



1. Definición

Conjunto de cuidados de enfermería protocolizados y de calidad que consisten en introducir de forma aséptica una sonda vesical a través del meato uretral, hasta la vejiga, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal o permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior, garantizando la máxima seguridad para el paciente.

2. Objetivos

- Conseguir el sondaje vesical, de la forma menos traumática posible, evitando la infección urinaria con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

3. Información al paciente/familia/acompañante

- La enfermera informará al paciente, sobre la técnica a realizar

4. Personas Necesarias

- Enfermera/o y TCAE o Enfermera/o

5. Material Necesario

- Guantes desechables.
- Guantes estériles.
- Esponja jabonosa.
- Desinfectante piel (clorexidina acuosa).
- Empapador.
- Gasas estériles.
- Paño estéril.
- Lubricante urológico.
- Sonda vesical.
- Jeringa estéril 10 cc.
- Ampolla de agua bidestilada.
- Bolsa colectora de circuito cerrado estéril si precisa.
- Soporte de bolsa si precisa.
- Esparadrapo hipoalérgico si precisa.
- Tapón.

Versión 0.3
Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018
Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018
Fecha de próxima revisión: 2021



6. Descripción del Procedimiento

HOMBRE:

- Comprobar la identidad del paciente
- Identificación de la enfermera y TCAE que van a realizar la técnica.
- Entrevistar al paciente (si se puede) ó familia para conocer causas o circunstancias que pueden condicionar el procedimiento: existencia de adenopatía de próstata, estenosis de uretra, cateterismo traumático previo, hematuria con coágulos, ansiedad relacionada con cateterismo
- Valorar aspecto meato, uretorragia, coágulos.
- El personal se hará lavado higiénico de manos.
- El TCAE preparará y tendrá dispuesto el equipo necesario, y la enfermera elegirá tipo y calibre de sonda a utilizar, en relación a la finalidad del sondaje y el paciente en cuestión.
- La enfermera informará al paciente de la técnica a realizar y de la necesidad de la misma, solicitando su colaboración.
- Mantener la intimidad del paciente:
 - Sólo profesionales necesarios ó profesionales en formación
 - Realizarla en sitio aislada ó separar al paciente mediante biombo
- La TCAE y/o enfermera, colocará al paciente en decúbito supino con las piernas en abducción, y colocará un empapador para protección de la cama.
- La TCAE y/o Enfermera se colocará guantes no estériles y realizará lavado de genitales, retirando el prepucio, con esponja jabonosa.
- La TCAE y/o Enfermera secará la zona.
- La enfermera se lavará las manos y se colocará guantes estériles.
- La TCAE aplicará solución desinfectante, tipo yodo o solución de clorhexidina con gasas estériles.
- La enfermera colocará paño estéril y prepara junto con TCAE el material.
- La enfermera comprobará previamente la integridad del globo de la sonda.
- La enfermera conectará la sonda al sistema de drenaje, con la ayuda de la TCAE.
- La enfermera colocará el pene en ángulo de 90 grados.
- La enfermera introducirá en la uretra lubricante urológico.
- La enfermera retraerá el prepucio e introducirá la sonda hasta la base del pene.
- A continuación colocar el pene en un ángulo de 30 grados y traccionar suavemente desde la base para vencer las dos curvaturas naturales de la uretra.
- Introducir suavemente la sonda en su totalidad hasta comprobar la salida de la orina.
- La enfermera hinchará el globo vesical con agua bidestilada con la cantidad que indique la sonda o el facultativo.
- La enfermera tirará de la sonda suavemente hasta notar una pequeña resistencia.
- La enfermera limpia el glande de residuos y lo recubre con el prepucio para evitar parafimosis.
- La enfermera y/o TCAE colocará la sonda por encima de la pierna para evitar traumatismos por tracción.
- La enfermera y/o TCAE colocará la bolsa colectora en el soporte procurando que no se acode el sistema.
- La TCAE recogerá el material.
- La DUE y TCAE realizarán lavado de manos.
- La enfermera registrará la actividad en el soporte informático informático y planificará las medidas de mantenimiento.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018

Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018

Fecha de próxima revisión: 2021



MUJER:

- Comprobar la identidad del paciente
- Identificación de la enfermera y TCAE que van a realizar la técnica.
- Entrevistar al paciente (si se puede) ó familia para conocer causas o circunstancias que pueden condicionar el procedimiento: cateterismo traumático previo, hematuria con coágulos, ansiedad relacionada con cateterismo, etc.
- El personal se hará lavado higiénico de manos.
- El TCAE preparará y tendrá dispuesto el equipo necesario, y la enfermera elegirá tipo y calibre de sonda a utilizar, en relación a la finalidad del sondaje y el paciente en cuestión.
- La enfermera informará al paciente de la técnica a realizar y de la necesidad de la misma, solicitando su colaboración.
- Mantener la intimidad del paciente:
 - Sólo profesionales necesarios ó profesionales en formación
 - Realizarla en sitio aislada ó separar al paciente mediante biombo
- El TCAE y/o la enfermera colocará al paciente en posición ginecológica, protegiendo la cama con un empapador.
- El TCAE y/o la enfermera se colocarán los guantes no estériles lavando la zona con agua y jabón. Aclarará la zona con suero fisiológico y secar con gasas estériles
- El personal realizará el lavado de manos.
- La enfermera se colocará guantes estériles.
- La TCAE aplicará solución desinfectante, tipo clorhexidina en la zona.
- La enfermera colocará el paño estéril y prepara el material junto con TCAE.
- La enfermera comprobará previamente la integridad del globo de la sonda.
- La enfermera conectará la sonda al sistema de drenaje, con ayuda de la TCAE.
- La enfermera lubricará el extremo distal de la sonda con un lubricante urológico.
- La TCAE y/o enfermera separará los labios mayores de menores, mediante una gasa estéril para visualizar el meato.
- La enfermera introducirá suavemente la sonda, hasta que fluya la orina, haciéndola avanzar unos centímetros más para así asegurar espacio suficiente para hinchar el balón.
- La enfermera hinchará el balón vesical con agua bidestilada, con la cantidad que indique en la sonda o el facultativo.
- La enfermera tirará de la sonda suavemente hasta notar una pequeña resistencia.
- La enfermera ó TCAE limpiará la zona genital de residuos de lubricante
- La enfermera y/o TCAE fijará la sonda en la cara externa del muslo
- La enfermera y/o TCAE colocará la bolsa colectora en el soporte procurando que no se acode el sistema.
- La TCAE recogerá el material.
- La enfermera ó TCAE asegurará el confort del paciente
- La enfermera y TCAE realizaran lavado de manos.
- La enfermera registrará la actividad en aplicativo informático y planificará las medidas de mantenimiento.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018

Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018

Fecha de próxima revisión: 2021



Sondaje con sólo enfermera/o:

- Comprobar la identidad del paciente
- Identificación de la enfermera que van a realizar la técnica.
- Entrevistar al paciente (si se puede) ó familia para conocer causas o circunstancias que pueden condicionar el procedimiento: cateterismo traumático previo, hematuria con coágulos, ansiedad relacionada con cateterismo, etc.
- La enfermera se hará lavado higiénico de manos.
- La enfermera preparará y tendrá dispuesto el equipo necesario, elegirá tipo y calibre de sonda a utilizar, en relación a la finalidad del sondaje y el paciente en cuestión.
- La enfermera informará al paciente de la técnica a realizar y de la necesidad de la misma, solicitando su colaboración.
- Mantener la intimidad del paciente:
 - Sólo profesionales necesarios ó profesionales en formación
 - Realizarla en sitio aislada ó separar al paciente mediante biombo
- La enfermera colocará al paciente en posición adecuada, protegiendo la cama con un empapador.
- La enfermera se colocarán los guantes no estériles lavando la zona con agua y jabón. Aclarará la zona con suero fisiológico y secar con gasas estériles
- La enfermera colocará el paño estéril
- La enfermera echará de forma estéril todo el material al campo estéril
- La enfermera aplicará clorhexidina sobre las gasas estériles que haya colocado en el campo.
- La enfermera hará lavado de manos y se colocará los guantes estériles.
- La enfermera comprobará la integridad del globo de la sonda.
- La enfermera lubricará el extremo distal de la sonda con un lubricante urológico.
- La enfermera realizará el sondaje según procedimiento
- La enfermera conectará la sonda al sistema de drenaje o colocará el tapón.
- La enfermera limpiará la zona genital de residuos de lubricante
- La enfermera fijará la sonda en la cara externa del muslo
- La enfermera colocará la bolsa colectora en el soporte procurando que no se acode el sistema.
- La enfermera recogerá el material.
- La enfermera asegurará el confort del paciente
- La enfermera realizaran lavado de manos.
- La enfermera registrará la actividad en aplicativo informático y planificará las medidas de mantenimiento.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018

Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018

Fecha de próxima revisión: 2021



7. Mantenimiento, conservación y limpieza

- La enfermera ó TCAE realizará lavado higiénico de manos antes de cualquier manipulación.
- La TCAE Lavara diariamente la región perineal, meato urinario y zona proximal de la sonda con agua y jabón. En los hombres se cuidará que después del lavado el prepucio vuelva a su posición normal para evitar parafimosis.
- Movilizar periódicamente la sonda para evitar úlceras iatrogénicas, por el anclaje de la sonda.
- Evitar esfuerzos violentos y tracciones bruscas de la sonda
- Realizar cuidados rutinarios del meato con agua y jabón a diario, si se desea se pueden usar también desinfectantes o antimicrobianos tópicos.
- Mantener siempre la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga.
- Colocar la sonda pegada al muslo con un esparadrapo, siempre por encima de este (para evitar tirones accidentales).
- Vigilar signos y síntomas de infección urinaria:
 - Dolor en la región inferior de la espalda o vientre.
 - Orina turbia, de mal olor.
 - Orina con sangre, leucocitos, nitritos...
 - Escalofríos o fiebre.
 - Poco apetito o falta de energía.
 - Material arenoso en orina.
- El cambio de sonda se realizará siempre bajo prescripción médica.
- Revisar diariamente la indicación de su permanencia.
- Realizar educación sanitaria en cuanto a higiene, cuidados y precauciones que debe tomar con la sonda vesical.
- Mantener la bolsa en un soporte.
- El tubo de vaciado de la bolsa no tocará nunca el suelo
- Evitar que el tubo ejerza presión sobre el paciente.
- Favorecer siempre que sea posible la ingesta de líquidos, de 2 a 3 litros.

8. Complicaciones

- Infección urinaria
- Falsa vía.
- Hematuria.

9. Precauciones

- Evitar desconexiones, bolsa-sonda, utilizando si es preciso guantes estériles.
- Evitar que el tubo quede situado bajo el peso del cuerpo del paciente, para evitar úlceras iatrogénicas y/o acodaduras.
- Preservar la intimidad del paciente, en la medida de lo posible.
- Cambiar o vaciar la bolsa antes de que esté completamente llena.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018

Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018

Fecha de próxima revisión: 2021



10. Criterios Normativos

- El personal de enfermería se lavará las manos antes del procedimiento.
- El personal de enfermería explicará el procedimiento de actuación, previamente.
- La enfermera o TCAE, limpiará la zona genital con esponja jabonosa previamente al procedimiento.
- La enfermera colocará el prepucio a su posición anatómica una vez colocada la sonda.
- La enfermera fijará la sonda en cara externa del muslo

11. Criterios Explícitos

Criterios de Evaluación	SI	NO	NO APLICABLE
¿El paciente manifiesta haber sido informado de la técnica, previa a su realización, por el personal de enfermería?			
¿Ha utilizado la enfermera o TCAE esponja jabonosa en la limpieza de genitales previa al procedimiento?			
¿Ha colocado la enfermera, el prepucio en su posición anatómica habitual?			
¿Ha colocado la enfermera la bolsa en la cara externa del muslo?			

12. Bibliografía

Técnicas de enfermería. A. Esteban De La Torre (Ed. Rol).
Técnicas urológicas de enfermería. Nursing photobook (Ed Doyma)
Manual de diagnóstico y terapéutica médica. F. Gutiérrez Rodero (Ed. MSD).
Revista Rol de Enfermería Julio-Agosto 2000.
Manual de normas para el control de la infección nosocomial. Año 1994 Osakidetza.
Diccionario terminológico de ciencias médicas. Barcelona. Salvat 1984.
Taylor, C. Lillis, C., Fundamentos de Enfermería. Madrid, Interamericana, Mc Graw- Hill 1994.
Trastornos genitourinarios, Serie Mosby de Enfermería Clínica.

13. Bibliografía Revisión v. 0.2

- S. Rueda; F.J.Perez; M.V.Pallares, Protocolo de Sondaje vesical: Modificación de la técnica para cambio de catéter en portadores de larga duración. Nure. Septiembre- Octubre 2013
- Jimenez Mayorga, I.; Soto Sánchez, M.; Vergara Carrasco, L.; Cordero Morales, J.; Rubio Hidalgo, J. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010; 6 (1)

Versión 0.3
Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018
Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018
Fecha de próxima revisión: 2021



14. Autores

Equipo de enfermería de hospitalización FHC

15. Autores Revisión v0.2

Miembros de la Comisión de Cuidados de la FHC 2014



Versión 0.3
Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018
Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018
Fecha de próxima revisión: 2021