

Cateterismo vesical y mantenimiento de sonda vesical

Cateterismo vesical y mantenimiento de sonda vesical

1. Cateterismo o sondaje vesical

Consiste en la introducción de un catéter por la uretra hasta la vejiga.

2. ¿Cuándo está indicado y contraindicado?

Indicación	Contraindicación
• Vejiga neurógena. • Técnicas de diagnóstico: control diuresis, orina residual. • Obtención de muestras. • Cirugía urológica. • Terapia intravesical. • Incontinencia urinaria grave. • Mejorar tratamiento de úlceras de presión en incontinentes. • Obstrucción prostática.	• Infección uretral o prostática. • Sospecha de rotura uretral traumática. • Alergia conocida al látex. • Alergia a anestésicos locales.

3. ¿Cómo lo haremos?

3.1. ¿Qué tipos de sondaje hay?



- Según la permanencia pueden ser: intermitente, permanente o temporal.
- Según el tipo de conexión del tubo a la bolsa:
 - a. abiertos, cuando la recogida de la orina se realiza mediante un tubo conectado a una bolsa recambiable.
 - b. cerrados, que disponen de una válvula unidireccional en el tubo y una llave en la parte declive de la bolsa que permite el vaciado sin desconectar la bolsa de la sonda. Son más eficaces y recomendables.

3.2. ¿Que tipos de sondas hay?

Para cateterismos únicos o intermitentes se utilizan los de PVC, simples, sin balón, de punta recta (Nelaton) o angulada (Tiemann, Mercier). Para sondajes temporales o permanentes se prefieren de Foley, de látex recubiertos de silicona o teflón, o silicona pura. Los calibres más habituales son en hombre entre 14 a 18 Ch (unidades Charrière 1Ch=0,33 mm.), en mujeres de 16 a 20 Ch y la longitud estándar de 41cm.

Cateterismo vesical y mantenimiento de sonda vesical

3.3. ¿Cuál es el equipo de sondaje necesario?



Material necesario para el cateterismo

- Sonda urinaria de calibre, tipo y material adecuado.
- Sistema de drenaje.
- Guantes y paños de campo desechables y estériles.
- Pinza Köcher, Gasas estériles, povidona yodada.
- Lubricante urológico anestésico en unidosis.
- Jeringa de 10 ml. suero fisiológico.
- Esparadrapo hipoalergénico.

4. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes?

Falsa vía por rotura uretral; problemas de vaciado del balón cuando se retira la sonda; infecciones (cultivo positivo con síntomas); hematuria; uretrorragia y escapes.

5. ¿Cómo prevenir complicaciones?

Limitar sondajes urinarios. Valorar alternativas: sondajes intermitentes, colectores de pene o pañales. Realizar sondaje aséptico con sistemas cerrados. Elegir sonda adecuada (material, diámetro, longitud). Las sondas hidrofílicas son seguras, tienen menor incidencia de ITU y mayor aceptación por los pacientes sometidos a terapia intravesical. Las sondas con mezcla de plata se pueden utilizar en pacientes con alto riesgo de complicaciones asociadas a bacteriuria. La instilación de antibióticos en bolsas recolectoras, la limpieza extrema del meato o la utilización de lubricantes y cremas no disminuyen la bacteriuria. Retirarlo tan pronto como sea posible.

Errores a evitar y recomendaciones

- Evitar introducción insuficiente del catéter.
- Evitar hinchado del balón en el momento de salir la orina.
- Evitar elección de catéter de calibre inadecuado (más estrecho del necesario)
- Ante retención, hacer vaciado progresivo y lento para evitar hematuria postvaciado, pinzar a los 250 ml de orina, dejar la bolsa a la altura de vejiga hasta vaciado vesical completo.
- Lavados de sonda con suero fisiológico o agua estéril y sólo para comprobar permeabilidad.

6. Seguimiento

Duración/recambio de sonda: hasta 45 días de látex y 90 días de silicona. Cambiar en caso de obstrucción o infección sintomática. No se indica en bacteriuria, hematuria, piuria o tenesmo.

7. ¿Profilaxis antibiótica en el recambio de sonda? ¿En qué casos?

No se indica tratamiento profiláctico de forma generalizada.

Excepción:

1. Pacientes neutropénicos, inmunodeprimidos con uropatía obstructiva: antes del recambio de sonda programada hacer urocultivo y antibiograma. Si no es posible, administrar monodosis de fosfomicina trometabol 3gr vía oral o de aminoglucósido vía im...
2. Pacientes con riesgo de endocarditis, bacteriana, administrar ampicilina 2 gr im ó ev+ gentamicina 1.5 mg/kg 30' antes del sondaje.

8. ¿Qué hacer en caso de ITU en paciente sondado?

No tratar bacteriuria asintomática. Tratar ITU sintomática, previo urocultivo, cambiar sonda y pautar antibiótico empíricamente durante 7 días, rectificando al llegar antibiograma. Ante sospecha de sepsis urinaria, derivar al hospital. En presencia de candiduria, recambiar sonda (eficaz en 50% de casos) y dar fluconazol a dosis de 200 mg/día durante 7-14 días.

No se precisan urocultivos periódicos en sondados asintomáticos.

9. ¿Cómo recoger la muestra de orina para urocultivo en un paciente sondado?

Cerrar flujo de orina hacia la bolsa durante 20'-30', pinzar el tubo por debajo de la entrada de aspiración, limpiar catéter con alcohol o solución yodada, dejar secar, pinchar con jeringa estéril y aspirar 3-5ml de orina. Retirar pinzado y pasar orina al frasco. Remitir al laboratorio antes de 2-3 h, conservando a 4º y consignar en el volante que pertenece a paciente sondado.

10. ¿Qué tiene que saber el portador de sonda y su familia o cuidadores?

Asegurar hidratación. Lavar las manos antes y después de manipular la sonda y/o la bolsa colectora. Lavar diariamente la zona de inserción de la sonda con agua y jabón y secarla (recolocar prepucio). Evitar la limpieza frecuente del meato uretral o la aplicación periuretral de cremas que no hayan sido prescritas. Diariamente mover rotatoria y suavemente la sonda para evitar adherencias. Asepsia al cambio o vaciado de bolsa. No tocar los extremos de las conexiones. Cambiar o vaciar la bolsa antes de que esté completamente llena. Evitar el reflujo de orina, vigilando que tubo y bolsa colectora no sobrepasen el nivel de la vejiga. En caso de elevar momentáneamente la bolsa de diuresis, pinzar tubo de drenaje cerca del meato urinario. Evitar acodaduras y tirones que provoquen traumatismos o desconexiones accidentales.

Puntos clave

- Valorar la indicación del sondaje y posibles alternativas al mismo.
- Limitar duración de sondajes.
- Cuidar la técnica y elección de materiales adecuados.
- Realizar sondaje aséptico con sistemas cerrados.
- No se recomienda profilaxis antibiótica de forma generalizada, salvo excepciones.
- Dar instrucciones al paciente sondado y familia sobre mantenimiento y cuidados de la sonda.

Cateterismo vesical y mantenimiento de sonda vesical

Autores

- Concepción García Domingo
Consultorio Auxiliar Canet D'En Berenguer. CAP Puerto de Sagunto
[Miembro del Grupo de Enfermedades Infecciosas de la SVMFiC](#)
- Gloria Rabanaque Mallén
Consultorio Auxiliar Navajas. CAP Segorbe
[Miembro del Grupo de Enfermedades Infecciosas de la SVMFiC](#)

Autor para correspondencia

- Concepción García Domingo
E-mail: cgdomingo@yahoo.es

Bibliografía

1. Grasa Lambea I. Cateterismo vesical y mantenimiento de la sonda. En: Semfyc. Guía de Actuación en Atención Primaria. 3 ed. Barcelona: semfyc ediciones;2006. p.1695-703.
2. Grupos de Enfermedades Infecciosas de Sociedades Catalana, Madrileña, Balear y Valenciana. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. 2 ed. Madrid: Semfyc;2005.
3. Niël-Weise BS, Van den Broek PJ. Normas para el uso de sondas vesicales para el drenaje vesical prolongado (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2006, número 1. Oxford:update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1.Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.)
<http://www.update-software.com>
4. Niël-Weise BS, Van den Broek P. Políticas de uso de sondas vesicales para el drenaje vesical a corto plazo en adultos (Revisión Cochrane traducida) En: la Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford_ Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library,2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd)
<http://www.update-software.com>
5. Botella Dorta C. Cateterismo vesical. Ayuda en consulta: Técnicas en Atención Primaria [serial on line] 2007 Mar[citado 1 Mar 2007]; 1(1): [9 pantallas].
<http://www.fisterra.com>
6. Grasa I, Trueba A, Fernández F. Sondas urinarias. Formación Médica Continuada 1995; 2:485-92.