y ser muy resistente a la incrustación. Son semirrígidas, utilizadas prioritariamente en sondajes dificultosos, sondajes vesicales prolongados (permanentes), hematurias, pacientes alérgicos al látex, cirugía uretral, etc.

Las sondas de látex son blandas y maleables, requieren mayor frecuencia en los cambios por el deterioro que sufre el material (30-45 días), su uso está más extendido en sondajes de corta duración. Son sondas de primera elección en: postoperatorios, controles de diuresis y retención aguda de orina.

Existen sondas de tres vías (tanto de silicona como de látex) con las que se efectúan irrigaciones en pacientes que lo necesiten, se evita de este modo la desconexión de la bolsa y las posibles infecciones que ocasiona la ruptura del sistema abierto.

El tamaño de la sonda se mide por el diámetro de la luz, que se gradúa de acuerdo con la escala de French, según la cual, cuanto mayor sea el número de la escala, mayor la luz de la sonda.

Según el tipo de punta que presente el catéter, podemos distinguir:

- Acodada de Mercier.
- Acodada Pico Flauta de Couvelaire.
- Punta de Oliva Acodada Tiemann.
- Punta de Oliva Tiemann.
- Pico Flauta de Couvelaire.
- Recta.

Las cuidadoras de los pacientes domiciliarios —al igual que los portadores crónicos— prefieren, en su mayoría, cambios prolongados en el tiempo por los inconvenientes que se ocasionan al enfermo en los cambios de sonda, sobre todo en sondajes complicados.

PROCEDIMIENTO

Preparación del equipo

- Sonda estéril apropiada para el paciente.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico.
- Jeringa de 10 cc.
- Agua destilada 10 ml.
- 250 ml suero fisiológico.
- Antiséptico.
- Jeringa de cono ancho de 60 cc o 100 cc.

- Bolsa colectora.
- Pinza.
- Equipo de higiene habitual (agua, jabón, toalla).

Preparación del paciente

Se debe tener en cuenta que tratamos con enfermos portadores crónicos de sonda vesical que han sido sometidos a numerosos cambios de sonda. Si el paciente está consciente, se le explica que no tiene por qué ser doloroso y que permaneciendo relajado las molestias del sondaje son menores (4). Asimismo, se le explica todo el procedimiento, si procede.

Descripción de la técnica

Se coloca al paciente en posición decúbito supino, con las rodillas flexionadas y los músculos rotados hacia fuera, posición de litotomía. Elevando la pelvis, se logra una mejor visión del meato urinario (sobre todo en caso de que los pacientes sean de sexo femenino).

Se realiza un lavado de los genitales con antiséptico o agua y jabón (5).

Se separa la bolsa colectora de la sonda que vamos a retirar e instilar de 50 ml a 100 ml de suero fisiológico (6) pre-cargado en una jeringa de cono ancho de 60 cc o 100 cc. Se pinza o se tapa la sonda para que permanezca el líquido en la vejiga tras retirarla (7).

Se separan los labios mayores y menores con una ligera presión hacia arriba para visualizar el meato urinario en el caso de la mujer, o se estira el pene con la intención de alinear la uretra en el hombre, en este supuesto y en sondajes complicados, se puede aplicar lubricante en la uretra para facilitar la introducción de la misma y evitar dolor en el paciente.

Se inserta la sonda con suavidad, que irá conectada a la bolsa colectora.

Una vez se encuentre la sonda en vejiga, saldrá el suero instilado de forma inmediata, dándonos seguridad de la localización de la sonda sin que se tenga que esperar a la producción de orina que, en ocasiones, es escasa.

Se fija la sonda, llenando el balón con 5 ml o 10 ml de agua destilada.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (8)

DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección (00004)

- **Definido por:** procedimientos invasivos.
- **Relacionado con:** colocación de catéter urinario.
- **Objetivo:** detección del riesgo (1908).
- **Intervención:** cuidados del catéter urinario (1876).
- **Actividad:**
 - Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
 - Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril.
 - Cambiar el sistema de drenaje urinario a intervalos regulares.

DIAGNÓSTICO: Temor (00148)

- **Definido por:** informes de intranquilidad y de aumento de la tensión.
- **Relacionado con:**
 - Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (*Entendiendo sistema de soporte como la rutina diaria y situación estresante el cambio de sonda*).
 - Respuesta aprendida (*ante una colocación anterior traumática del catéter*).
- **Objetivo:**
 - Control del miedo (1404).
 - Control del dolor (1605).
Reconoce el comienzo del dolor (160502).
Refiere síntomas al personal sanitario (160507).
- **Intervención:** Potenciación de la seguridad (5380).
- **Actividad:**
 - Escuchar los miedos del paciente/familia.
 - Explicar todos los procedimientos.
 - Realizar con celeridad la técnica.

CONCLUSIONES

Se debe valorar la instilación de suero fisiológico previo al cambio de sonda vesical en pacientes portadores de larga duración para disminuir el tiempo de ejecución de la técnica y el miedo que provoca en el paciente la correcta colocación (9).

Una pequeña modificación en la técnica habitual de cambio de catéter —instilar 50-100 ml de suero antes de retirar la sonda — proporciona la seguridad de la ubicación del catéter en vejiga de forma inmediata y el arrastre de sedimentos o posibles coágulos que, en ocasiones, pueden producir infección y obstrucción de la sonda, en la misma intervención.

Desde el punto de vista de la gestión enfermera, la saturación en los servicios sanitarios y la escasez de tiempo de los profesionales conllevan una priorización equivocada a la hora de llevar a cabo ciertas técnicas.

La comprobación de la salida de orina por el catéter se puede dilatar minutos en pacientes de poca capacidad vesical por sondajes permanentes. La experiencia práctica puede llevar a una mala praxis y dejar colocada en uréter la sonda a pesar de las molestias del inflado del balón de anclaje, produciendo obstrucción, globo vesical y una nueva intervención enfermera, con el consiguiente gasto tanto en material como en el tiempo dedicado a la intervención, provocando así una ineficiencia que redundaría en la ratio de eficiencia a lograr por el conjunto de la unidad, sin mencionar las posibles consecuencias legales que se pueden derivar de la mala praxis.

Instilando suero fisiológico antes de retirar el catéter evitamos lesiones en la vejiga (al introducir el catéter demasiado esperando la salida de orina), el paciente queda convencido de la colocación de la sonda (hay que recordar que son pacientes que están sometidos a numerosos cambios de sonda) disminuimos el miedo que produce la técnica y arrastramos elementos (sedimentos, coágulos, etcétera.) que pueden obstruir el catéter y entorpecer la correcta eliminación urinaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Mayorga I, Soto Sánchez M, Vergara Carrasco L, Cordero Morales J, Rubio Hidalgo L, Coll Carreño R. et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas [revista electrónica] 2010; 6(1). Disponible en: URL: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php>
2. García Pla MA, Monedero Alonso L, Hervás Lorente E, Gomis Baldoví S. Técnica de sondaje vesical. La Ribera. Área de salud 10. Generalitat Valenciana. [Revista electrónica] Disponible en: <http://www.hospitalrivera.com/>
3. Martínez Gorostiaga S, Urío T, Garrón L, Sáinz de Murieta J, Uriz J, Bermejo B. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. ANALES Sis San Navarra 2000, 23 (Supl. 2): 123-128.
4. Díez MB, Ossa MR. Cateterismo Uretral. Un tema para la reflexión. Invest educ enferm 2005; 23(2): 118-137.
5. The Joanna Briggs Institute. Manejo del sondaje vesical permanente de corta duración para la prevención de infecciones del tracto urinario. Best Practice 2000; 4 (1):1-6.
6. Robinson J. Changing indwelling urinary catheters using bladder in-fill. Br J Community Nurs. 2005 Jun;10(6):266, 268-9
7. Quesada Ramos C. Tratado de enfermería Cuidados Críticos Pediátricos Neonatales. [revista electrónica] Capítulo 142. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/>
8. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros 2009-2011. Definiciones y clasificación. Mosby; 2010.
9. Bonfill Accensi E, Lleixa Fortuño Mar, Sáez Vay F, Romaguera Genís S. Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. Index Enferm oct.-dic. 2010. 19(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000300010&script=sci_arttext