



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

TÍTULO:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADO AL CATÉTER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN” DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014.

AUTORA:

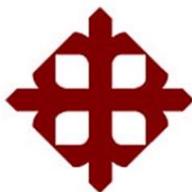
ERIKA FERNANDA MENOSCAL MACIAS

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE:
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

TUTORA:

LCDA. CRISTINA GONZALEZ OSORIO MGS

**Guayaquil, Ecuador
2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Erika Fernanda Menoscal Macías**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciatura en Enfermería**

TUTORA

Lcda. Cristina González Osorio Mgs

REVISOR(ES)

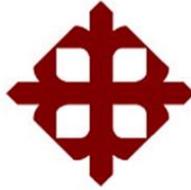
Lcda. Norma Silva

Dr. Ramón Villacres

DIRECTOR DE LA CARRERA

Lcda. Ángela Mendoza Vines Mgs.

Guayaquil, a los (día) del mes de (mes) del año 2014



**CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Erika Fernanda Menoscal Macías

DECLARO QUE:

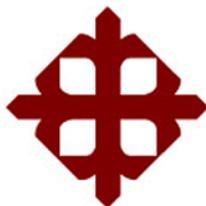
El Trabajo de Titulación **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADO AL CATÉTER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN” DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014**, previa a la obtención del Título de **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 5 del mes de julio del año 2014

LA AUTORA

ERIKA FERNANDA MENOSCAL MACIAS



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

AUTORIZACIÓN

Yo, Erika Fernanda Menoscal Macías

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADO AL CATÉTER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN” DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 5 del mes de julio del año 2014

LA AUTORA

ERIKA FERNANDA MENOSCAL MACIAS

AGRADECIMIENTO

Primero a Dios por la salud y la vida,

A mi madre sin ella no lo hubiese podido lograr, y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

Erika Fernanda Menoscal Macías

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de Titulación a Dios y a mi madre.

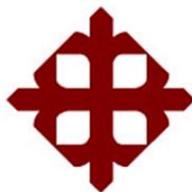
A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi madre, quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento.

Erika Fernanda Menoscal Macías

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
(Se colocan los espacios necesarios)

PROFESOR GUÍA O TUTOR

(NOMBRES Y APELLIDOS)
PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

CALIFICACIÓN

LCDA. ANGELA MENDOZA VINCES MGS

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	iii
AUTORIZACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	vii
CALIFICACIÓN.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.....	1
RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	5
ANTECEDENTES.....	6
CONTEXTUALIZACIÓN EN TIEMPO Y ESPACIO.....	8
OBJETO DE ESTUDIO.....	9
OBJETIVOS.....	10
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.....	11
INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS.....	11
EPIDEMIOLOGÍA.....	12
DEFINICIÓN.....	12
PATOGENIA.....	13
FACTORES DE RIESGO.....	13
ETIOLOGÍA.....	14
PREVENCIÓN.....	14
CUIDADOS GENERALES.....	14
INDICACIONES DEL SONDAJE VESICAL.....	15
DURACIÓN DEL CATETERISMO.....	16
TRATAMIENTO.....	19
COLOCACION DE SONDA VESICAL (URINARIO).....	20
SONDAS VESICALES.....	21
COLOCACIÓN DE SONDAS VESICALES.....	27

CAPÍTULO III

ESQUEMA METODOLOGICO

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

TIPO DE ESTUDIO.....	34
AREA DE ESTUDIO.....	34
UNIVERSO Y MUESTRA.....	34
UNIVERSO.....	34
MUESTRA.....	35
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	
TÉCNICAS.....	35
INSTRUMENTOS.....	35
DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	36
VARIABLES.....	37
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38
REPRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS	

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE LAS ENCUESTAS AL PERSONAL DE ENFERMERIA.....	40
GUIA DE OBSERVACIÓN APLICADA A LOS USUARIOS.....	57
CONCLUSIONES.....	74
RECOMENDACIONES.....	76
BIBLIOGRAFÍAS.....	77
ANEXOS”[1].....	79

¹ (Menoscal, 2014)

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ENCUESTAS	Pág.
GRAFICO # 1	
Qué edad tiene. Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.	40
GRAFICO # 2	
El género. Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.	41
GRAFICO # 3	
Cuántos años de trabajo tiene. Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.	42
GRAFICO # 4	
Los materiales usados para el procedimiento de colocación del catéter urinario deben de ser estéril? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.	43
GRAFICO # 5	
Sabe usted que calibre de sonda Foley es el adecuado según el tamaño de la uretra? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.	44

GRAFICO # 6

Quien es el responsable del procedimiento de la colocación del catéter vesical? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. 45

GRAFICO # 7

Utiliza la técnica aséptica de lavado de manos al inicio y al termino del procedimiento? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. 46

GRAFICO # 8

Para el procedimiento de un cateterismo vesical es necesario el apoyo de un ayudante? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. 47

GRAFICO # 9

El personal de enfermería realiza la fijación del catéter? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. 48

GRAFICO # 10

Considera usted que es importante rotular la fecha de colocación del catéter urinario? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. 49

GRAFICO # 11

El catéter urinario debe de mantenerse conectado correctamente y permeable? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” **50**

GRAFICO # 12

Es importante evitar la obstrucción del drenaje hacia la bolsa recolectora? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **51**

GRAFICO # 13

Utiliza guantes al descartar la orina de la bolsa recolectora? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **52**

GRAFICO # 14

Durante qué periodo se debe vaciar la orina de la bolsa recolectora? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **53**

GRAFICO # 15

Donde es la correcta ubicación de la bolsa recolectora? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **54**

GRAFICO # 16

Controla periódicamente el contenido y características de la orina en la bolsa recolectora? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería **55**

del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

GRAFICO # 17

Al descartar la orina evita el contacto directo del extremo de la bolsa recolectora con el recipiente? Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

GUIA DE OBSERVACIÓN

GRAFICO # 1

Observa periódicamente la permeabilidad de la sonda. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **57**

GRAFICO # 2

Fija el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **58**

GRAFICO # 3

Realiza el aseo perineal con agua y jabón una vez al día. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **59**

GRAFICO # 4

Lava bien los restos acumulados en el catéter cerca del meato urinario, girar este sobre su eje longitudinal para evitar adherencias (nunca introducir el catéter ni tirar de él). Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **60**

GRAFICO # 5

Mantiene limpio el circuito de la sonda vesical para mantenerla permeable, según técnica aséptica. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **61**

GRAFICO # 6

Indica al enfermo que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

62

GRAFICO # 7

Mantiene la bolsa colectora fijada al soporte para evitar traumatismos. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

63

GRAFICO # 8

Evita desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

64

GRAFICO # 9

Excepto que este contraindicado (pacientes con fallo renal o cardiaco) estimular el aporte de líquidos de dos a tres litros por día, para aumentar el flujo urinario y evitar el riesgo de infección. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

65

GRAFICO # 10

Valora los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en flanco supra púbico, orina turbia o mal oliente, hematuria). Guía de Observación al Personal de

66

Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

GRAFICO # 11

Valora la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **67**

GRAFICO # 12

Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de drenaje de la sonda, nunca en el catéter. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **68**

GRAFICO # 13

Explica al paciente el procedimiento que vamos a realizar, asegurándole que no es doloroso, sino ligeramente molesto. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **69**

GRAFICO # 14

Realiza el ejercicio vesical 24 horas antes de retirar el catéter vesical. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. **70**

GRAFICO # 15

Retira la sonda suavemente y si el paciente es autónomo indicarle que se lave bien la zona, sino lo es, proceder a su limpieza. Guía de **71**

Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

GRAFICO # 16

Anota la diuresis existente en la bolsa de drenaje, y las características de la misma, así como la hora en que se realiza la retirada. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” **72**

GRAFICO # 17

Controla las micciones tras la retirada de la sonda por si apareciera alguna alteración. En pacientes pos operados puede aparecer disuria y polaquiuria, ambas alteraciones son normales después de una intervención y mejora con el paso del tiempo. Guía de Observación al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. [2] **73**

² (Menoscal, 2014)

RESUMEN

Por la relevancia que tiene el presente estudio, justifica sin lugar a duda, el abordaje de las intervenciones de enfermería al aplicar el Proceso de atención (PAE) donde se determinó la dimensión del cuidado en pacientes con catéter urinario, esta investigación tiene como **objetivo** determinar la intervención de enfermería en factores de riesgo de infecciones asociado al catéter urinario temporal en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, de diciembre del 2013 a Abril del 2014. La metodología que se utilizó en este estudio fue observacional - descriptivo, porque me permitió recolectar información necesaria para ubicar y reconocer la situación o problema de investigación. El **Universo y muestra** está constituido por 76 pacientes con procedimiento de cateterismo vesical, y por el personal de enfermería (15 licenciadas y 16 auxiliares distribuidas en 3 turnos) que laboran en el servicio de Medicina Interna. Dando como **resultados** los siguientes datos sobre la edad del personal de enfermería que labora es de 20 a 35 años, de sexo femenino, tienen + de 7 años de experiencia laboral. Mediante una guía de observación al personal de enfermería que labora en la unidad Hospitalaria en estudio, no observa periódicamente la permeabilidad de la sonda, ni fija la sonda y funda recolectora para evitar tirones, no realiza el aseo perineal. Por todas estas razones se debe educar a todo el personal de atención en salud sobre las alternativas disponibles al cateterismo urinario, sus cuidados, mantenimiento y los procedimientos para el manejo y remoción de sondas vesicales.

Palabras claves: catéter urinario temporal, personal de enfermería, pacientes. Educación.

ABSTRACT

For the relevance of this study, undoubtedly justifies the approach of nursing interventions to implement the process of care (PAE) where the dimension of care in patients with urinary catheter was determined, this research aims to determine nursing intervention on risk factor of infections associated with temporary urinary catheter in patients treated at the Department of Internal Medicine Specialty Hospital Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Ponton ", December 2013 to April 2014 The methodology used in this study was observational - descriptive, because it allowed me to gather information needed to locate and recognize the situation or research question. The Universe consists of 76 patients with bladder catheterization procedure, and nurses (15 licensed and 16 auxiliary distributed in 3 shifts) working in the Service of Internal Medicine. Giving as results the following age of nurses is 20 to 35 years old, female, have 7 + years of work experience. By an observation guide nurses working in the unit Hospital study, not regularly observed permeability of the probe or probe sets and collector case to avoid jerking, performed the perineal toilet. For all these reasons must educate all health care staff on alternatives to urinary catheterization, their care, maintenance and procedures for handling and removal of urinary catheters.

Keywords: temporary urinary catheter, nurses, patients. Education.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

“Desde la Asamblea Mundial de la Salud del 2002, reconoce la seguridad del paciente como un problema serio de salud pública, especialmente en los países en desarrollo, en los cuales el riesgo de infección intrahospitalaria es mayor. Como respuesta la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó en el año 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con énfasis en una atención limpia y segura. En el año 2007 al 2008, hacen la reforma en “la cirugía segura salva vidas”, con importancia de la profilaxis antibiótica y en el 2008 y 2009, “la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos”. [3] (OMS, 2002)

En América Latina, la epidemiología hospitalaria está enfocada prioritariamente en la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias, control y prevención. Por lo que el cateterismo o sondaje vesical es un procedimiento invasivo frecuente en los ingresos hospitalarios, ya que se realiza en un 10-15% en los pacientes ingresados y es la causa más frecuente de infecciones urinarias y nosocomiales, evidenciadas en la prolongación hospitalaria que va de 2 a 10 días. Entre el 30 y el 45% de las infecciones nosocomiales tienen su origen en un foco infeccioso y de estas un 80% están asociadas al sondaje vesical.[4] (<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

En el Ecuador no es la excepción por lo que está demostrado según datos estadísticos que representan el 43% de las infecciones urinarias incluido el sondaje vesical manifestado en pacientes ingresados. Las infecciones de vías urinarias en los pacientes hospitalizados en el servicio de estudio son más grave que la ambulatoria por dos razones básicas: la primera es que el paciente ingresa con un diagnóstico establecido pero al transcurrir el tiempo en su estadía hospitalaria adquiere otra patología, y la segunda es que su

³ (OMS, 2002)

⁴ (<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

sistema inmunológico se deprime y los agentes causales son gérmenes hospitalarios resistentes a los antibióticos. (<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

Por lo que desde el punto de vista científico, me permite conocer la importancia de la teoría de enfermería Virginia Henderson aplicada al cuidado de los pacientes con sonda uretral temporal, hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de la Institución de Salud en estudio, y la educación a su familia que es un elemento fundamental y clave en la prevención de secuelas y complicaciones. Esta teoría sustenta y justifica el cuidado de enfermería en los pacientes críticos por las 14 necesidades básicas, donde se plantean cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería.

Cabe resaltar la prioridad que se manifiesta en la preocupación por los pacientes así como destacar la experiencia y la estrategia principal, como es “el proceso de atención de enfermería,” sus elementos fundamentales en el servicio de enfermería, dada la relevancia de esta investigación, se tomará como parte de este estudio, al personal de enfermería, quienes deben identificar los factores de riesgo que intervienen en las infecciones asociadas al catéter urinario temporal y a la vez conocer los procesos que se aplican en la atención de estos pacientes, tomando en cuenta que se deben establecer intervenciones de enfermería, que permitan tomar decisiones rápidas y efectivas para proporcionar los cuidados adecuados, y mejorar la calidad de vida del usuario en la estancia hospitalaria. (<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

La finalidad de este estudio, al finalizar la investigación, es que se aplique el protocolo propuesto así como mantener estrictas normas de asepsia antisepsia cuyos resultados sirvan de punto de inicio para mejorar sobre este aspecto que de cierta manera es tomado a la ligera.”^[5] (Saint S C. , 2008)

⁵ (Saint S C. , 2008)

RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO

Este proyecto de investigación se realizó basado en la alta incidencia de infecciones urinarias en los pacientes con cateterismo vesical hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, donde observó el déficit de cuidado proporcionado por el personal de enfermería en el mantenimiento del sondaje vesical en los pacientes en estudio evidenciado en la escasa valoración de la permeabilidad y la condición de la orina, como por ejemplo el color, el olor, la cantidad y la apariencia de la misma; además de no realizar el aseo del área genital, descartar la orina, sujetarla la sonda y funda recolectora. Cabe mencionar que son los familiares de los pacientes hospitalizados los que realizan las actividades antes mencionadas sin el conocimiento en el uso correcto de las medidas de bioseguridad que requiere el cuidado del sondaje vesical y en ocasiones lo realiza el paciente. (Menoscal, 2014)

JUSTIFICACION

Esta investigación desde el punto de vista científico, me permite citar a la teórica de enfermería Virginia Henderson que sustenta y justifica el cuidado de enfermería en los pacientes críticos con las 14 necesidades básicas, donde se plantean cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería.

Como también nos habla de la importancia, la identificación de factores de riesgo, valoración e intervenciones que nos permitan tomar decisiones acertadas en este proceso que repercutirá en el mejoramiento de la salud y el nivel de vida del usuario.

Por la relevancia que tiene el presente estudio, justifica sin lugar a duda, el abordaje de las intervenciones de enfermería al aplicar el Proceso de atención (PAE) donde se determinó del dimensión del cuidado en pacientes con catéter urinario, en el servicio de Medicina Interna del hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, fundamentado en la aplicación de un protocolo.

En el aspecto social será de beneficio para la institución de salud por los resultados obtenidos ya que se identificó el grado de preparación o nivel de conocimiento del personal de enfermería en relación a este tema, como también se proporcionó sugerencias que ayudaron a mejorar los cuidados de enfermería en pacientes con sondaje vesical, evitando los riesgo de infecciones nosocomiales. (Menoscal, 2014)

Dentro de los líneas de investigación de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil está enmarcado en la línea de Enfermería Clínica y en plan Nacional del Buen Vivir Versado en el Objetivo tres, donde se refiere al mejoramiento de la calidad de vida de la población y en el MAIS-MPS en la gestión del cuidado de enfermería en atención primaria de salud con modelo de atención de atención integral. (Enfermería, 2013)

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las infecciones del tracto urinario representan un porcentaje que va del 23 a 30% del total de las infecciones adquiridas durante el ingreso hospitalario, las posibles complicaciones de estas infecciones son el absceso uretral, epididimitis, orquitis, prostatitis, reflujo vésico-uretral, pielonefritis, litiasis renal y neoplasia vesical (en sondajes de muy larga duración). La mortalidad es baja y está especialmente relacionada con la bacteriemia secundaria, que ocurre del 0,5 al 4% de estos enfermos”.

Las medidas de prevención aplicadas en el correcto cateterismo vesical son el mejor camino para reducir la incidencia de las infecciones urinarias asociadas al sondaje. Y son de tres tipos los cuidados generales, indicaciones del sondaje vesical, duración del cateterismo. El Hospital de Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón”, ubicado al suroeste de la ciudad de Guayaquil, en las calles 29^{ava} y Galápagos, de 4to nivel de especialidades a través del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, tiene servicios de Emergencia, Consulta Externa, Salas de todas las especialidades cuenta personal profesional y no profesional en la atención y cuidado directo al paciente, esta institución ofreció el apoyo para el desarrollo de este estudio para disminuir el riesgo de infecciones como la formación de la falsa vía uretral, infección urinaria, retención urinaria por obstrucción de la sonda causada por la acumulación de sedimentos.

En mis pasantías rotativa de enfermería en las diferentes servicios del Hospital de Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón”, observé el déficit de cuidado de atención por parte del personal que da la atención directa al cliente en mención, constatando la poca valoración de la permeabilidad, el aseo del área genital, descartar la orina, sujetarla la sonda y bolsa recolectora, ni el registro de las condiciones de la orina como por ejemplo el color, el olor, la cantidad y la apariencia de la orina, además del cuidado en el proceso de la conexión del extremo distal que va de la bolsa recolectora a la sonda

vesical al no cumplir con este procedimiento se convierte en una puerta de entrada de bacterias, dejando a un lado las normas de bioseguridad.

Como otro punto importante debo mencionar, que son familiares o los mismos pacientes hospitalizados que realizan la eliminación de la orina de la bolsa recolectora sin aplicar ninguna medida de protección donde se hace necesario la educación al paciente y familia para realizar dicho proceso.

Con lo expuesto las infecciones urinarias intrahospitalaria están consideradas como una más de las infecciones nosocomiales según criterios microbiológicos en cultivo cuantitativo de orina con resultados positivos ($\geq 10^5$ microorganismos/ml, con aislamiento de 2 especies microbianas, como máximo). Las bacterias causantes provienen de la flora intestinal, ya sea normal (*Escherichiacoli*) o contraída en el hospital (*Klebsiellapolifarmacorresistente*).

Esta situación refleja la vulnerabilidad que se encuentran expuestos los pacientes en lo referente a las infecciones nosocomiales en los diferentes servicios de la Institución en estudio. La infección urinaria se define como la respuesta inflamatoria local o sistémica causada por la colonización de la vía urinaria por algún germen, como por ejemplo la *Klebsiella*, demostrada por la presencia de ésta en el tracto urinario, la respuesta del hospedero a la invasión bacteriana y la exclusión de otro foco infeccioso. (Menoscal, 2014)

ANTECEDENTES

La definición de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ITUAC) varía en los estudios publicados y los términos “bacteriuria” e “Infección del Tracto Urinario” (ITU) con frecuencia son usados de manera indistinta. Se ha comprobado que niveles de bacteriuria o funguria $>10^3$ Unidades de Formadoras de Colonias (UFC) son altamente predictivas de (ITUAC) porque en 24 o 48 horas dichos niveles aumentan a 10^5 UFC.

Algunos expertos en medicina de rehabilitación sugieren que la bacteriuria en pacientes sometidos a cateterización intermitente equivale a 10^3 UFC o cualquier nivel de crecimiento bacteriano detectable si este se relaciona con catéter permanente.

Finalmente otros especialistas consideran como (ITUAC) crecimientos mayores o iguales 10^2 UFC de un patógeno predominante especialmente si se asocian a piurina. La piurina se ha considerado universalmente como esencial para identificar Infección del Tracto Urinario en pacientes no cateterizados porque se ha encontrado que tiene un excelente valor predictivo sin embargo esta no puede ni debe usarse como un criterio aislado para indicar un cultivo urinario en pacientes portadores de sonda ya que su sensibilidad y valor predictivo positivo son bajos: 36% para $>10^3$ UFC y 32% para $>10^5$ UFC.”^[6] (Weinstein JW, 2009)

⁶ (Weinstein JW, 2009)

CONTEXTUALIZACION DE TIEMPO Y ESPACIO

El estudio se realizó en el tiempo de cinco meses, de diciembre del 2013 a abril del 2014; y el espacio donde se llevará a cabo esta investigación, es el servicio de Medicina Interna del hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”. Este hospital tiene una estructura adecuada que permite la atención de los pacientes diarios en la Consulta Externa y en el área de hospitalización en todas sus especialidades, garantizando una atención digna en un ambiente agradable para un buen vivir.

El objeto de referencia para esta investigación, es el hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, ubicado al suroeste de la ciudad de Guayaquil, en las calles 29^{ava} y Galápagos, de 4to nivel de especialidades a través del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tiene servicios de Emergencia, Consulta Externa, Salas de todas las especialidades y con el personal capacitado en la atención y cuidado directo al paciente. Esta institución ofrece el apoyo para el desarrollo de este estudio, para disminuir el riesgo de las infecciones como la formación de la falsa vía uretral, infección urinaria, retención urinaria por obstrucción de la sonda, para mejorar la estancia hospitalaria de estos pacientes.

El hospital tiene una cobertura de atención de 76 pacientes hospitalizados (promedio mensual) en el servicio de Medicina Interna, de los cuales existe un promedio mensual de 20 pacientes con procedimiento de cateterismo vesical, que serán escogidos para el estudio. Referente al personal que labora en el servicio y que proporciona cuidados a estos pacientes, tenemos un total de 31 enfermeras, de las cuales 15 son licenciadas y 16 auxiliares distribuidas en 3 turnos; mañana de 7:00 a 13:30; tarde de 13:00 a 19:30 y noche 19:00 a 07:30. (Menoscal, 2014)

OBJETO DE ESTUDIO

El paciente es el que recibe los medios invasivos y en este caso el catéter urinario donde da lugar a la presencia de micro organismos causantes de las infecciones urinarias lo que implica para el paciente mayor tiempo de permanencia hospitalaria. Además de verse expuesto a la necesidad de recibir esquema prolongado de antibióticos que deben ser administrados por vía endovenosa, lo que ocasiona abrir otra puerta de entrada (veno-punción) creándole riesgo de contraer una nueva infección.

El objeto de este estudio es determinar las intervenciones de enfermería en factores de riesgo de infecciones asociado al catéter urinario temporal en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón". (Menoscal, 2014)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las intervenciones de enfermería en factores de riesgo de infecciones asociado al catéter urinario temporal en pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, de diciembre del 2013 a abril del 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer mediante un test el nivel de conocimiento del personal de enfermería del servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, sobre el procedimiento correcto a utilizar en el sondaje vesical.
- Identificar el nivel de cumplimiento de las medidas de bioseguridad al realizar el procedimiento de cateterismo urinario, que efectúa el personal de enfermería.
- Elaborar protocolos de atención de enfermería en la colocación de catéter urinario temporal para disminuir el riesgo de las infecciones y mejorar la calidad de atención en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”. [7] (Menoscal, 2014)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los factores de riesgo que intervienen en las infecciones asociadas al catéter urinario temporal en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, de diciembre del 2013 a abril del 2014?

⁷ (Menoscal, 2014)

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1.- INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS.

La definición de Infección del Tracto Urinario Asociada al Catéter (ITUAC) varía en los estudios públicos. Se ha visto que a niveles de bacteriuria y fungiria $>10^3$ Unidades Formadoras de Colonias (UFC) evolucionan rápidamente a valores $>10^3$ (UFC). Se han encontrado varios factores de riesgos para desarrollar (ITUAC), entre ellos géneros femeninos, edad >60 años uso prolongado de catéter, estancia hospitalaria larga, manejo inapropiado de la sonda y estado que favorecen la inmunosupresión como la Diabetes, Mellitus entre otros.

Hasta el 20% de pacientes hospitalizados (en los cuales aumentan de 2.4 a 6 días extra de estancia hospitalaria) y 4% de los que se manejan bajo cuidado domiciliario requerirán catéter urinario. Las indicaciones más comunes para el uso de catéter urinario incluyen: obstrucción, incontinencia o retención urinaria que no se resuelve con maneja médico, como ayuda de cirugía urológica, medición de uresis, pacientes en enfermedad terminal severamente incapacitados, etc.

En el mundo se realizan millones de cateterismos de vías urinarias asociándose a riesgo de infección por procedimiento aproximadamente de 1 a 2% más 5% por día de permanencia de la sonda. Se han realizados diversos estudios y procedimientos con la finalidad de prevenir las (ITUAC), sin embargo los resultados efectivos solo son aplicables para periodos cortos de tiempo, en realidad lo importante es prevenir las complicaciones de la bacteriuria omnipresente como fiebre, pielonefritis o bacteremia. Otras complicaciones por su uso incluyen: cálculos vesicales, obstrucción del catéter, estenosis uretral entre otras.

EPIDEMIOLOGÍA

La infección del tracto urinario es la más común de las infecciones nosocomiales, representando de un 23 a un 30% del total de las infecciones adquiridas durante el ingreso hospitalario, con una prevalencia del 2%. Aumenta la estancia hospitalaria una media de 4 días, con el consiguiente incremento en los costes hospitalarios. En cuanto a la morbilidad, las posibles complicaciones de estas infecciones son el absceso uretral, epididimitis, orquitis, prostatitis, reflujo vésico-ureteral, pielonefritis, litiasis renal y neoplasia vesical (en sondajes de muy larga duración).

La mortalidad es baja y está especialmente relacionada con la bacteriemia secundaria, que ocurre del 0,5 al 4% de estos enfermos. El cateterismo vesical (CV), que consiste en la introducción de una sonda a través de la uretra con fines diagnósticos y/o terapéuticos, es el factor más influyente para desarrollar una infección urinaria. Aproximadamente el 75% de las infecciones del tracto urinario inciden en pacientes que han requerido sondaje vesical. Se calcula que el 10% de los pacientes ingresados en un hospital son sometidos a CV y de ellos un 10% sufrirán una infección urinaria.

A través de la aplicación de una serie de medidas médicas e higiénico-sanitarias es posible disminuir en aproximadamente un 30% las complicaciones infecciosas del cateterismo vesical.

DEFINICIÓN

La definición de infección urinaria no ha sido uniforme. Actualmente se considera que debe reunir unos criterios microbiológicos (>100.000 unidades formadoras de colonias de un único germen por ml) y criterios clínicos (fiebre, disuria, poliaquiuria, dolor suprapúbico). Para algunos autores sería suficiente con una bacteriuria de 100 ufc /ml con leucocituria mayor de 10 leucocitos/ml y la presencia de sintomatología clínica. Se conoce poco sobre los factores

que determinan el paso de una bacteriuria asintomática a una infección clínicamente manifiesta.”^[8] (Tambyah PA M. D., 2010)

PATOGENIA

Los gérmenes invaden el tracto urinario por vía ascendente, ya sean de fuente endógena (flora intestinal y uretral del paciente) o exógena (microorganismos propios del personal sanitario o por transmisión cruzada de otro paciente). Existen diferentes vías de acceso de microorganismos:

- Perisonda o vía extraluminal. Es la vía más frecuente. Los microorganismos ascienden por el espacio entre la mucosa uretral y la superficie externa del catéter.
- Vía intraluminal o por migración retrógrada a través del sistema de drenaje (unión catéter-tubo colector y orificio de drenaje de la bolsa colectora).
- Durante la inserción del catéter, se arrastran hacia el interior los microorganismos del extremo distal de la uretra.

FACTORES DE RIESGO

Existen factores de riesgo intrínseco, relacionados con el paciente. Son factores que alteran los mecanismos de defensa normales (flora periuretral habitual, acidez de la orina, inmunidad humoral, superficie mucosa intacta, vaciado vesical). Entre éstos se cuentan la edad avanzada, el sexo femenino, patología de base como la insuficiencia renal, diabetes mellitus, inmunodepresión, malformaciones, etc. Los factores de riesgo extrínseco son fundamentalmente el tratamiento antibiótico (porque puede alterar la flora) y el sondaje vesical (especialmente el sistema abierto), ya que produce un trauma local con inflamación, lo que facilita la infección.”^[9]

⁸ (Tambyah PA M. D., 2010)

⁹ (Saint S K. S., 2006)

ETIOLOGÍA

Los microorganismos más frecuentemente aislados en las infecciones urinarias son los Gram negativos y enterococcus derivados de la flora intestinal (Escherichia Coli, Proteus mirabilis, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella). El número de microorganismos es mayor conforme aumenta la duración del sondaje. Los pacientes en tratamiento antibiótico tienen especial riesgo de infectarse por microorganismos multirresistentes, entre los que se encuentran Pseudomonas aeruginosa, Serratia marcescens, Providencia stuartii, Staphylococcus coagulasa negativo, Cándida albicans.

PREVENCIÓN

Las medidas de prevención dirigidas a la correcta indicación del cateterismo vesical son el mejor camino para reducir la incidencia de las infecciones urinarias asociadas al sondaje. Estas medidas pueden encuadrarse en tres tipos de estrategias:

CUIDADOS GENERALES

- Uso restringido (sondar solamente cuando sea estrictamente necesario) y retirada precoz y oportuna de los catéteres vesicales. Se debe reconsiderar diariamente la posibilidad de prescindir de la sonda.
- Colocación y mantenimiento por profesionales entrenados. Educar al personal y al paciente en los cuidados higiénicos necesarios, insistiendo en el lavado de manos previo a cualquier manipulación del sistema del catéter-tubo-bolsa y en la realización de los cuidados perineales necesarios.
- Colocación de sistemas de buena calidad en pacientes con cateterismo prolongado (mayor de 15 días); evitar el uso de la sonda de látex. Emplear el calibre adecuado a la situación urológica (estrechez uretral,

coágulos). Se debe emplear un equipo de sondaje estéril con utilización de guantes estériles introduciendo la sonda previa limpieza de la zona perineal y meato uretral con agua y jabón.

- Se debe aplicar lubricante hidrosoluble para introducir la sonda. Las bolsas deben cambiarse cuando se cambia la sonda, si se rompen o presentan escapes o cuando se acumulan sedimentos o adquieren un olor desagradable.
- Empleo de sistemas de drenajes cerrados y estériles. No separar la unión catéter-tubo de drenaje. El vaciado de la bolsa se realizará a través de la válvula de salida evitando que ésta se contamine por el contacto con el recipiente de recogida o con el suelo. La sonda de látex se suele cambiar cada 15 días y la de silicona cada mes. Asegurar siempre un flujo de orina descendente y continuo. Mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga del paciente y eliminar acodaduras de la sonda y del tubo colector. No debe realizarse el pinzamiento intermitente de la sonda para entrenamiento vesical, ya que es ineficaz y aumenta el riesgo de infección.
- La irrigación urinaria estará indicada sólo cuando haya peligro de obstrucción por hemorragia después de cirugía urológica. No movilizar la sonda de dentro hacia fuera o viceversa. Si se requiere movilizarla debe hacerse en sentido rotatorio. Para movilizar al paciente o trasladarlo de cama hay que pinzar la sonda, evitando siempre pinzamientos de más de 2 horas. Las muestras de orina para urocultivo se deben tomar a través de una sonda recién colocada o por punción-aspiración de la sonda en el punto más proximal. Se cierra con una pinza el sistema de drenaje durante unos instantes y se desinfecta con una solución antiséptica el punto de toma de la muestra.

También puede utilizarse la vía suprapúbica.- Urocultivo post-cateterismo: se realizará a los 7 días de la retirada de la sonda.- A los pacientes con enfermedad cardíaca se les dan antibióticos como profilaxis de endocarditis en el momento de la inserción y remoción del catéter.

INDICACIONES DEL SONDAJE VESICAL

Control de diuresis en pacientes con shock u oligoanuria o si requieren diuresis forzada, etc. (para evaluar estado hemodinámico). Retención urinaria (utilizando sonda permanente hay más episodios de infección urinaria que si se emplean sondajes intermitentes pero estos dan más frecuentemente episodios de retención) Algunos casos de cirugía mayor o cirugía sobre la uretra, Cistografías retrógradas. Casos especiales de incontinencia urinaria (suele ser preferible la utilización de pañales hidrófugos y/o colector).

DURACIÓN DEL CATETERISMO

- **Corto tiempo:** duración menor de 30 días. Se emplea en pacientes hospitalizados, en patología aguda. En algunos casos se puede pasar precozmente a utilizar pañales hidrófugos o colectores para poder retirar la sonda vesical. No se aconseja la profilaxis antibiótica de rutina, porque aunque pospone la bacteriuria no la previene y se aumentan las resistencias de los microorganismos. Se dan antibióticos en bacteriurias sintomáticas o si el urocultivo realizado a la semana de retirado el catéter es positivo.
- **Largo tiempo:** duración mayor de 30 días. Se emplea en pacientes crónicos, que hacen retenciones urinarias frecuentes. En estos casos no es posible prevenir la bacteriuria, por lo que se debe intentar evitar que aparezcan complicaciones (prostatitis, pielonefritis, epididimitis, bacteriemia, obstrucción del catéter, litiasis, fístulas, insuficiencia renal, cáncer de vejiga). Lo más frecuente es la obstrucción de la sonda, en cuyo caso se cambia todo el sistema. Para prevenirla es útil el evitar acodaduras. Se dan antibióticos si hay sintomatología de infección,

previa toma de urocultivo y cambio del sistema. Se proseguirá con antibioterapia según urocultivo.

En algunos casos se puede pasar al cateterismo intermitente o bien a la utilización de pañal o colector externo.

Intermitente: Se realiza cada cierto tiempo (en general cada 6-8 horas). Es una técnica habitual en el mantenimiento de la funcionalidad de la vejiga neurógena.

Debe utilizarse una técnica de cateterismo aséptica. El cateterismo intermitente tiene menor incidencia de infecciones, litiasis e insuficiencia renal que el permanente pero ocasiona más uretritis, falsas vías y lesiones de mucosa uretral.” (Saint S L. B., 2007)

“Los CDC de USA han clasificado las medidas preventivas para evitar las infecciones del tracto urinario entre los pacientes con sonda vesical de corta duración, según la evidencia científica de su eficacia, en diferentes categorías:

Categoría I: Adopción altamente recomendada

- Educar al personal respecto a las técnicas de inserción y mantenimiento de las sondas.
- Evitar los sondajes innecesarios.
- Lavarse las manos antes y después de cualquier manipulación de la sonda.
- Insertar la sonda de forma aséptica utilizando un equipo y guantes estériles.
- Fijar la sonda después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral.
- Utilizar sistemas de drenaje cerrado, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa.
- Si es necesaria la irrigación, se usará un método de irrigación intermitente.

- Las muestras de orina se obtendrán por métodos asépticos.
- Se mantendrá siempre un flujo urinario constante, libre de obstáculos.

Categoría II: Adopción moderadamente recomendada

- Reeducar periódicamente al personal respecto al mantenimiento de las sondas.
- Utilizar la sonda de menor calibre posible.
- No practicar irrigación continua de la vejiga como medida anti infecciosa de rutina.
- No realizar cuidados rutinarios del meato con desinfectantes o antimicrobianos tópicos.
- No cambiar la sonda de forma reiterada en intervalos fijos.

Categoría III: Adopción menos recomendada

- Aislamiento de los pacientes infectados.
- Monitorización bacteriológica rutinaria.
- Considerar otras técnicas alternativas antes de recurrir a un sondaje urinario.
- Reemplazar el sistema colector cuando haya sido interrumpido el drenaje cerrado.

Medidas que requieren consideración

- Utilización de sondas con recubrimiento de plata o materiales hidrofílicos.
- Adición de antimicrobianos a la bolsa colectora en determinadas situaciones.
- Profilaxis antibiótica en grupos seleccionados de pacientes.
- Descontaminación selectiva del tracto intestinal.

TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento de las bacteriurias asintomáticas en pacientes sondados, la mayoría de los autores coinciden en que no deben ser tratadas, ya que el uso abusivo de antimicrobianos podría determinar una selección de gérmenes resistentes que darían lugar a infecciones nosocomiales de difícil tratamiento y complicado control. Sólo en tres ocasiones estaría justificado el uso de antibióticos:

- Pacientes que van a ser sometidos a cirugía urológica (para evitar sepsis post-cirugía).
- Pacientes con valvulopatías cardíacas (para prevenir endocarditis).
- Pacientes con sondajes de larga duración y con historia de obstrucciones repetidas en los que se detecte la existencia de gérmenes productores de ureasa (ej: *Proteus mirabilis*).

Es evidente que cualquier infección del tracto urinario que origine síntomas debe ser tratada con el antibiótico más apropiado según el urocultivo. Parece aconsejable que cuando se decide tratar una infección urinaria se proceda también al cambio de la sonda vesical, pues los microorganismos que están adheridos a sus paredes pueden burlar la acción de los antibióticos y provocar nuevas infecciones.

La elección del antibiótico dependerá de criterios micro epidemiológicos y de la gravedad del paciente, así como de la posibilidad de disponer con rapidez de un antibiograma. Las fluoroquinolonas pueden ser una buena opción para iniciar un tratamiento empírico oral en las infecciones leves y moderadas, mientras se esperan los resultados del cultivo y del antibiograma. Si la infección urinaria tiene criterios de mayor gravedad puede emplearse una cefalosporina de 3ª generación con actividad anti-pseudomonas (ceftazidima) por vía parenteral o si se desea cubrir la posibilidad de un enterococo, puede

administrarse una ampicilina asociada a un aminoglucósido activo frente a pseudomonas (tobramicina) también por vía parenteral y siempre a la espera de los resultados del cultivo y del antibiograma.^[10] (<http://hgo3guardiaagpc2010.blogspot.com/2010/06/>, 2010)

Por lo que respecta a las candidurias, presentes frecuentemente en pacientes sondados, casi nunca requieren tratamiento antifúngico específico y suelen desaparecer con la retirada de la sonda. Sólo ocasionalmente en casos de candidurias con relevancia clínica puede hacerse necesario el uso de irrigaciones vesicales con anfotericina B o antifúngicos sistémicos (flucitosina, fluconazol, etc.).^[11] (Tambyah PA K. V., 2008)

COLOCACION DE LA SONDA VESICAL

Una sonda es un tubo de látex o de silicona cuya consistencia depende de su composición. Su tamaño esta calibrado en unidades francesas (CH) que miden la circunferencia externa. Las sondas vesicales tienen uno o varios orificios en la parte distal. Pueden tener 1, 2 ó 3 vías distintas. Las sondas de una vía suelen ser rígidas y se utilizan para sondajes intermitentes.

Las sondas de 2 vías se usan para sondajes permanentes y la segunda vía sirve para hinchar el balón con agua bidestilada para fijarla. La primera vía lleva una guía para facilitar la introducción. En niños prematuros y lactantes pequeños se puede retirar la guía antes de sondar para minimizar el riesgo de provocar una falsa vía. En las sondas de tres vías, la tercera vía se utiliza para irrigar la vejiga de forma continua. (<http://hgo3guardiaagpc2010.blogspot.com/2010/06/>, 2010)

SONDAS VESICALES

Las sondas urinarias son unos dispositivos que constan básicamente de tres partes:

¹⁰ (<http://hgo3guardiaagpc2010.blogspot.com/2010/06/>, 2010)

¹¹ (Tambyah PA K. V., 2008)

- La punta (es la porción por la que la sonda se introduce en la uretra),
- El cuerpo,
- El embudo colector o pabellón (es la porción por la que sale la orina).

La oferta posible de catéteres vesicales es muy amplia y se puede clasificar desde diferentes puntos de vista:

- Según la duración del sondaje (intermitente, temporal, permanente).
- Según el material del catéter.
- Según el calibre y la longitud.
- Según la duración del sondaje

El catéter para el sondaje intermitente se caracteriza por ser semirrígido y por poseer una sola luz. Los tipos más frecuentes son:

- Sonda de Nélaton. Tiene la punta recta. Se usa tanto en hombres (más larga) como en mujeres (más corta).
- Sonda de Tiemann. Tiene la punta acodada y más fina, lo cual facilita el avance en el caso de los varones con la uretra estrecha.

El catéter que se usa para los sondajes tanto temporales como permanentes es un dispositivo flexible con las siguientes particularidades:

En la zona próxima a la punta posee un balón de autorretención que se infla desde una válvula externa que se encuentra cercana al pabellón (sondas tipo Foley). La capacidad del balón aparece impresa en el embudo colector, así como en el envoltorio de la sonda (generalmente entre 5 y 20 cm³).

- En el embudo colector se conecta el sistema de drenaje que se haya elegido (también se puede colocar un tapón).
- Pueden ser de dos vías (una para evacuar la orina y otra para inflar el balón desde el exterior) o de tres (se añade una tercera vía para poder introducir o sacar líquido de la vejiga).”^[12] (Talja M, 2010)

¹² (Talja M, 2010)

Según el material del catéter:

El material con el que ha sido elaborado el catéter va a determinar sus características, que son las siguientes:

- Elasticidad,
- Coeficiente de fricción (preferiblemente bajo),
- Biodurabilidad (tiempo máximo de permanencia sin deteriorarse),
- Biocompatibilidad (capacidad de inducir reacciones o toxicidad),
- Tendencia a la incrustación (precipitación de mucoides y cristaloides),
- Tendencia a la adherencia bacteriana.

Los catéteres están hechos con biomateriales poliméricos que pueden ser naturales (látex) o sintéticos (cloruro de polivinilo, teflón, silicona u otros plásticos más modernos):

- El látex ha sido el material de uso estándar, ya que es blando y maleable. Sin embargo, puede presentar incrustación rápida y toxicidad local con inducción de estenosis uretral. Su duración es de hasta 45 días.
- La silicona es más adecuada para el sondaje permanente, al ser más biocompatible (induce estenosis uretral con menor frecuencia) y muy resistente a la incrustación. Sin embargo, su excesiva flexibilidad obliga a fabricar catéteres de paredes gruesas y con orificios de drenaje pequeños, mientras que su permeabilidad permite el desinflado progresivo del balón de retención (lo que conduce a la pérdida de la sonda o al recambio precoz). Como los catéteres de silicona pura son más caros, la mayoría están fabricados con látex que se recubre con silicona o teflón para mejorar su tolerancia y facilitar su inserción. Pueden durar hasta 90 días.
- El cloruro de polivinilo (PVC) es un material más rígido y permite proporciones diámetro externo/interno óptimas para un drenaje adecuado. Es mejor tolerado que el látex y más barato que la silicona,

aunque no es apto para el uso a largo plazo por la rápida incrustación que presenta.

- Los materiales más modernos de superficie hidrofílica, por su mayor biocompatibilidad y su menor coeficiente de fricción, reducen la irritación de la mucosa y la incrustación.
- El grado de adherencia bacteriana a la superficie del catéter es mayor con el látex y la silicona, variable con el teflón y escasa con los catéteres con superficie hidrofílica.

Según el calibre y la longitud de la sonda:

El calibre de la sonda se expresa según la escala francesa de Charrière (Ch), siendo un Ch equivalente a 0.33 mm. Son sinónimos de Ch las unidades French (FR) y French Gauge (FG). Los calibres disponibles se escalonan de dos en dos. La longitud varía dependiendo del tamaño de la uretra (varón, mujer o niños) y del propósito del cateterismo y se expresa en centímetros o en pulgadas (una pulgada equivale a 25 mm).

Tanto en el pabellón de la sonda como en su envoltorio aparecen impresos el calibre y la longitud del catéter. La válvula a veces presenta un código de color para facilitar su identificación rápida. En la elección del calibre de la sonda se tendrá en cuenta que la uretra del varón tiene un diámetro que oscila entre 20 a 30 Ch y la de la mujer entre 24 a 30 Ch. Una recomendación práctica es comenzar con una sonda de 18 Ch y, si hay dificultad, intentarlo con sondas más delgadas. Las medidas más habitualmente empleadas son las siguientes:

- Calibre: 8 Ch para los niños, entre 14 y 18 Ch para los hombres y entre 16 y 20 Ch para las mujeres.
- Longitud estándar: 41 cm (aunque en las mujeres y los niños la sonda puede ser más corta).

Como resumen: En la práctica habitual se actúa de la siguiente manera:

Para cateterismos únicos o intermitentes se utilizan los de PVC, simples, sin balón, de punta recta (Nélaton) o angulada (Tiemann).

Para los sondajes temporales y permanentes se prefieren los de látex recubiertos de silicona o de silicona pura, tipo Foley, con dos o tres vías según cada caso.

Los sistemas colectores se pueden clasificar desde diferentes puntos de vista:

Según la facilidad con la que se pueden contaminar: cerrados o abiertos (menos y más proclives a la contaminación respectivamente).

Según el tipo de paciente: encamado (sistema colector para cama) o ambulante (sistema colector para pierna).

Sistema colector cerrado

Es el más completo y seguro, ya que presenta varios mecanismos que dificultan la contaminación bacteriana. Consta de las siguientes partes:

Tubo de drenaje. Es un tubo flexible que se encuentra en la parte superior de la bolsa y que está unido herméticamente a ella. Puede disponer de una o dos válvulas unidireccionales (una en la porción del tubo que conecta con la sonda urinaria y la otra en la zona de conexión con la bolsa de drenaje) que dificultan el reflujo de la orina.

Tubo de drenaje de la bolsa. Se halla situado en la parte inferior de la bolsa y también está unido herméticamente a ella. Posee una llave de paso que, al abrirla, permite el vaciado de la bolsa así como la posibilidad de tomar muestras (sistema cerrado).

Respiradero de la bolsa. Es un pequeño orificio por el que entra aire, con el fin de facilitar el vaciado de la bolsa.

Filtro para bacterias. El orificio del respiradero posee un filtro que impide que las bacterias del medio externo penetren en el sistema.

Dispositivo para colgar la bolsa. Se encuentra en su parte superior. Posee dos ganchos a modo de percha que permiten colgar la bolsa del lateral de la cama.

Escala graduada. Permite conocer la cantidad de orina existente en la bolsa en un momento dado.

Sistema colector abierto

La bolsa posee únicamente la escala graduada y el tubo de drenaje, lo cual presenta una serie de inconvenientes:

- No se puede vaciar cuando está llena de orina. Por ello, cada vez que se precisa el recambio de la bolsa, hay que desconectar el tubo de drenaje de la bolsa llena y conectar a la sonda una bolsa vacía (sistema abierto). Todo ello favorece la contaminación bacteriana.
- No permite la toma de muestras.

Sistema colector para el paciente encamado

Se pueden emplear cualquiera de los dos que hemos descrito (abierto y cerrado). La capacidad de la bolsa es variable, aunque suele rondar los dos litros.

Sistema colector para el paciente ambulante

Es un sistema colector cerrado en el que lo que varía es el procedimiento de sujeción de la bolsa, ya que en este caso no se cuelga de la cama sino que se coloca en la pierna del paciente. Para ello, la bolsa presenta los siguientes elementos:

- Cuatro ojales, dos en su parte superior y dos en su parte inferior.
- Dos tiras elásticas de unos 50 cm de largo y 2 de ancho. A lo largo de la tira hay una serie de ojales y dos botones que están colocados en los ojales de uno de los extremos de la tira.

- Introducir una de las tiras a través de los ojales de la parte superior de la bolsa y la otra a través de los ojales de la parte inferior.
- Colocar la bolsa sobre la pierna del paciente.
- Rodear la pierna del paciente con la tira colocada en la parte superior de la bolsa y sujetarla con los botones. Hacer lo mismo con la tira de la parte inferior de la bolsa.
- En nuestra experiencia, este sistema de sujeción presenta una serie de problemas:
 - Las tiras, al ser elásticas, se incrustan en la piel, sobre todo cuando la bolsa está llena y aún se empeora la situación si el paciente presenta edemas.
 - Cuando la bolsa está llena (su capacidad suele ser de unos 750 ml), las tiras se retuercen o, incluso, no aguantan el peso de la bolsa y ésta se resbala.
 - Los botones que están en las tiras son pequeños y cuesta introducirlos en los ojales, que también son pequeños. La manipulación de este mecanismo no es fácil, lo cual se complica más si, por ejemplo, el paciente tiene déficit visual o es una persona mayor.

Para subsanar estos inconvenientes hemos modificado el sistema de sujeción de la bolsa, sustituyendo las tiras elásticas por una muñequera de velcro de las que se emplean para la sujeción de pacientes adultos. Cada muñequera viene de fábrica con las siguientes características:

- Medidas: 30 cm de largo por 7 de ancho.
- En uno de sus extremos posee un velcro de 5 cm de largo por tres de ancho.
- Cerca de uno de sus extremos presenta una tira cosida que sirve para la sujeción del paciente una vez que se le ha colocado la muñequera.”^[13] (Robertson GS, 2001)

¹³ (Robertson GS, 2001)

COLOCACIÓN DE SONDAS VESICALES

El sondaje vesical es la colocación de un catéter a través de la uretra hasta la vejiga para drenar orina.

Según el tiempo de permanencia del catéter se puede hablar de:

- Sondaje intermitente (ya sea único o repetido en el tiempo). Después de realizar el sondaje, se retira el catéter.
- Sondaje temporal. Después de realizar el sondaje, el paciente permanece un tiempo definido con el catéter.
- Sondaje permanente. Después de realizar el sondaje, el paciente ha de permanecer indefinidamente con el catéter (con los recambios correspondientes).

Objetivos del sondaje vesical

Los objetivos del sondaje permanente son:

- Control de diuresis.
- Cicatrización de las vías urinarias tras la cirugía.
- Prevención de la tensión en heridas pélvicas y/o abdominales a causa de la distensión de la vejiga.
- Proporción de una vía de drenaje o de lavado continuo de la vejiga.

Los objetivos del sondaje temporal son:

- Vaciado de la vejiga en caso de retención de orina.
- Obtención de una muestra de orina estéril.
- Determinación de la cantidad de orina residual después de una micción.

En este tema nos ocuparemos del sondaje vesical permanente, puesto que es el más frecuente en una unidad Crítica (<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

Procedimiento del sondaje vesical

Para la fase de higiene de los genitales:

- Guantes desechables.
- Toalla.
- Gasas no estériles.
- Dos jarras con agua tibia (una con agua y jabón y otra solo con agua).
- Povidona yodada.

Para la fase de sondaje:

- Sonda urinaria de calibre, tipo y material adecuados (al menos dos unidades, por si el primer intento de sondaje resulta fallido).
- Sistema colector (si el sondaje es temporal o permanente).
- Guantes estériles.
- Paños de campo estériles.
- Lubricante urológico anestésico (Lidocaína en gel)
- Gasas estériles.
- Jeringa de 10 ml.
- Agua bidestilada.
- Esparadrapo hipo alergénico.
- Mascarilla facial
- Solución antiséptica según el protocolo de desinfección del centro.
- Jeringuilla de 2 cc y 5 cc + aguja.
- Bolsa colectora de circuito cerrado con grifo y soporte para la bolsa. Se considera sistema de circuito cerrado cuando consta de:
 - Cámara graduada para medir la cantidad de orina.
 - Válvula antirreflujo.
 - Zona para la toma de muestras por punción.
 - Sistema de vaciado en la parte inferior.(<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

Una vez preparado el material, los pasos a seguir son:

- Informe a la paciente del procedimiento que va a realizar y disponga las medidas necesarias para asegurar la intimidad.
- Lávese las manos y enfúndese los guantes no estériles.
- Coloque a la paciente en decúbito supino y pídale que flexione las rodillas apoyándose en los talones. A continuación, pídale que eleve la pelvis y coloque la cuña.
- Compruebe que el agua está tibia y vierta un poco a chorro sobre la región genital, de tal manera que discurra en sentido pubis-ano.
- Enjabone con una esponja el vello pubiano, la parte externa de los labios mayores y los pliegues inguinales.
- Moje unas gasas en agua jabonosa. Separe los labios con la mano no dominante y con la otra realice la limpieza. Siguiendo el sentido pubis-ano, pase una gasa por el pliegue que existe entre los labios mayores y los menores. A continuación, pase otra gasa por la cara interna de los labios menores en sentido dentro-fuera. Finalmente, pase una torunda por el orificio anal y otra por el pliegue interglúteo. Utilice una gasa para cada pasada y deséchela. (Con todas estas medidas se evita la transmisión de microorganismos al meato urinario).
- Aclare vertiendo abundante agua a chorro en sentido pubis-ano. Seque con gasas (siguiendo los movimientos ya descritos y empleando una gasa para cada pasada) y las externas con una toalla.
- Después de realizar un lavado desinfectar con una gasa estéril impregnada en solución antiséptica.

Realización de la técnica

La enfermera realiza un lavado quirúrgico de manos y se coloca los guantes estériles. Con la ayuda de la auxiliar, que le va entregando el material, prepara

un campo estéril en una mesa, colocando todo el material sobre la talla (gasas, guantes, jeringa, sonda, lubricante y sistema de bolsa colectora) y procede a su preparación que consiste en:

Montar el sistema de la bolsa colectora.

Cargar la jeringa con la cantidad de agua adecuada para el balón de la sonda que utilizemos. Comprobar el buen funcionamiento del balón inyectando la cantidad recomendada de agua y esperando unos segundos tras los que se retirará el agua y aplicar el lubricante a la sonda.”^[14] (Johnson JR, 2000)

“Realizar el sondaje:

Procedimiento en mujeres

Colocamos a la paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y separadas. Realizamos la desinfección de la zona genital: separando la vulva con el pulgar y el índice de la mano no dominante, identificamos el meato urinario y lo limpiamos con una torunda impregnada de desinfectante, siempre con un movimiento descendente. Introducimos la sonda, previamente lubricada, lentamente y sin forzar hasta que comience a fluir la orina, entonces introducimos la sonda 2-3 cm. más, retiramos la guía e inflamamos el balón con el agua bidestilada. Tiramos con suavidad de la sonda para comprobar que queda fijada.

Procedimiento en varones

Colocamos al paciente en decúbito supino con las piernas estiradas. Sujetamos el pene en posición vertical con la mano no dominante, retraemos el prepucio y desinfectamos el meato urinario, ejecutando un movimiento circular de dentro hacia afuera con una torunda impregnada de desinfectante. Introducimos la sonda, previamente lubricada, lentamente y sin forzar hasta que encontramos un tope, inclinamos el pene 45º aproximadamente (esta posición favorece el paso por la uretra prostática) y continuamos entrando la

¹⁴ (Johnson JR, 2000)

sonda hasta que comience a fluir la orina. Introducimos la sonda 2-3 cm. más, e inflamos el balón con el agua bidestilada. Tiramos con suavidad de la sonda para comprobar que queda fijada.

Conectar la sonda a la bolsa colectora

Proteger la conexión de la sonda con la bolsa con gasa estéril y povidona yodada.

Colocar la parte externa de la sonda de forma que se mantenga sin angulaciones, fijándola con esparadrapo en la cara interna del muslo de manera que impida tracciones de la uretra y a la vez permita la movilidad del paciente.

Desechar los residuos y material sobrante en los contenedores indicados.

Anotar en el registro de enfermería la fecha y hora del sondaje, tipo y nº de sonda, mililitros de agua que se han utilizado para inflar el balón, características de la orina y las observaciones que se crean necesarias.

Retirada de la sonda

La maniobra se realiza con guantes no estériles. Se desinfla el balón con una jeringa y se retira la sonda con suavidad y se limpia la zona genital con agua y jabón.

Anotar en el registro de enfermería la fecha y hora de la retirada y las observaciones que se crean necesarias.

Lavado de la sonda vesical

Aunque no es aconsejable manipular la sonda, en alguna ocasión puede ser necesario para mantener o recuperar la permeabilidad de la sonda. Es una técnica estéril.

- Material:
- Mascarilla.

- Guantes estériles.
- Gasa estéril.
- Campo estéril
- Jeringa de 50 cc. con cono de alimentación.
- Solución salina estéril
- Antiséptico (<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

Procedimiento:

Explicamos al paciente lo que vamos a hacer, desconectamos la salida de la sonda, colocamos un campo estéril debajo de la conexión de la sonda con el sistema colector y cubrimos esta con una gasa empapada en antiséptico. Nos ponemos la mascarilla y guantes estériles, cargamos la jeringa e introducimos la solución salina, retiramos la jeringa y dejamos fluir por gravedad. Si no fluye, aspiramos para sacar el producto que origina la obstrucción y conectamos de nuevo la bolsa colectora. Si la sonda no recupera la permeabilidad, repetimos la maniobra y si no solucionamos el problema retiramos la sonda y realizamos un nuevo sondaje (<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

Complicaciones del sondaje vesical

Creación de una falsa vía por traumatismo en la mucosa uretral. No hay que forzar la introducción de la sonda, la cual debe entrar con suavidad. Si no se consigue el sondaje, se debe esperar un rato antes de realizar de nuevo la técnica. Retención urinaria por obstrucción de la sonda. Esta obstrucción puede estar causada por acodamiento de la sonda y por coágulos, moco o por sedimentos de la orina. (<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

Infección urinaria ascendente por migración de bacterias a través de la luz de la sonda, presencia de hematuria posterior al sondaje a causa de alguna pequeña herida provocada al realizar la técnica.

Las contraindicaciones son las siguientes:

- Prostatitis aguda.
- Uretritis aguda, flemones y abscesos periuretrales.
- Estenosis o rigidez uretral (valorar individualmente).
- Sospecha de rotura uretral traumática.
- Alergia conocida a los anestésicos locales o al látex.”^[15] (Huth TS, 2002)

¹⁵ (Huth TS, 2002)

CAPÍTULO III

ESQUEMA METODOLOGICO

Diseño de la Investigación

Tipo de estudio

Se realiza un estudio observacional - descriptivo, que permite recolectar la información necesaria para ubicar y reconocer la situación o problema de investigación.

Observacional: permite identificar los factores de riesgo asociados con el cateterismo urinario temporal.

Descriptivo: porque se describen los cuidados que enfermería proporciona a los pacientes con catéter urinario temporal atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Área de estudio:

La investigación se realiza en el Hospital de Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil, con la finalidad de conocer las Intervenciones de Enfermería en los factores de riesgo de infecciones asociados al catéter urinario temporal, en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.

Universo.- Está constituido por 76 pacientes con procedimiento de cateterismo vesical, y por el personal de enfermería (15 licenciadas y 16 auxiliares distribuidas en 3 turnos) que laboran en el servicio de Medicina Interna del hospital de Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil. El estudio se realiza en el periodo de 5 meses, de diciembre del 2013 a abril del 2014.

Muestra.- Se toma como muestra de estudio a los 76 pacientes con el procedimiento de cateterismo vesical, que corresponde al 100% del universo, y 31 enfermeras (15 licenciadas y 16 auxiliares distribuidas en 3 turnos), que es el total del personal que labora en el servicio de Medicina Interna del hospital de Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón”, de diciembre del 2013 a abril del 2014.

Técnicas de recogida de datos

Para la obtención de datos precisos confiables se utilizarán las técnicas siguientes:

Encuesta: Está dirigida al personal que labora en el servicio de medicina interna del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”. La misma que está formulada por preguntas abiertas y cerradas, de las cuales se podrá obtener información precisa sobre las **Intervenciones de Enfermería en Factores de Riesgo de Infecciones Asociado al catéter urinario temporal en Pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” de Diciembre 2013 a Abril del 2014”**

Instrumento

Formulario.- Para el desarrollo de la investigación se utilizará un formulario con preguntas abiertas y cerradas, dirigidas exclusivamente al personal de enfermería que labora en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”; el mismo que constará de 14 preguntas con opciones de respuestas múltiples.

Donde el punto central es nivel de conocimiento del personal de salud sobre la **Intervenciones de Enfermería en Factores de Riesgo de Infecciones asociado al catéter urinario temporal en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” de Diciembre del 2013 a abril del 2014”**,”. Para validar el instrumento se realiza un cuestionario de preguntas que permita respaldar la confiabilidad del mismo. Esta se realiza al personal de salud que labora en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, ubicado en el Suburbio de la ciudad de Guayaquil.

Tipo de investigación

Se realiza una investigación de tipo cualitativa y cuantitativa.

Cualitativa.- porque se analiza las actitudes del personal de enfermería, frente al objeto de estudio, generando variables inherentes al comportamiento humano.

Cuantitativa.- porque se trabaja desde el punto de vista numérico, realizando una encuesta al personal de salud sobre las Intervenciones de Enfermería en los factores de riesgo de infecciones asociados al catéter urinario temporal, en pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón”, de la ciudad de Guayaquil.

Tipo de diseño

Se realiza un diseño de tipo transversal retrospectiva porque permite recolectar los datos en un período de tiempo determinado.

Criterio de inclusión.- Está constituido por todas las personas que se les realice el procedimiento de “cateterismo vesical-temporal”.

Criterio de exclusión.- Están excluidas las personas que sean hospitalizadas en esta unidad hospitalaria que no cuenten con el dispositivo de “cateterismo vesical temporal”.

En la encuesta se tomaran en cuenta los siguientes aspectos:

El cuidado directo que brinda el personal de salud a los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

El conocimiento de los factores de riesgo de infección asociados con el catéter urinario temporal.

Las normas de Bioseguridad y asepsia al realizar el procedimiento de cateterismo urinario.”^[16] (Menoscal, 2014)

VARIABLES

1. Sonda Vesical
2. Edad del paciente
3. Intervenciones de Enfermería
4. Infección de vías urinaria

¹⁶ (Menoscal, 2014)

<p>Edad del paciente</p>	<p>Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.</p>	<p>Menor de Edad Mayor de Edad Adulto Mayor</p>	<p>De 0 - 17 años De 18 - 65 años De 65 y más</p>
<p>Intervenciones de Enfermería</p>	<p>Son cuidados efectuados por las enfermeras para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud</p>	<p>Patrones funcionales Alterados</p>	<p>Precepción manejo de la salud Eliminación Nutricional Metabólico Actividad Ejercicio Sueño – Descanso Rol-relaciones Valores y Creencias</p>
<p>Infección de vías urinaria</p>	<p>También conocida como infección del tracto urinario (ITU), es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata, teniendo en cuenta que las infecciones de orina también pueden ser asintomáticas.</p>	<p>Factor de Riesgo</p>	<p>Uretritis Cistitis Pielonefritis Prostatitis</p>

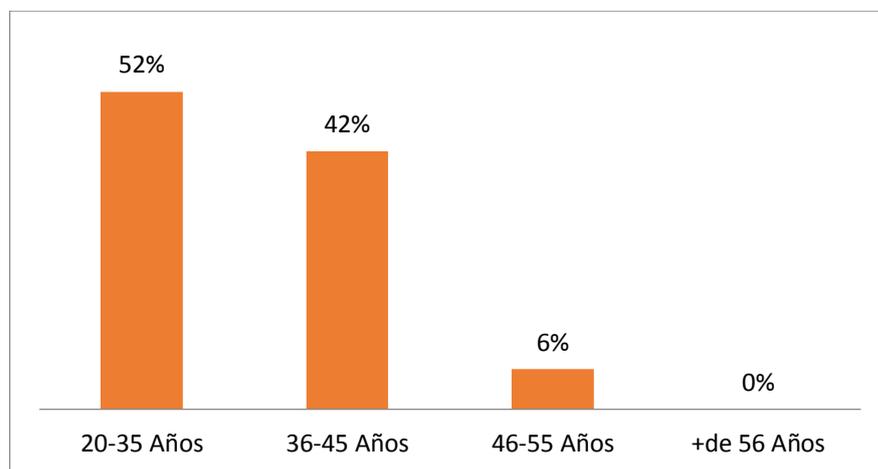
REPRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

PROCESAMIENTO DE DATOS

Encuesta al personal de Enfermería del servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, sobre el procedimiento correcto a utilizar en el sondaje vesical.

GRAFICO # 1

1. ¿Qué edad tiene usted?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

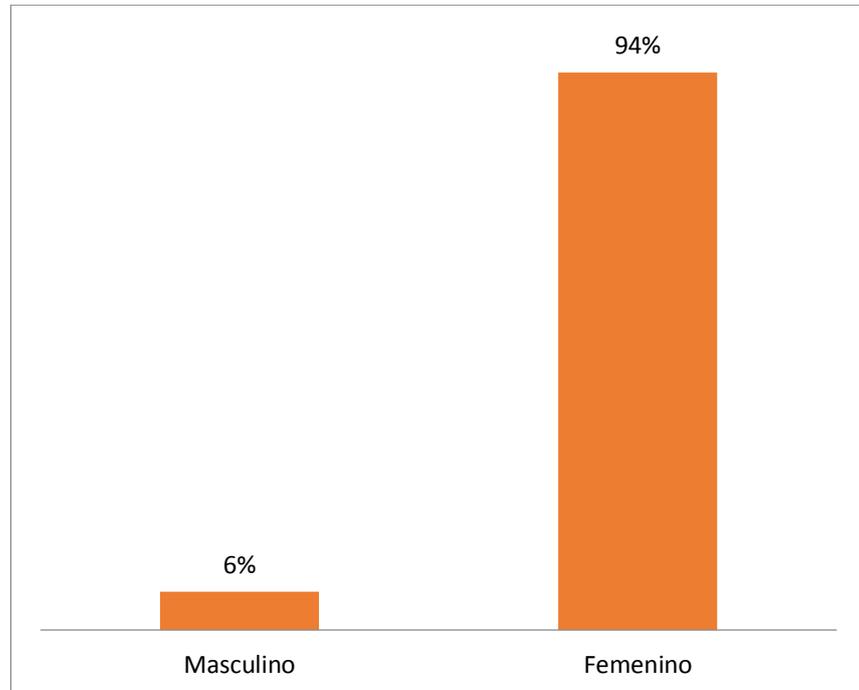
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: En el Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” en el servicio de medicina interna la edad del personal de enfermería fluctúa entre los 20 a 35 años que representa el 52%, evidenciándose que el personal tiene el conocimiento actualizado sobre el procedimiento en estudio. [17]

¹⁷ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 2

2. ¿Cuál es su género?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

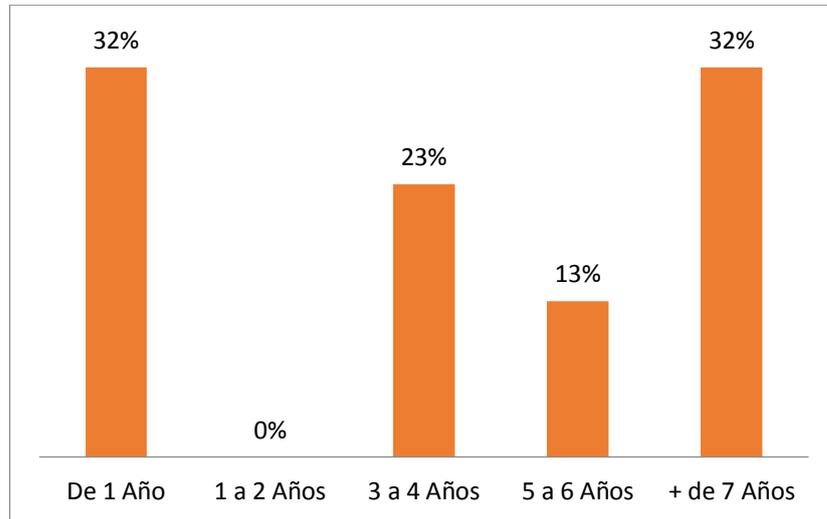
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: En el servicio de medicina interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” el personal de Enfermería que labora es de sexo femenino quienes pueden ser más cautelosas en emplear los cuidados necesarios para el correcto cuidado y mantenimiento del sondaje vesical.”^[18]

¹⁸ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 3

3. ¿Cuántos años de trabajo tiene?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

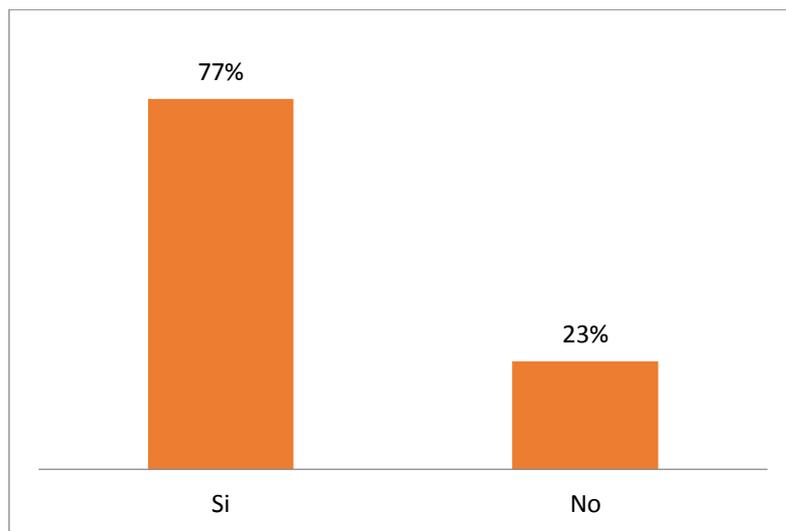
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: En el Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” en el servicio de medicina interna los profesionales de enfermería que laboran tienen + de 7 años, demostrando que la institución cuenta con personal calificado, capacitado y con suficiente experiencia laboral para brindar un cuidado oportuno en el servicio antes mencionada.”^[19]

¹⁹ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 4

4. ¿Los materiales usados para el procedimiento de colocación del catéter urinario, deben de ser estéril?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

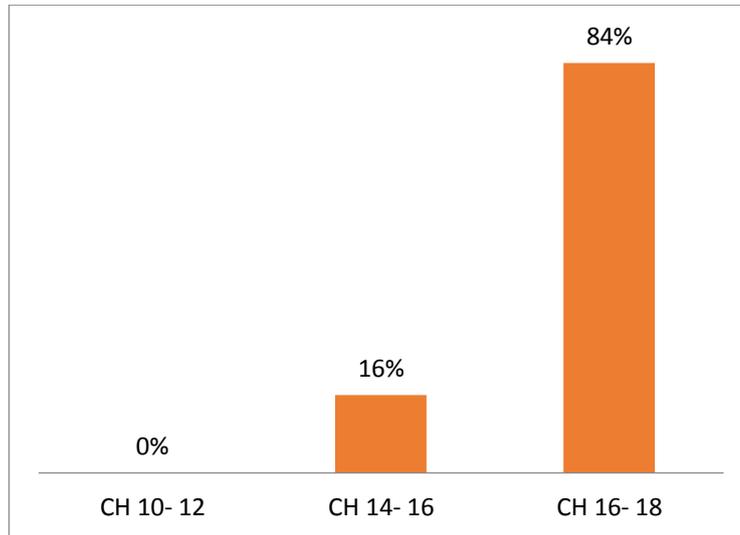
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Al realizar la pregunta al personal que labora en servicio de medicina interna, se pudo evidenciar que hay una mínima parte del personal que no tiene claro su conocimiento acerca del tema, lo que conlleva a que esto sea una puerta de entrada a las infecciones cruzadas.”^[20]

²⁰ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 5

5. ¿Sabe usted que calibre de sonda Foley es el adecuado según el tamaño de la uretra?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

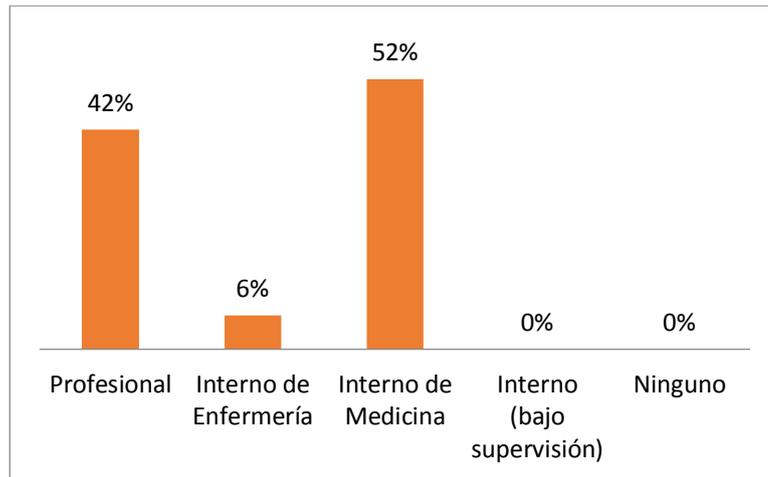
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Es evidente que el personal del servicio de medicina interna no valora al paciente, conviene recordar que tan erróneo es usar una sonda de calibre muy grueso puede causar trauma en la uretra, como una sonda excesivamente pequeña, pues la diuresis puede salir alrededor de esta y ser puerta de entrada para infecciones, la sonda Foley posee una punta firme suave que permite una inserción con la menor molestia para el paciente, y está revestida de silicón que facilita la inserción sin producir irritación, el tamaño de la luz del drenaje permite el fluido constante.”^[21]

²¹ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 6

6. ¿Quién es el responsable del procedimiento de la colocación del catéter vesical?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

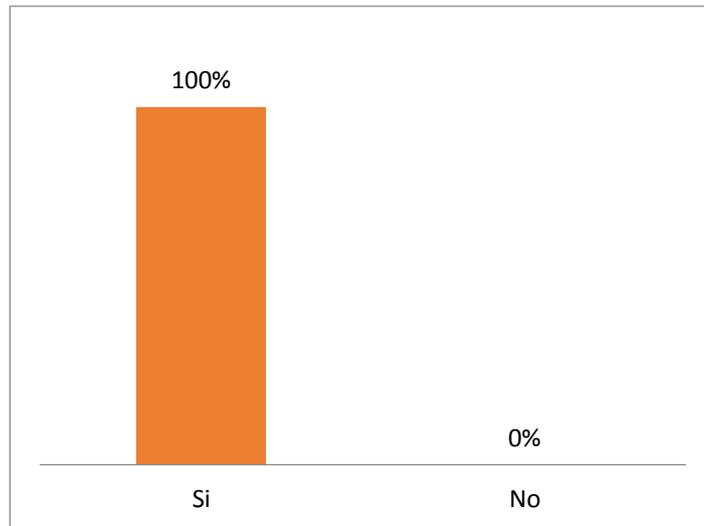
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Es importante que solo el personal entrenado coloque la sonda vesical, tales como el interno de medicina, Profesional de enfermería, en su defecto el médico tratante y el personal interno bajo supervisión, explicar el procedimiento al paciente, realizar higienización de las manos antes y después de la inserción de la sonda vesical, insertar la sonda vesical usando técnica aséptica, garantizando el equipo completo y estéril, conectando debidamente todas las partes del sistema antes de pasar la sonda vesical. Usar guantes, gasas estériles, y solución salina 0.9% para la limpieza del área.”^[22]

²² (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 7

7. ¿Utiliza la técnica aséptica de lavado de manos al inicio y al término del procedimiento?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

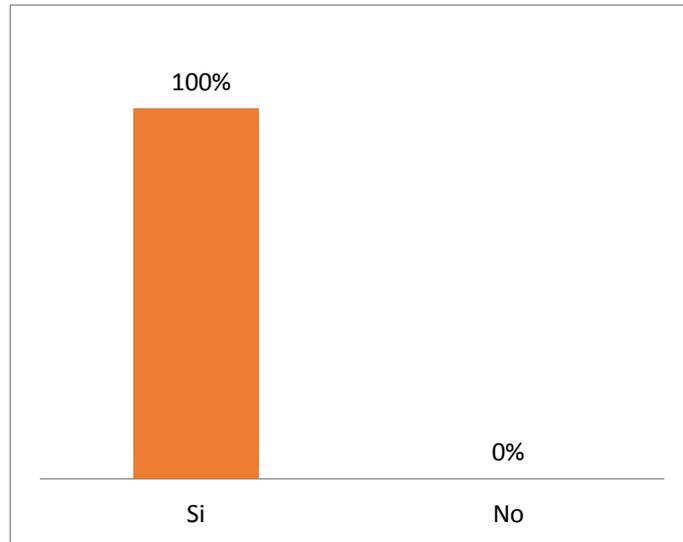
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: En cuanto el uso de las técnicas asépticas al iniciar o al terminar cualquier procedimiento la totalidad del personal de enfermería respondieron que si realizan el lavado de manos. Quedando demostrado lo importante de usar esta técnica para disminuir los microorganismos presentes en la piel, evitar la infección o reinfección del paciente y prevenir la diseminación de infecciones.”^[23]

²³ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 8

8. ¿Para el procedimiento de un cateterismo vesical es necesario el apoyo de un ayudante?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

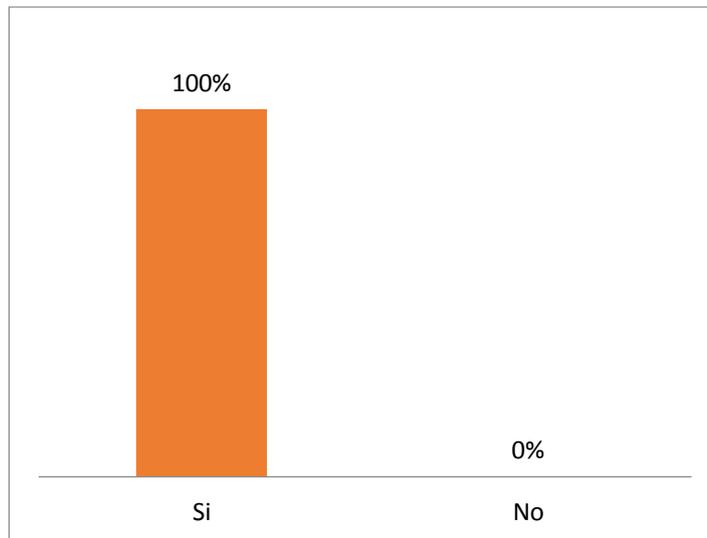
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Cuando se preguntó si el apoyo de un ayudante era importante a la hora de realizar un cateterismo todo el personal de enfermería respondió que sí. Es muy importante tener la ayuda de alguien a la hora de este procedimiento para así evitar contaminaciones y futuras complicaciones” [24]

²⁴ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 9

9. ¿El personal de enfermería realiza la fijación del catéter?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

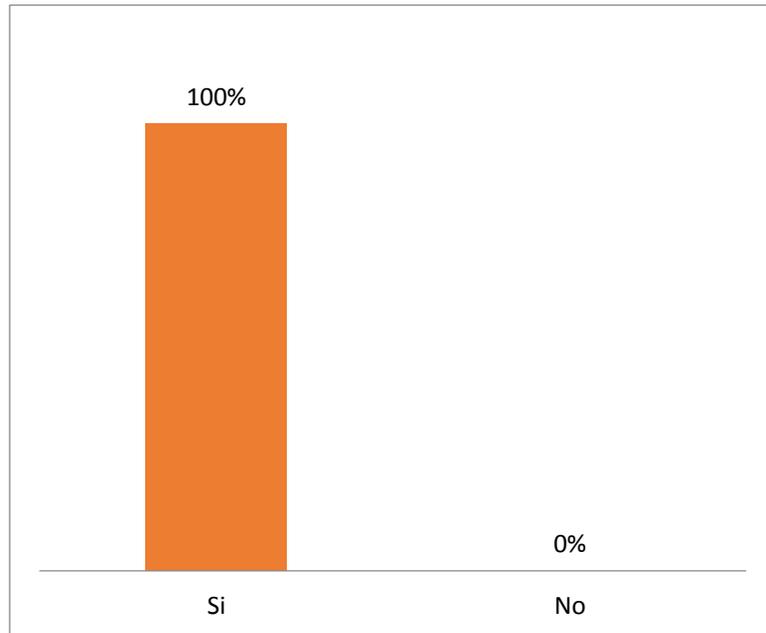
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis Como se puede evidenciar en el grafico que el personal de enfermería si realiza la fijación del catéter y de esta forma se evita un desplazamiento con el fin de prevenir traumatismo uretral, el sitio de fijación de preferencia deberá ser en la zona superior del muslo.”^[25]

²⁵ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 10

10. ¿Considera Ud. importante rotular la fecha de colocación del catéter urinario?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

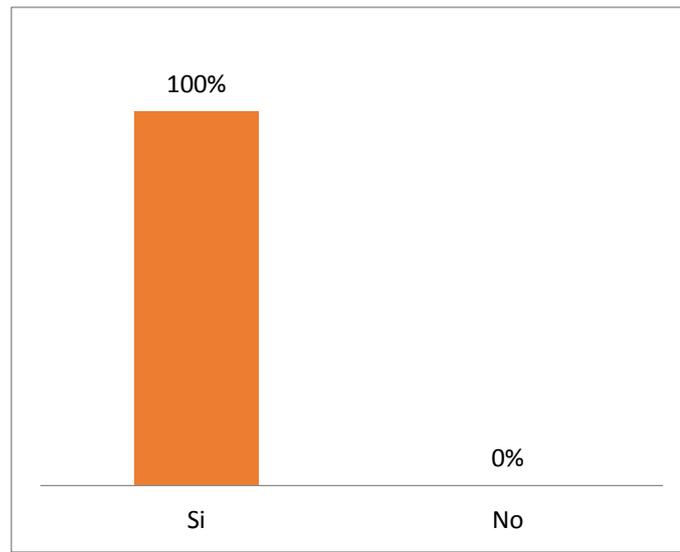
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Al preguntarle al personal de enfermería si coloca la fecha de instalación del catéter urinario todas respondieron que si realiza este procedimiento. Ya que es muy importante saber la fecha de inicio para así poder cambiar o retirar en el momento oportuno y evitar complicaciones posteriores.”^[26]

²⁶ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 11

11. ¿El catéter urinario debe de mantenerse conectado correctamente y permeable?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

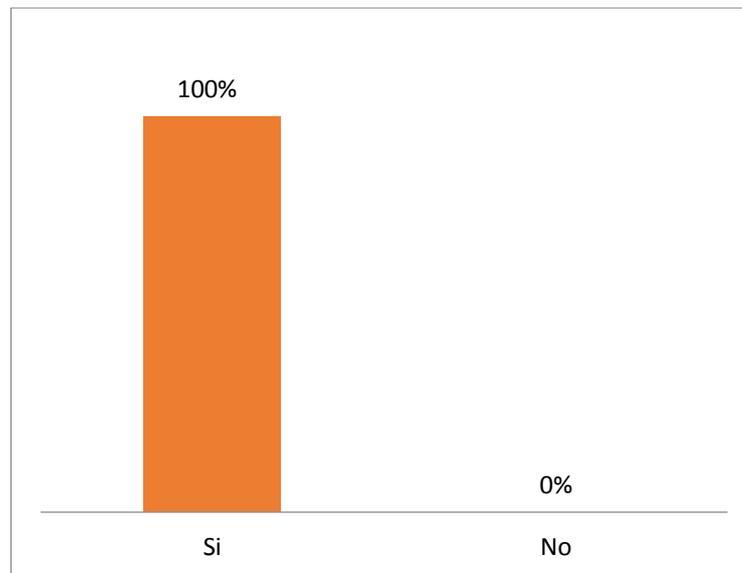
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: El personal de enfermería frente a la interrogante si el sistema de drenaje deberá mantenerse en conectado correctamente y permeable en su totalidad respondieron que si es necesario realizar este procedimiento. Lo que demuestra la importancia de evitar obstrucción del catéter para evitar infecciones.”^[27]

²⁷ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 12

12. ¿Es importante evitar la obstrucción del drenaje hacia la bolsa recolectora?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

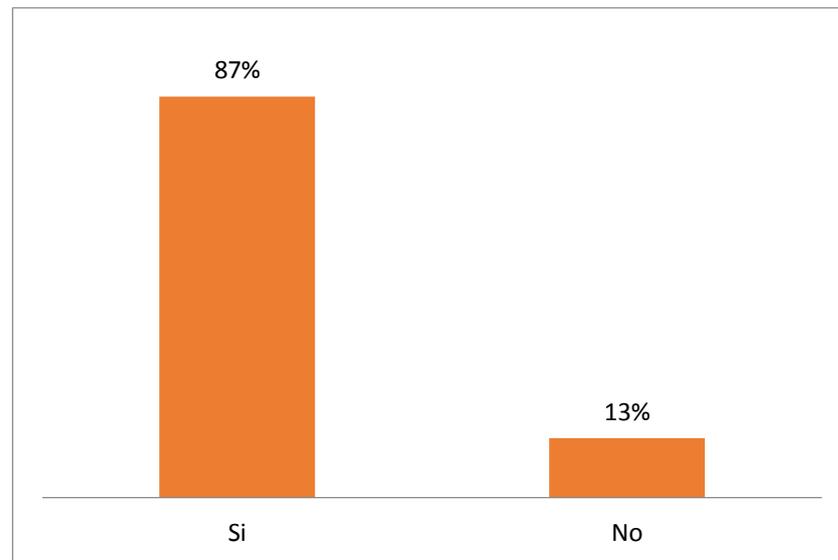
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Se evidencia que el personal de enfermería que labora en el servicio de medicina interna considera que debe evitar la obstrucción del drenaje hacia la bolsa recolectora. Al evitar obstrucciones o retenciones de orina evitando el acodamiento de la sonda y del sistema colector. Impedir que la orina se acumule en el tubo manteniendo el flujo libre de la misma, siempre en dirección descendente.”^[28]

²⁸ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 13

13. ¿Utiliza guantes al descartar la orina de la bolsa recolectora?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

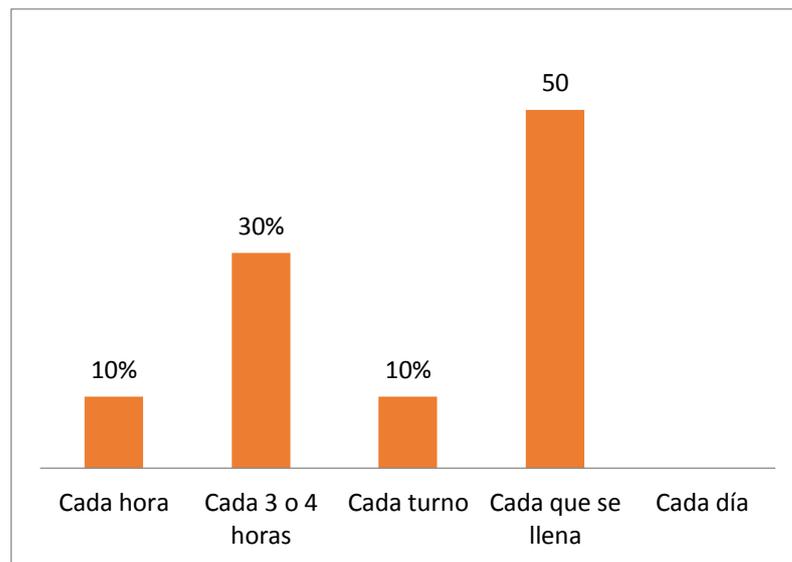
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Se le pregunto al personal que labora en el servicio de medicina interna si utiliza guantes al descartar la orina de la bolsa recolectora en su mayoría si realiza esta acción para evitar la contaminación externa del paciente.” [29]

²⁹ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 14

14. ¿Durante qué periodo se debe vaciar la orina de la bolsa recolectora?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

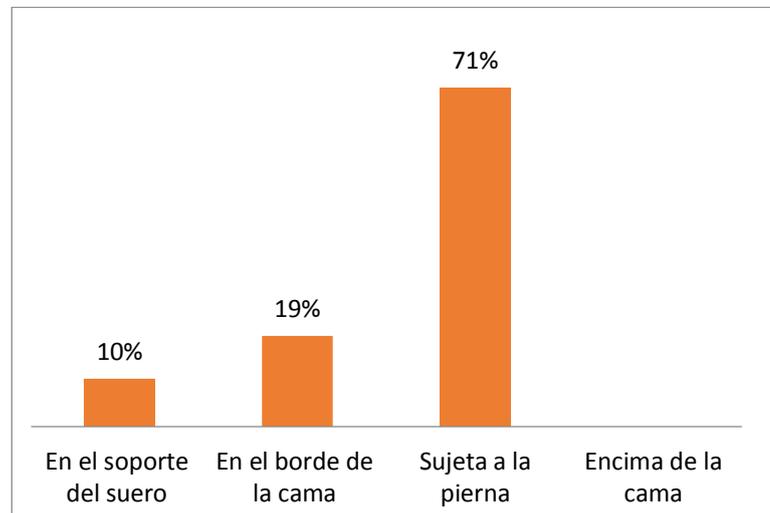
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Se cuestionó la interrogante si la bolsa recolectora deberá vaciarse en intervalos regulares si y debe vaciarse cada tres o cuatro horas, y solo el 10% del personal lo realiza. Ya que este procedimiento se utiliza para drenar temporalmente la vejiga en aquellos casos que no es posible orinar con normalidad. También pueden utilizarse de forma permanente en aquellos pacientes que han perdido el control de las funciones normales de la vejiga.” [30]

³⁰ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 15

15. ¿Dónde es la correcta ubicación de la bolsa recolectora?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

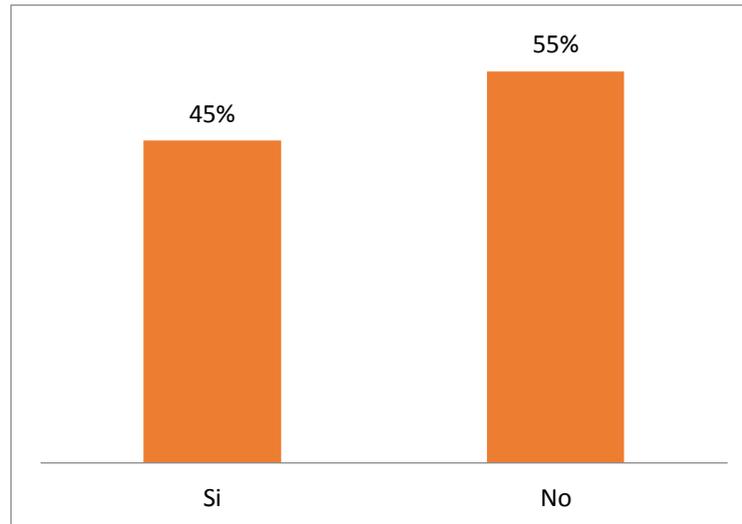
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Cuando se le cuestionó al personal de enfermería si controla usted correcta ubicación de la bolsa recolectora en su mayoría dicen realizar esta acción en el soporte del suero con un 84%, de ahí la importancia de cuidar el extremo del catéter, se encuentra una bolsa para la orina, esta se sujeta a la pierna para evitar complicaciones posteriores solo el 71% lo hace la acción de sujetar a la pierna.”^[31]

³¹ (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 16

16. ¿Controla periódicamente el contenido y características de la orina en la bolsa recolectora?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

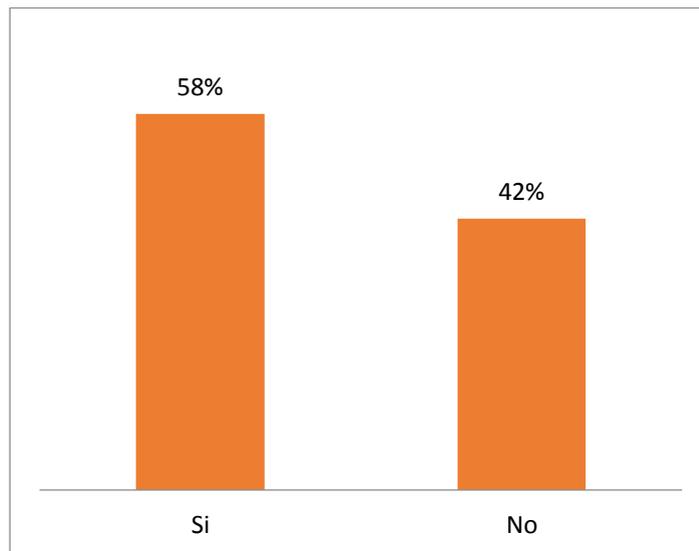
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: El personal de enfermería considera que no debe controlarse periódicamente el contenido de la bolsa recolectora pero esta función es muy importante para evitar las infecciones del tracto urinario en los pacientes que están sujetos a usar sondas suelen ser asintomáticas. La orina es turbia debido a la presencia de células de pus (piuria) y bacterias (bacteriuria) y puede contener sangre (hematuria). El realizar exámenes de muestras de orina en el laboratorio es esencial para confirmar el diagnóstico. Pacientes con infecciones del tracto genital, como moniliasis vaginal, o con uretritis por clamidias, pueden presentar síntomas similares.”^[32]

³² (Menoscal, 2014)

GRAFICO # 17

17. ¿Al descartar la orina evita el contacto directo del extremo de la bolsa recolectora con el recipiente?



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Cuando se le consultó al personal de enfermería si al descartar la orina evita el contacto directo del extremo de la bolsa recolectora con el recipiente más de la mitad de las encuestadas respondieron que sí y el resto dijo que no, de ahí la importancia de tener cuidados extremos durante el descarte de la orina para evitar la sobre contaminación del mismo.”^[33]

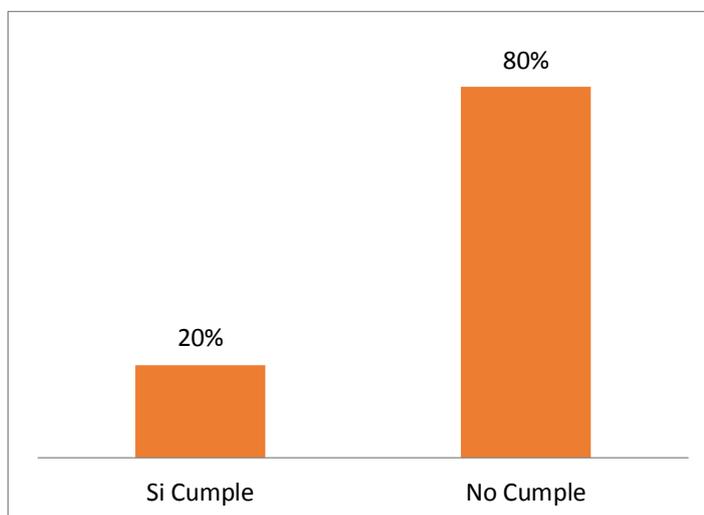
³³ (Menoscal, 2014)

Guía de Observación aplicada al personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, sobre el procedimiento correcto a utilizar en el sondaje vesical.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Guía #1

1. Observa periódicamente la permeabilidad de la sonda



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

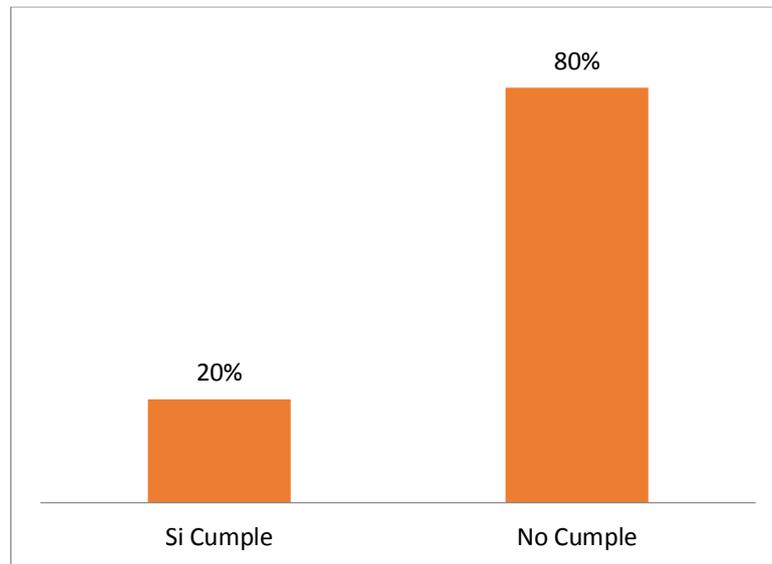
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Mediante un guía de observación al personal de enfermería que labora en servicio de medicina interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” el 80% de dicho personal no observa periódicamente la permeabilidad de la sonda, mientras que un 20% si realiza este procedimiento.”^[34]

³⁴ (Menoscal, 2014)

Guía #2

2. Fija el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

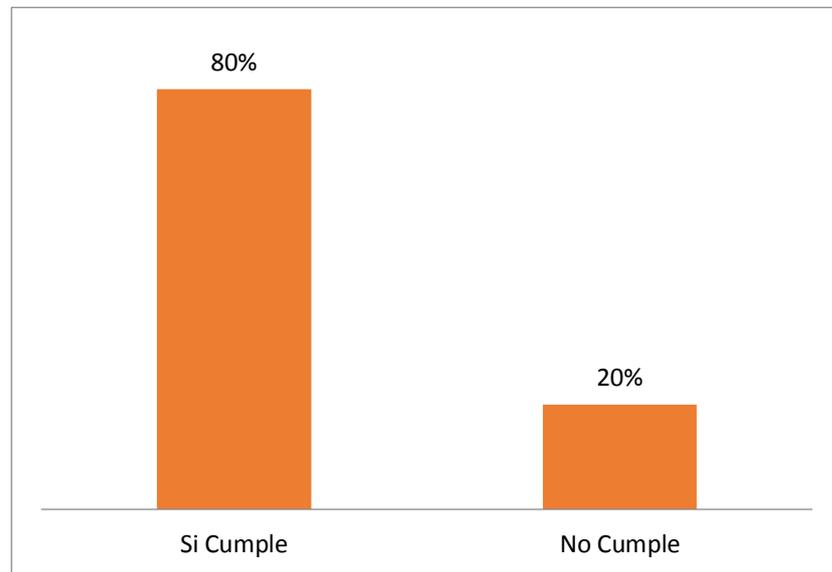
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Se observó que el personal de enfermería no fija el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones en un 80% mientras que solo un 20% si realiza esta acción.”^[35]

³⁵ (Menoscal, 2014)

Guía #3

3. Realiza el aseo perineal con agua y jabón una vez al día.



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

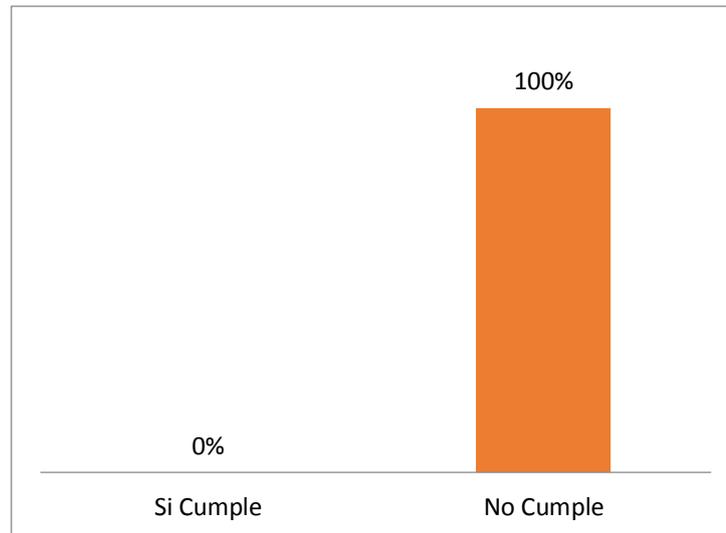
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Se observó al personal de enfermería lava la zona con agua y jabón una vez al día si realiza esta acción, mientras que un 20% no lo realiza.” Es evidente que al no realizar este procedimiento es una puerta de entrada de infecciones, por la falta de aseo se acumulan las secreciones. [36]

³⁶ (Menoscal, 2014)

Guía #4

4. Lava bien los restos acumulados en el catéter cerca del meato urinario, girar este sobre su eje longitudinal para evitar adherencias (nunca introducir el catéter ni tirar de él)



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

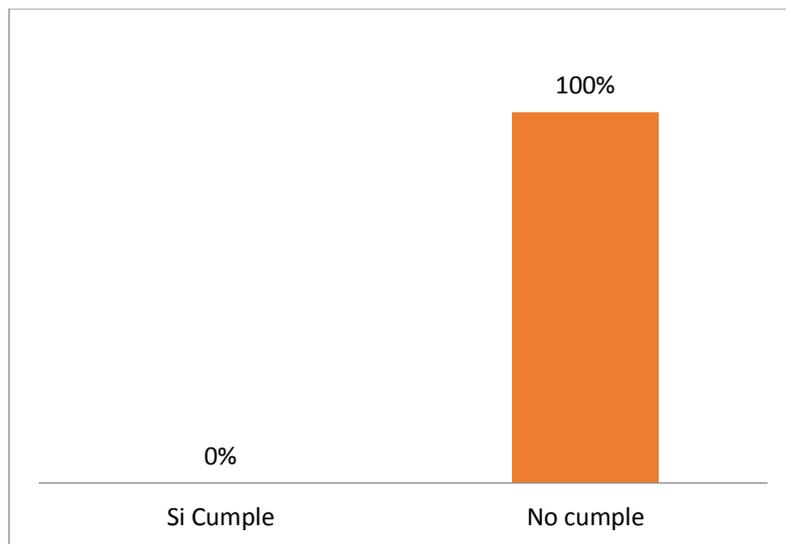
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Al observar al personal si realiza la acción de lavar bien los restos acumulados en el catéter cerca del meato urinario, girar este sobre su eje longitudinal para evitar adherencias (nunca introducir el catéter ni tirar de él) el 100% no realiza esta acción.”^[37]

³⁷ (Menoscal, 2014)

Guía #5

5. Mantiene limpio el circuito de la sonda vesical para mantenerla permeable, según técnica aséptica



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

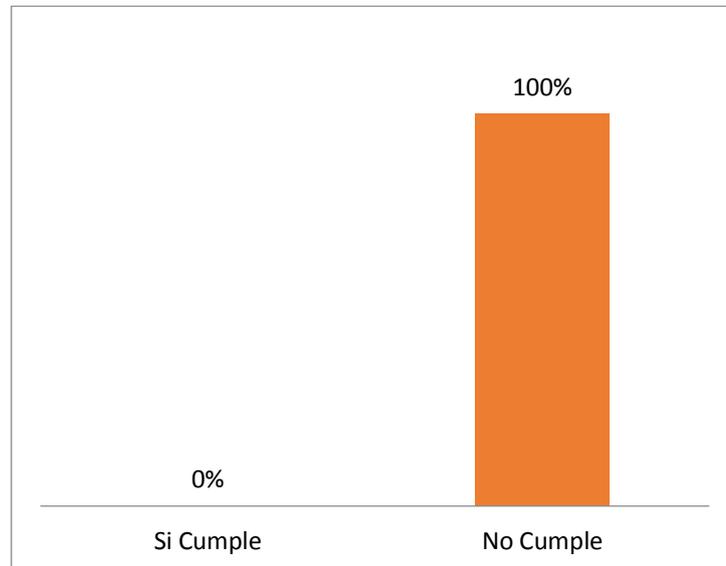
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Se observa al personal que no lava la sonda cuando es preciso para mantenerla permeable, según técnica aséptica en un 100% no cumple con esta acción muy importante para evitar complicaciones posteriores.”^[38]

³⁸ (Menoscal, 2014)

Guía #6

6. Indica al enfermo que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

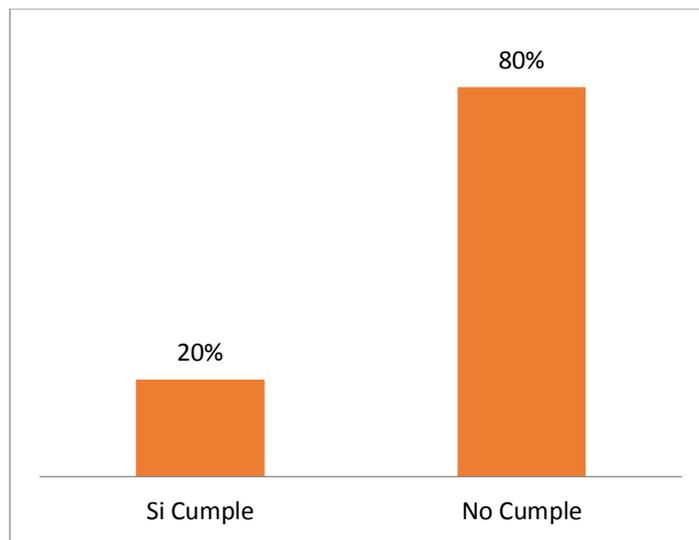
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Indica al enfermo que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo el 100% del personal no hace esta indicación.”^[39]

³⁹ (Menoscal, 2014)

Guía #7

7. Mantiene la bolsa recolectora fijada al soporte para evitar traumatismos.



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

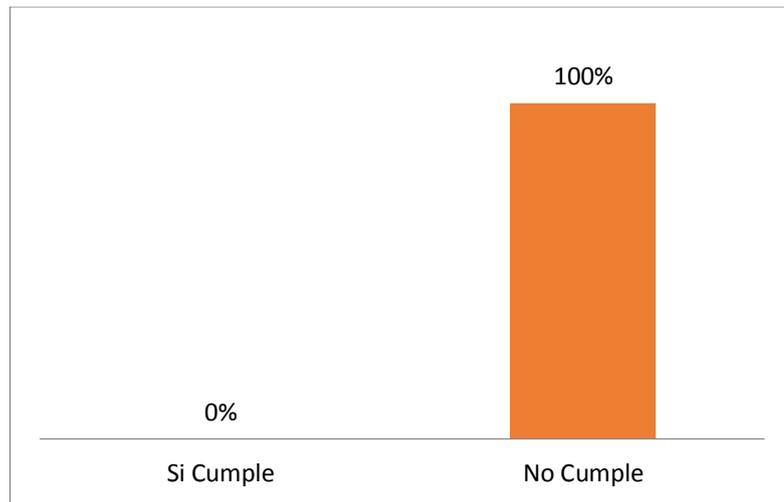
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Se observa que el personal no mantiene la bolsa recolectora fijada al soporte para evitar traumatismos en un 80%, mientras que el 20% de dicho personal si lo hace.”^[40]

⁴⁰ (Menoscal, 2014)

Guía #8

8. Evita desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

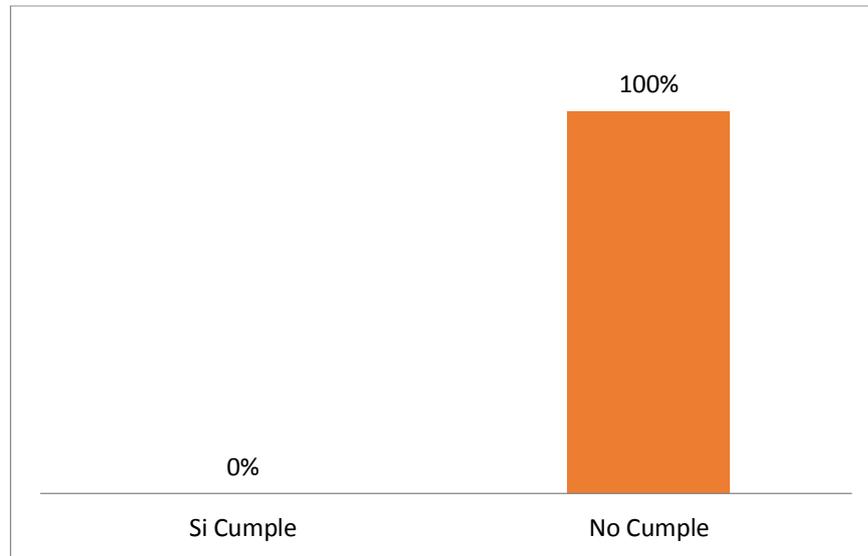
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Se observó al personal de enfermería que no evita desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje en un 100%.^[41]

⁴¹ (Menoscal, 2014)

Guía #9

9. Excepto que este contraindicado (pacientes con fallo renal o cardiaco) estimular el aporte de líquidos de dos a tres litros por día, para aumentar el flujo urinario y evitar el riesgo de infección



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

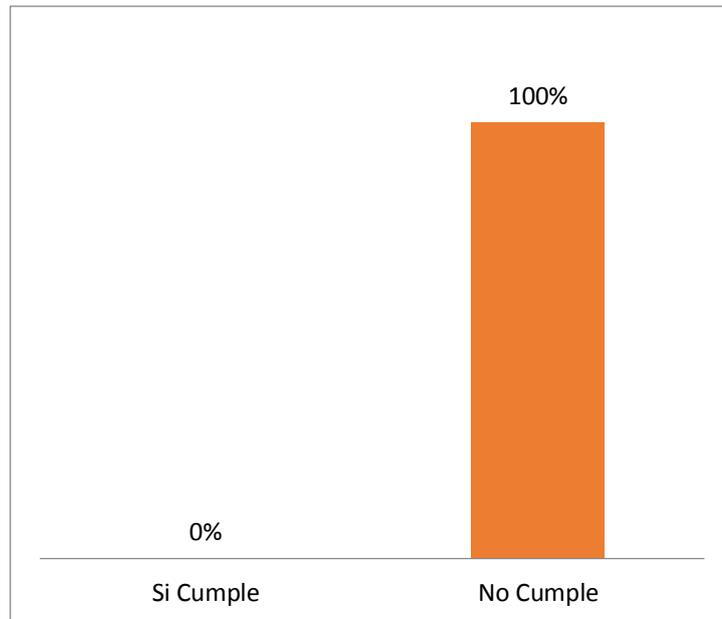
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Se observó al personal de enfermería no estimular el aporte de líquidos de dos a tres litros por día, para aumentar el flujo urinario y evitar el riesgo de infección, excepto que este contraindicado (pacientes con fallo renal o cardiaco) en un 100%.^[42]

⁴² (Menoscal, 2014)

Guía #10

10. Valora los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en flanco supra púbico, orina turbia o mal oliente, hematuria)



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

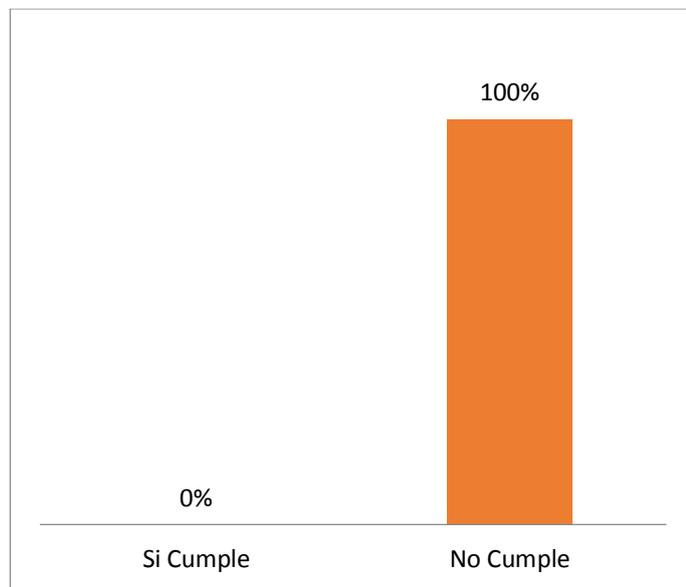
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Se observó que el personal de enfermería no valora los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en flanco supra púbico, orina turbia o mal oliente, hematuria) en un 100%.^[43]

⁴³ (Menoscal, 2014)

Guía #11

11. Valora la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

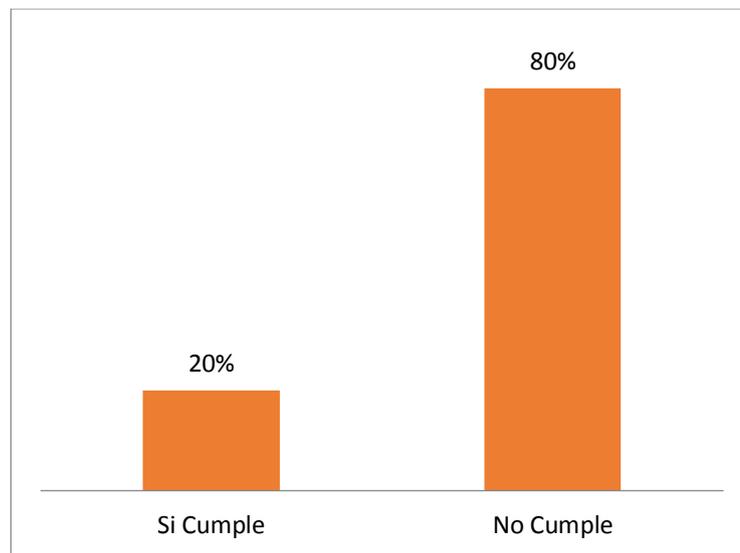
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Se observó al personal de enfermería no valora la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda en un 100%.”^[44]

⁴⁴ (Menoscal, 2014)

Guía #12

12. Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de drenaje de la sonda, nunca en el catéter



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

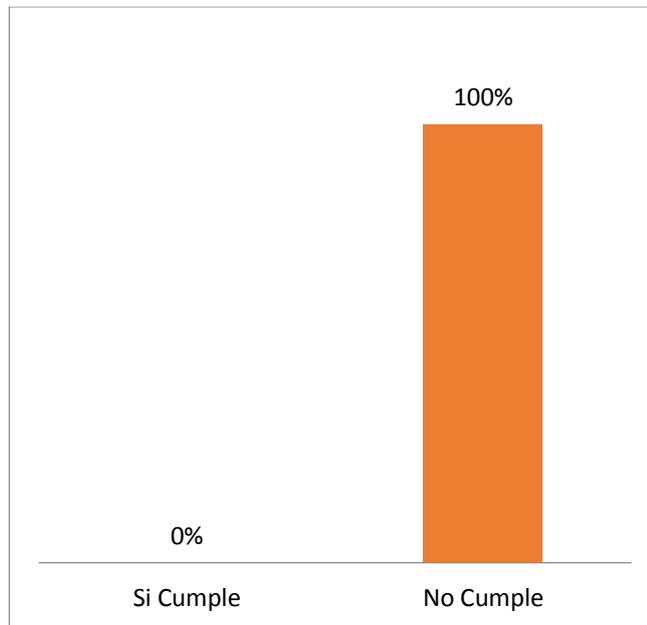
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de drenaje de la sonda, nunca en el catéter el personal de enfermería no realiza esta acción en un 80%, mientras que un 20% si la realiza.”^[45]

⁴⁵ (Menoscal, 2014)

Guía #13

13. Explica al paciente el procedimiento que vamos a realizar, asegurándole que no es doloroso, sino ligeramente molesto.



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

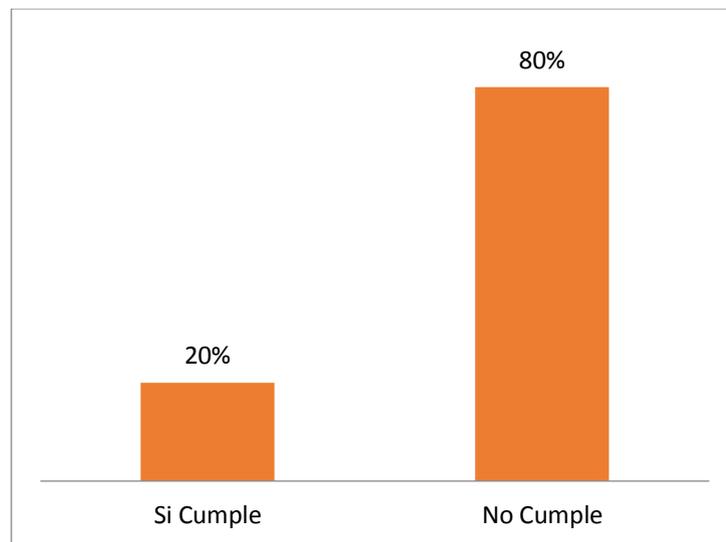
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: El personal observado no explica al paciente el procedimiento que vamos a realizar, asegurándole que no es doloroso, sino ligeramente molesto en un 100%.”^[46]

⁴⁶ (Menoscal, 2014)

Guía #14

14. Realiza ejercicios vesicales 24 horas antes de retirar el catéter vesical.



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

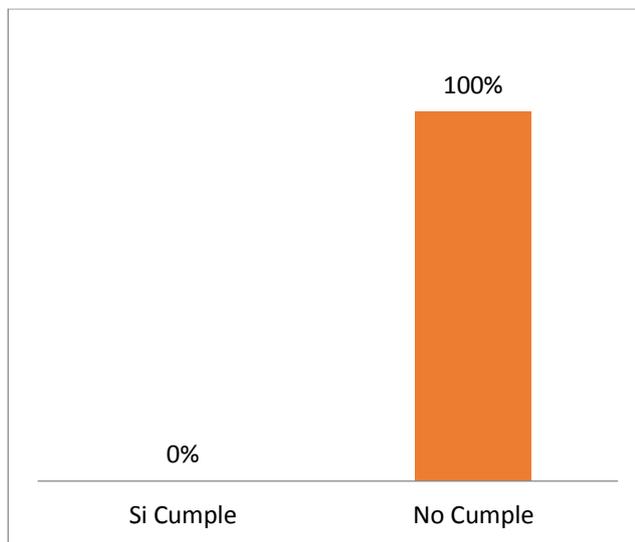
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: El personal observado no conecta una jeringa y vaciar completamente el contenido del balón en un 80% mientras que un 20% si lo realiza este procedimiento para ayudar al paciente 24 horas antes de retirar el catéter vesical.”^[47]

⁴⁷ (Menoscal, 2014)

Guía #15

15. Retira la sonda suavemente y si el paciente es autónomo indicarle que se lave bien la zona, sino lo es, proceder a su limpieza



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

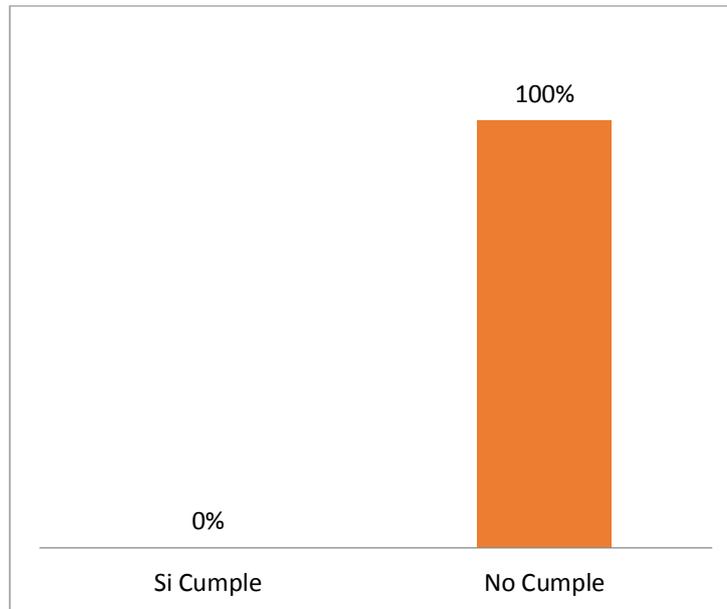
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: Al retirar la sonda suavemente y si el paciente es autónomo indicarle que se lave bien la zona, sino lo es, proceder a su limpieza el personal de enfermería no realiza esta acción de indicación al paciente en un 100%.^[48]

⁴⁸ (Menoscal, 2014)

Guía #16

16. Anota la diuresis existente en la bolsa de drenaje, y las características de la misma, así como la hora en que se realiza la retirada



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

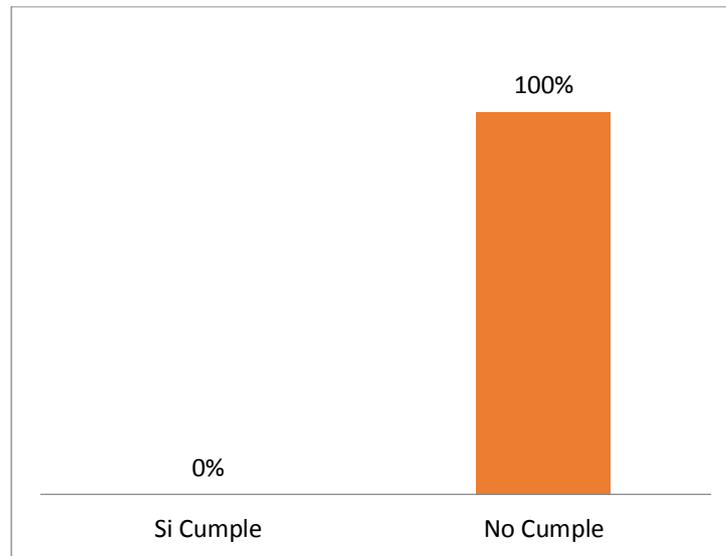
Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: El personal de enfermería no anota la diuresis existente en la bolsa de drenaje ni las características de la misma, así como la hora en que se realiza la retirada en un 100%.^[49]

⁴⁹ (Menoscal, 2014)

Guía #17

17. Controla las micciones tras la retirada de la sonda por si apareciera alguna alteración. En pacientes pos operados puede aparecer disuria y polaquiuria, ambas alteraciones son normales después de una intervención y mejora con el paso del tiempo.



Fuente: Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

Elaborado por: Erika Fernanda Menoscal Macías

Análisis: El personal de enfermería no controla las micciones tras la retirada de la sonda por si apareciera alguna alteración. En pacientes pos operados puede aparecer disuria y polaquiuria, ambas alteraciones son normales después de una intervención y mejora con el paso del tiempo en un 100%.^[50]

⁵⁰ (Menoscal, 2014)

CONCLUSIONES

Mediante lo expuesto en el cuestionario de preguntas y la guía de observación al personal de enfermería que labora en el servicio de medicina interna del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” podemos concluir.

Que las edades del personal de enfermería que laboran en este servicio fluctúan entre los 20-35 años y son de género femenino con experiencia laboral superior a los 7 años.

En cuanto a las preguntas realizadas al personal si todo material debe ser estéril, de un solo uso, incluyendo el lubricante, el cual debe ser individual el 77% respondió que sí, mientras que un 23% contestó que no, evidenciándose que hay una mínima parte de dicho personal que no tiene claro su conocimiento acerca del cateterismo vesical.

Se dejó establecido que cuando se vaya hacer el procedimiento del sondaje vesical, primero se debe de elegir el calibre de la sonda para que pueda cumplir la función deseada a fin de evitar el traumatismo de la uretra.

Según la encuesta se pudo constatar que quien realiza el procedimiento de la colocación de la sonda la responsabilidad recae en el interno de medicina el cual posee poca destreza lo que conlleva a un factor predisponente para que aparezcan infecciones cruzadas.

Se cuestionó la interrogante si la bolsa recolectora deberá vaciarse en intervalos regulares el 90% del personal de enfermería respondió que sí, mientras que un 10% no lo descarta. Por otra parte la guía de observación realizada al mismo personal evidencia todo lo contrario.

Se propone el uso de la guía para que sean utilizadas por el personal de enfermería con el fin de establecer estrategias que prevengan la aparición de infecciones hospitalarias relacionadas con dispositivos de uso prioritario. Se hacen estas conclusiones basadas en información recolectada y adaptada a nuestro medio en temas generales, como la introducción de listas de chequeo,

el lavado de manos y los sistemas de vigilancia y supervisión; se formulan conclusiones específicas para la prevención de las infecciones asociadas al uso de catéteres urinarios. (Menoscal, 2014)

RECOMENDACIONES

El catéter urinario debe usarse única y exclusivamente si es necesario, y el tiempo de uso debe limitarse según las necesidades de cada paciente.

Se debe minimizar el uso de catéteres en todos los pacientes, particularmente en aquellos con factores de riesgo de mortalidad, como en la mujer, adulto mayor o tener compromiso inmunológico.

Educar a todo el personal del servicio de Medicina Interna sobre la inserción de sondas vesicales, sus cuidados, mantenimiento, los factores de riesgos y su prevención. Se debe garantizar que únicamente el personal profesional es el encargado de la manipulación del catéter y es responsable de su cuidado.

Se recomienda el lavado de manos antes y después de la colocación del catéter vesical o la manipulación de los dispositivos, el uso de las barreras de protección y un antiséptico o solución estéril para la limpieza periuretral, además de un lubricante para la inserción y las muestras de orina se deben obtener empleando siempre una técnica aséptica.

Se debe educar al paciente sobre el uso y manejo apropiado del catéter y la funda recolectora durante sus días de hospitalización como también estandarizar cuando se debe de realizar un sondeo vesical en determinados pacientes o en el caso que realmente se amerite.

Cuando el paciente egresa de la institución hospitalaria y requiere de un sondaje permanente se lo debe educar sobre el manejo y cuidados que debe de tener en su hogar. (Menoscal, 2014)

Bibliografía

Enfermería, C. d. (2013). Pertinencia de la Carrera de Enfermería . Guayaquil.

<http://hgo3guardiaagpc2010.blogspot.com/2010/06/>. (2010).

<http://hgo3guardiaagpc2010.blogspot.com/2010/06/>. Obtenido de

<http://hgo3guardiaagpc2010.blogspot.com/2010/06/>:

<http://hgo3guardiaagpc2010.blogspot.com/2010/06/>

<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>. (2014).

<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>. Obtenido de

<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>:

<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>

Huth TS, B. J. (2002). Randomized trial of meatal care with silver sulfa-diazine cream for the prevention of catheter-associated bacteriuria.

Johnson JR, R. P. (2000). Prevention of catheter-associated urinary tract infection with a silver-oxide-coated urinary catheter.

Menoscal. (2014). INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LOS FACTORES DE RIESGO DE INFECCION ASOCIADOS AL CATÉTER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN”.

OMS. (2002). Prevencion de infecciones nosocomiales .

Robertson GS, E. N. (2001). Effect of catheter material on the incidence of urethral strictures.

Saint S, C. (2008). Biofilms and catheter-associated urinary tract infections.

Saint S, L. B. (2007). Indwelling urinary catheters: a one-point restraint? .

Talja M, K. A. (2010). Comparison of urethral reaction to full silicone, hydrogel-coated and siliconized latex catheters. .

Tambyah PA, K. V. (2008). The direct costs of nosocomial catheter-associated urinary tract infection in the era of managed care.

Tambyah PA, M. D. (2010). Catheter-associated urinary tract infection is rarely symptomatic.

Weinstein JW, M. D.-C. (2009). decade of prevalence surveys in a tertiary-care center: trends in nosocomial infection rates, device utilization, and patient acuity.

PAGINAS CONSULTADAS

<http://www.uninet.edu/cimc2001/conferencias/infecciones/MVTror re/>

http://www.fisterra.com/recursos_web/enfemeria/protocolos.asp

http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple2/suple11a .html>

<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion9/capitulo141/capitulo141.htm>

ANEXOS

PROPUESTA

Elaborar protocolos de atención de enfermería en la colocación de catéter urinario temporal para disminuir el riesgo de las infecciones y mejorar la calidad de atención en el servicio de Medicina Interna del Hospital referido.

INTRODUCCION

El propósito de esta guía es ofrecer recomendaciones para la prevención de las infecciones asociadas al uso del catéter vesical, en pacientes mayores de 18 años. Las recomendaciones incluyen pacientes manejados con sonda temporal a corto y largo plazo, más de 30 días o menos de 30 días y con uso intermitente. No incluyen la infección urinaria en pacientes con catéteres para fines diagnósticos o aquéllos con complicaciones secundarias a procedimientos urológicos. (Menoscal, 2014)

METODOLOGÍA

Se hizo la búsqueda sistemática de acuerdo con los procedimientos descritos y aplicados anteriormente. Los resultados obtenidos relacionados con dispositivos urinarios, prevención e infecciones intrahospitalarias, son los siguientes:

Potenciales palabras clave: cateterismo urinario; dispositivos urinarios, prevención, infección intrahospitalaria e infección” (Menoscal, 2014)

COLOCACION DE SONDA VESICAL

Una sonda es un tubo de látex o de silicona cuya consistencia depende de su composición. Su tamaño esta calibrado en unidades francesas (CH) que miden la circunferencia externa. Las sondas vesicales tienen uno o varios orificios en la parte distal. Pueden tener 1, 2 ó 3 vías distintas. Las sondas de una vía suelen ser rígidas y se utilizan para sondajes intermitentes. Las sondas de 2 vías se usan para sondajes permanentes y la segunda vía sirve para hinchar el balón con agua bidestilada para fijarla. La primera vía lleva una guía para facilitar la introducción. En niños prematuros y lactantes

pequeños se puede retirar la guía antes de sondar para minimizar el riesgo de provocar una falsa vía. En las sondas de tres vías, la tercera vía se utiliza para irrigar la vejiga de forma continua. (<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

Las sondas urinarias son unos dispositivos que constan básicamente de tres partes:

- La punta (es la porción por la que la sonda se introduce en la uretra),
- El cuerpo,
- El embudo colector o pabellón (es la porción por la que sale la orina).

La oferta posible de catéteres vesicales es muy amplia y se puede clasificar desde diferentes puntos de vista:

- Según la duración del sondaje (intermitente, temporal, permanente).
- Según el material del catéter.
- Según el calibre y la longitud.

Según la duración del sondaje

El catéter para el sondaje intermitente se caracteriza por ser semirrígido y por poseer una sola luz. Los tipos más frecuentes son:

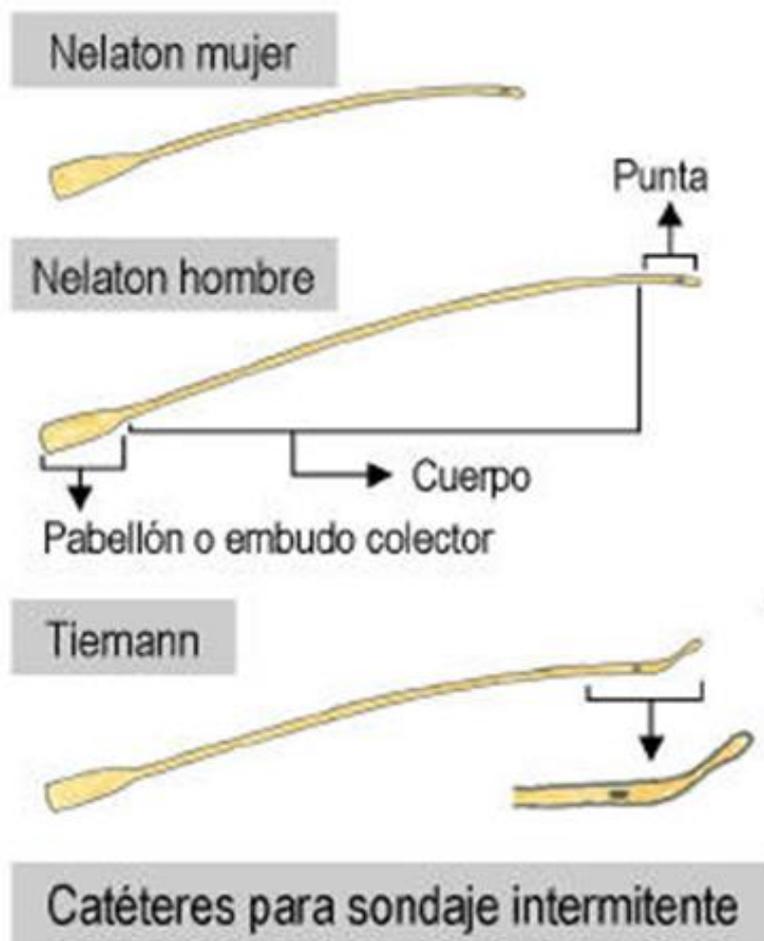
- Sonda de Nélaton. Tiene la punta recta. Se usa tanto en hombres (más larga) como en mujeres (más corta).
- Sonda de Tiemann. Tiene la punta acodada y más fina, lo cual facilita el avance en el caso de los varones con la uretra estrecha.

El catéter que se usa para los sondajes tanto temporales como permanentes es un dispositivo flexible con las siguientes particularidades:

En la zona próxima a la punta posee un balón de autorretención que se infla desde una válvula externa que se encuentra cercana al pabellón (sondas tipo

Foley). La capacidad del balón aparece impresa en el embudo colector, así como en el envoltorio de la sonda (generalmente entre 5 y 20 cm³).

- En el embudo colector se conecta el sistema de drenaje que se haya elegido (también se puede colocar un tapón).
- Pueden ser de dos vías (una para evacuar la orina y otra para inflar el balón desde el exterior) o de tres (se añade una tercera vía para poder introducir o sacar líquido de la vejiga).



Según el material del catéter:

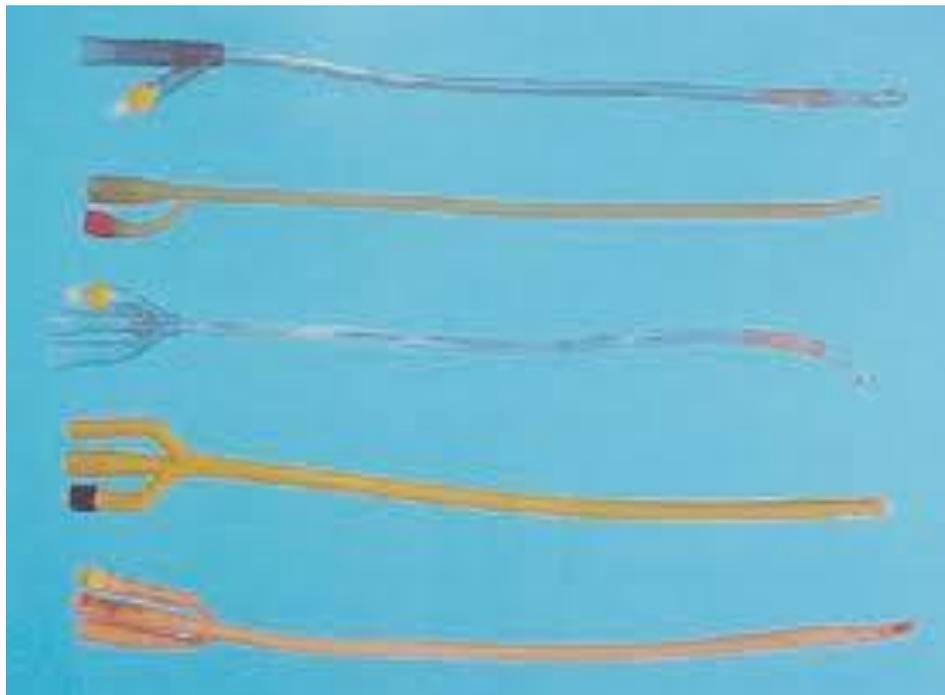
El material con el que ha sido elaborado el catéter va a determinar sus características, que son las siguientes:

- Elasticidad,
- Coeficiente de fricción (preferiblemente bajo),
- Biodurabilidad (tiempo máximo de permanencia sin deteriorarse),
- Biocompatibilidad (capacidad de inducir reacciones o toxicidad),
- Tendencia a la incrustación (precipitación de mucoides y cristaloides),
- Tendencia a la adherencia bacteriana.

Los catéteres están hechos con biomateriales poliméricos que pueden ser naturales (látex) o sintéticos (cloruro de polivinilo, teflón, silicona u otros plásticos más modernos):

- El látex ha sido el material de uso estándar, ya que es blando y maleable. Sin embargo, puede presentar incrustación rápida y toxicidad local con inducción de estenosis uretral. Su duración es de hasta 45 días.
- La silicona es más adecuada para el sondaje permanente, al ser más biocompatible (induce estenosis uretral con menor frecuencia) y muy resistente a la incrustación. Sin embargo, su excesiva flexibilidad obliga a fabricar catéteres de paredes gruesas y con orificios de drenaje pequeños, mientras que su permeabilidad permite el desinflado progresivo del balón de retención (lo que conduce a la pérdida de la sonda o al recambio precoz). Como los catéteres de silicona pura son más caros, la mayoría están fabricados con látex que se recubre con silicona o teflón para mejorar su tolerancia y facilitar su inserción. Pueden durar hasta 90 días.

- El cloruro de polivinilo (PVC) es un material más rígido y permite proporciones diámetro externo/interno óptimas para un drenaje adecuado. Es mejor tolerado que el látex y más barato que la silicona, aunque no es apto para el uso a largo plazo por la rápida incrustación que presenta.
- Los materiales más modernos de superficie hidrofílica, por su mayor biocompatibilidad y su menor coeficiente de fricción, reducen la irritación de la mucosa y la incrustación.
- El grado de adherencia bacteriana a la superficie del catéter es mayor con el látex y la silicona, variable con el teflón y escasa con los catéteres con superficie hidrofílica.



Según el calibre y la longitud de la sonda:

El calibre de la sonda se expresa según la escala francesa de Charrière (Ch), siendo un Ch equivalente a 0.33 mm. Son sinónimos de Ch las unidades French (FR) y French Gauge (FG). Los calibres disponibles se escalonan de dos en dos. La longitud varía dependiendo del tamaño de la uretra (varón, mujer o niños) y del propósito del cateterismo y se expresa en centímetros o en pulgadas (una pulgada equivale a 25 mm). Tanto en el pabellón de la sonda como en su envoltorio aparecen impresos el calibre y la longitud del catéter. La válvula a veces presenta un código de color para facilitar su identificación rápida. En la elección del calibre de la sonda se tendrá en cuenta que la uretra del varón tiene un diámetro que oscila entre 20 a 30 Ch y la de la mujer entre 24 a 30 Ch. Una recomendación práctica es comenzar con una sonda de 18 Ch y, si hay dificultad, intentarlo con sondas más delgadas. Las medidas más habitualmente empleadas son las siguientes:

- Calibre: 8 Ch para los niños, entre 14 y 18 Ch para los hombres y entre 16 y 20 Ch para las mujeres.
- Longitud estándar: 41 cm (aunque en las mujeres y los niños la sonda puede ser más corta).

Como resumen:

En la práctica habitual se actúa de la siguiente manera:

- Para cateterismos únicos o intermitentes se utilizan los de PVC, simples, sin balón, de punta recta (Nélaton) o angulada (Tiemann).
- Para los sondajes temporales y permanentes se prefieren los de látex recubiertos de silicona o de silicona pura, tipo Foley, con dos o tres vías según cada caso.

El sistema colector

FIGURA 1

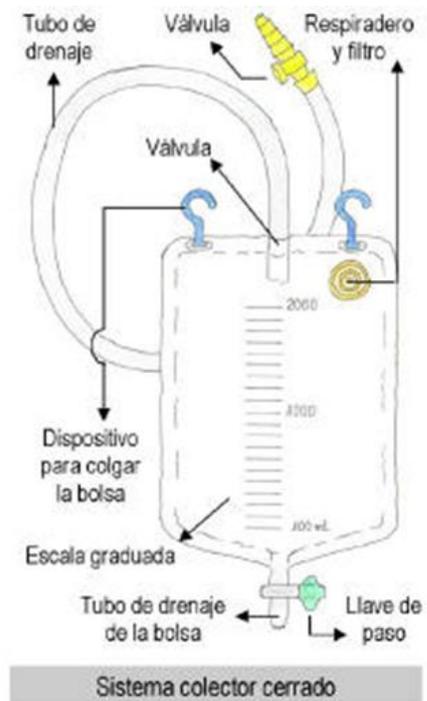


FIGURA 2



Los sistemas colectores se pueden clasificar desde diferentes puntos de vista:

- Según la facilidad con la que se pueden contaminar: cerrados o abiertos (menos y más proclives a la contaminación respectivamente).
- Según el tipo de paciente: encamado (sistema colector para cama) o ambulante (sistema colector para pierna).

Sistema colector cerrado

Es el más completo y seguro, ya que presenta varios mecanismos que dificultan la contaminación bacteriana. Consta de las siguientes partes: (Figura 1)

- **Tubo de drenaje.** Es un tubo flexible que se encuentra en la parte superior de la bolsa y que está unido herméticamente a ella. Puede disponer de una o dos válvulas unidireccionales (una en la porción del tubo que conecta con la sonda urinaria y la otra en la zona de conexión con la bolsa de drenaje) que dificultan el reflujo de la orina.
- Tubo de drenaje de la bolsa. Se halla situado en la parte inferior de la bolsa y también está unido herméticamente a ella. Posee una llave de paso que, al abrirla, permite el vaciado de la bolsa así como la posibilidad de tomar muestras (sistema cerrado).
- Respiradero de la bolsa. Es un pequeño orificio por el que entra aire, con el fin de facilitar el vaciado de la bolsa.
- Filtro para bacterias. El orificio del respiradero posee un filtro que impide que las bacterias del medio externo penetren en el sistema.
- Dispositivo para colgar la bolsa. Se encuentra en su parte superior. Posee dos ganchos a modo de percha que permiten colgar la bolsa del lateral de la cama.
- Escala graduada. Permite conocer la cantidad de orina existente en la bolsa en un momento dado. (<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

Sistema colector abierto

La bolsa posee únicamente la escala graduada y el tubo de drenaje, lo cual presenta una serie de inconvenientes: (Figura 2)

- No se puede vaciar cuando está llena de orina. Por ello, cada vez que se precisa el recambio de la bolsa, hay que desconectar el tubo de drenaje de la bolsa llena y conectar a la sonda una bolsa vacía (sistema abierto). Todo ello favorece la contaminación bacteriana.
- No permite la toma de muestras.

Sistema colector para el paciente encamado

Se pueden emplear cualquiera de los dos que hemos descrito (abierto y cerrado). La capacidad de la bolsa es variable, aunque suele rondar los dos litros.

Sistema colector para el paciente ambulante

Es un sistema colector cerrado en el que lo que varía es el procedimiento de sujeción de la bolsa, ya que en este caso no se cuelga de la cama sino que se coloca en la pierna del paciente. Para ello, la bolsa presenta los siguientes elementos: (Figura 3)

- Cuatro ojales, dos en su parte superior y dos en su parte inferior.
- Dos tiras elásticas de unos 50 cm de largo y 2 de ancho. A lo largo de la tira hay una serie de ojales y dos botones que están colocados en los ojales de uno de los extremos de la tira.

Para sujetar la bolsa a la pierna del paciente se procede de la siguiente manera: (Figura 4)

FIGURA 3



FIGURA 4



- Introducir una de las tiras a través de los ojales de la parte superior de la bolsa y la otra a través de los ojales de la parte inferior.

- Colocar la bolsa sobre la pierna del paciente.
- Rodear la pierna del paciente con la tira colocada en la parte superior de la bolsa y sujetarla con los botones. Hacer lo mismo con la tira de la parte inferior de la bolsa.

En nuestra experiencia, este sistema de sujeción presenta una serie de problemas:

- Las tiras, al ser elásticas, se incrustan en la piel, sobre todo cuando la bolsa está llena y aún se empeora la situación si el paciente presenta edemas.
- Cuando la bolsa está llena (su capacidad suele ser de unos 750 ml), las tiras se retuercen o, incluso, no aguantan el peso de la bolsa y ésta se resbala.
- Los botones que están en las tiras son pequeños y cuesta introducirlos en los ojales, que también son pequeños. La manipulación de este mecanismo no es fácil, lo cual se complica más si, por ejemplo, el paciente tiene déficit visual o es una persona mayor.

Para subsanar estos inconvenientes hemos modificado el sistema de sujeción de la bolsa, sustituyendo las tiras elásticas por una muñequera de velcro de las que se emplean para la sujeción de pacientes adultos. Cada muñequera viene de fábrica con las siguientes características:

- Medidas: 30 cm de largo por 7 de ancho.
- En uno de sus extremos posee un velcro de 5 cm de largo por tres de ancho.
- Cerca de uno de sus extremos presenta una tira cosida que sirve para la sujeción del paciente una vez que se le ha colocado la muñequera.

Con el fin de adaptar las muñequeras a nuestros fines, hemos introducido los siguientes cambios: (Figura 5)

- Descoser y quitar la tira que sirve para la sujeción del paciente.
- En una de las muñequeras coser, por el extremo que no tiene velcro, un trozo de unos 7-10 cm procedente de otra muñequera. La muñequera resultante es más larga y es la que se va a colocar en la parte proximal de la pierna (que es más gruesa).
- Tomando como referencia los ojales de la bolsa, coser dos botones en cada una de las muñequeras (los botones serán de un tamaño adecuado para los ojales y la distancia entre ellos será más o menos igual a la que existe entre los ojales de la bolsa).

FIGURA 5



Una vez adaptadas las muñequeras, el procedimiento para la sujeción de la bolsa es como sigue: (Figura 6)

- Pasar los botones de la tira que hemos alargado por los ojales superiores de la bolsa.
- Pasar los botones de la tira más pequeña por los ojales inferiores de la bolsa.
- Colocar la bolsa sobre la pierna del paciente y sujetarla mediante los velcros.

FIGURA 6



Las ventajas de este sistema son:

- Las tiras son de un material suave y no elástico, por lo que no trillan la piel.
- Las tiras, al ser más anchas, no se tuercen y aguantan bien el peso de la bolsa.
- La manipulación de las tiras y de los botones es fácil (éstos han de medir alrededor de 2 cm, que es el tamaño de los ojales) y además se hace antes de colocar la bolsa sobre la pierna del paciente.
- Para sujetar la bolsa sólo hay que pegar el velcro.

Como inconvenientes podemos señalar el tener que conseguir el material y tener que confeccionar el sistema.

COLOCACIÓN DE SONDAS VESICALES

El sondaje vesical es la colocación de un catéter a través de la uretra hasta la vejiga para drenar orina.

Según el tiempo de permanencia del catéter se puede hablar de:

- Sondaje intermitente (ya sea único o repetido en el tiempo). Después de realizar el sondaje, se retira el catéter.
- Sondaje temporal. Después de realizar el sondaje, el paciente permanece un tiempo definido con el catéter.
- Sondaje permanente. Después de realizar el sondaje, el paciente ha de permanecer indefinidamente con el catéter (con los recambios correspondientes).

Objetivos del sondaje vesical

Los objetivos del sondaje permanente son:

- Control de diuresis.
- Cicatrización de las vías urinarias tras la cirugía.
- Prevención de la tensión en heridas pélvicas y/o abdominales a causa de la distensión de la vejiga.
- Proporción de una vía de drenaje o de lavado continuo de la vejiga.

Los objetivos del sondaje temporal son:

- Vaciado de la vejiga en caso de retención de orina.
- Obtención de una muestra de orina estéril.
- Determinación de la cantidad de orina residual después de una micción.

En este capítulo nos ocuparemos del sondaje vesical permanente, puesto que es el más frecuente en una unidad de Críticos.

Procedimiento del sondaje vesical



Para la fase de higiene de los genitales:

- Guantes desechables.
- Toalla.
- Gasas no estériles.
- Dos jarras con agua tibia (una con agua y jabón y otra solo con agua).
- Povidona yodada.

Para la fase de sondaje:

- Sonda urinaria de calibre, tipo y material adecuados (al menos dos unidades, por si el primer intento de sondaje resulta fallido).
- Sistema colector (si el sondaje es temporal o permanente).

- Guantes estériles.
- Paños de campo estériles.
- Lubricante urológico anestésico (Lidocaína en gel)
- Gasas estériles.
- Jeringa de 10 ml.
- Agua bidestilada.
- Esparadrapo hipo alergénico.
- Mascarilla facial
- Solución antiséptica según el protocolo de desinfección del centro.
- Jeringa de 2 cc y 5 cc. + Aguja.
- Bolsa colectora de circuito cerrado con grifo y soporte para la bolsa. Se considera sistema de circuito cerrado cuando consta de:
 - Cámara graduada para medir la cantidad de orina.
 - Válvula antirreflujo.
 - Zona para la toma de muestras por punción.
 - Sistema de vaciado en la parte inferior.
(<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

Una vez preparado el material, los pasos a seguir son:

- Informe a la paciente del procedimiento que va a realizar y disponga las medidas necesarias para asegurar la intimidad.
- Lávese las manos y enfúndese los guantes no estériles.
- Coloque a la paciente en decúbito supino y pídale que flexione las rodillas apoyándose en los talones. A continuación, pídale que eleve la pelvis y coloque la cuña.

- Compruebe que el agua está tibia y vierta un poco a chorro sobre la región genital, de tal manera que discurra en sentido pubis-ano.
- Enjabone con una esponja el vello pubiano, la parte externa de los labios mayores y los pliegues inguinales.
- Moje unas gasas en agua jabonosa. Separe los labios con la mano no dominante y con la otra realice la limpieza. Siguiendo el sentido pubis-ano, pase una gasa por el pliegue que existe entre los labios mayores y los menores. A continuación, pase otra gasa por la cara interna de los labios menores en sentido dentro-fuera. Finalmente, pase una torunda por el orificio anal y otra por el pliegue interglúteo. Utilice una gasa para cada pasada y deséchela. (Con todas estas medidas se evita la transmisión de microorganismos al meato urinario).
- Aclare vertiendo abundante agua a chorro en sentido pubis-ano. Seque con gasas (siguiendo los movimientos ya descritos y empleando una gasa para cada pasada) y las externas con una toalla.
- Después de realizar un lavado desinfectar con una gasa estéril impregnada en solución antiséptica.

Realización de la técnica

La enfermera realiza un lavado quirúrgico de manos y se coloca los guantes estériles. Con la ayuda de la auxiliar, que le va entregando el material, prepara un campo estéril en una mesa, colocando todo el material sobre la talla (gasas, guantes, jeringa, sonda, lubricante y sistema de bolsa colectora) y procede a su preparación que consiste en:

Montar el sistema de la bolsa colectora.

Cargar la jeringa con la cantidad de agua adecuada para el balón de la sonda que utilizemos.

Comprobar el buen funcionamiento del balón inyectando la cantidad recomendada de agua y esperando unos segundos tras los que se retirará el agua y aplicar el lubricante a la sonda. (<http://medicinacooperativa.blogspot.com/>, 2014)

Procedimiento en mujeres.

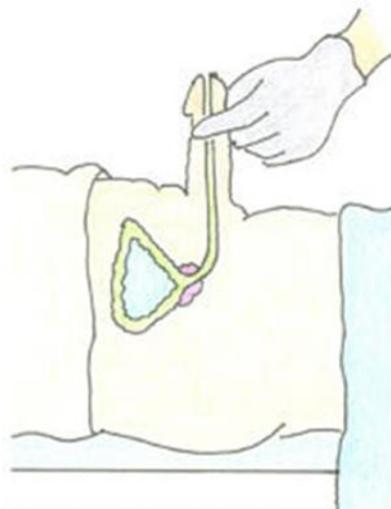
Colocamos a la paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y separadas. Realizamos la desinfección de la zona genital: separando la vulva con el pulgar y el índice de la mano no dominante, identificamos el meato urinario y lo limpiamos con una torunda impregnada de desinfectante, siempre con un movimiento descendente. Introducimos la sonda, previamente lubricada, lentamente y sin forzar hasta que comience a fluir la orina, entonces introducimos la sonda 2-3 cm. más, retiramos la guía e inflamos el balón con el agua bidestilada. Tiramos con suavidad de la sonda para comprobar que queda fijada.



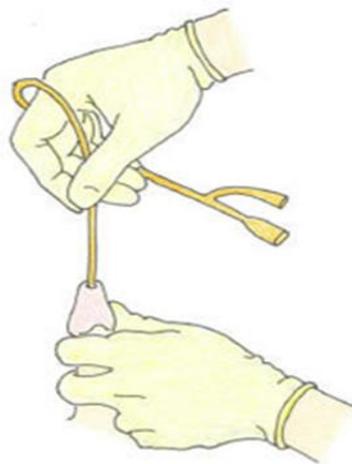
**Sondaje intermitente
en la mujer**

Procedimiento en varones.

Colocamos al paciente en decúbito supino con las piernas estiradas. Sujetamos el pene en posición vertical con la mano no dominante, retraemos el prepucio y desinfectamos el meato urinario, ejecutando un movimiento circular de dentro hacia afuera con una torunda impregnada de desinfectante. Introducimos la sonda, previamente lubricada, lentamente y sin forzar hasta que encontramos un tope, inclinamos el pene 45º aproximadamente (esta posición favorece el paso por la uretra prostática) y continuamos entrando la sonda hasta que comience a fluir la orina. Introducimos la sonda 2-3 cm. más, e inflamos el balón con el agua bidestilada. Tiramos con suavidad de la sonda para comprobar que queda fijada.



Sondaje intermitente en el varón:
sujeción del pene



Sondaje temporal y
permanente en el varón



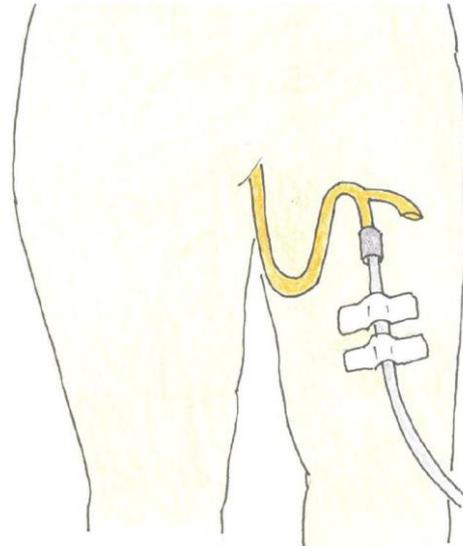
Conectar la sonda a la bolsa colectora.

Proteger la conexión de la sonda con la bolsa con gasa estéril y povidona yodada.

Colocar la parte externa de la sonda de forma que se mantenga sin angulaciones, fijándola con esparadrapo en la cara interna del muslo de manera que impida tracciones de la uretra y a la vez permita la movilidad del paciente.

Desechar los residuos y material sobrante en los contenedores indicados.

Anotar en el registro de enfermería la fecha y hora del sondaje, tipo y nº de sonda, mililitros de agua que se han utilizado para inflar el balón, características de la orina y las observaciones que se crean necesarias.



Fijación de la sonda en la parte interna del muslo de modo que el movimiento de la extremidad no la tense

Retirada de la sonda

La maniobra se realiza con guantes no estériles. Se desinfla el balón con una jeringa y se retira la sonda con suavidad y se limpia la zona genital con agua y jabón.

Anotar en el registro de enfermería la fecha y hora de la retirada y las observaciones que se crean necesarias.

Lavado de la sonda vesical

Aunque no es aconsejable manipular la sonda, en alguna ocasión puede ser necesario para mantener o recuperar la permeabilidad de la sonda. Es una técnica estéril.

Material:

Mascarilla.

Guantes estériles.

Gasa estéril.

Campo estéril

Jeringa de 50 cc con cono de alimentación.

Solución salina estéril

Antiséptico

Procedimiento:

Explicamos al paciente lo que vamos a hacer Desconectamos la salida de la sonda.

Colocamos un campo estéril debajo de la conexión de la sonda con el sistema colector y cubrimos esta con una gasa empapada en antiséptico. Nos ponemos la mascarilla y guantes estériles, cargamos la jeringa e introducimos la solución salina, retiramos la jeringa y dejamos fluir por gravedad. Si no fluye, aspiramos para sacar el producto que origina la obstrucción y conectamos de nuevo la bolsa colectora. Si la sonda no recupera la permeabilidad, repetimos la maniobra y si no solucionamos el problema retiramos la sonda y realizamos un nuevo sondaje.

Complicaciones del sondaje vesical

Creación de una falsa vía por traumatismo en la mucosa uretral. No hay que forzar la introducción de la sonda, la cual debe entrar con suavidad. Si no se consigue el sondaje, se debe esperar un rato antes de realizar de nuevo la técnica.

Retención urinaria por obstrucción de la sonda. Esta obstrucción puede estar causada por acodamiento de la sonda y por coágulos, moco o por sedimentos de la orina.

Infección urinaria ascendente por migración de bacterias a través de la luz de la sonda.

Presencia de hematuria posterior al sondaje a causa de alguna pequeña herida provocada al realizar la técnica.

Las contraindicaciones son las siguientes:

- Prostatitis aguda.
- Uretritis aguda, flemones y abscesos periuretrales.
- Estenosis o rigidez uretral (valorar individualmente).
- Sospecha de rotura uretral traumática.
- Alergia conocida a los anestésicos locales o al látex.

Observaciones

- Ante el roce de la sonda con cualquier superficie no estéril, debemos cambiarla por una sonda nueva.
- Si se introduce erróneamente la sonda en vagina, debe desecharse, desinfectar de nuevo la zona y usar una sonda nueva, repitiendo el procedimiento.
- Para inflar el balón debe utilizarse agua bidestilada y no suero fisiológico, puesto que el sodio puede provocar la rotura del balón.
- Inflar el balón con los mililitros de agua bidestilada que recomienda el fabricante. Esta maniobra no debe molestar al paciente.
- Mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos. Si hay que trasladar al paciente y se coloca la bolsa sobre la cama, se debe pinzar el tubo.
- El sistema de sondaje permanente es un sistema cerrado, por lo que no debe desconectarse para limitar el riesgo de infección. Si hay que recoger una muestra se utilizará la zona de la tubuladura indicada para ello.

- Una sonda permanente debe cambiarse cada 15-20 días, aunque las sondas de silicona pueden mantenerse un periodo más largo, de 2-4 meses.
- La higiene de genitales y sonda debe hacerse una vez por turno como mínimo.
- La bolsa colectora debe vaciarse cada vez que esté llena en dos tercios de su capacidad y cambiarse cada semana.
- Este procedimiento constituye el principal factor de riesgo en la infección urinaria por lo que se debe realizar con técnica estéril y por personal altamente calificado (<http://hgo3guardiaagpc2010.blogspot.com/2010/06/>, 2010)



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “DR.ABEL GILBERT PONTÓN”, SOBRE EL PROCEDIMIENTO CORRECTO A UTILIZAR EN EL SONDAJE VESICAL.

OBJETIVO: DETERMINAR E IDENTIFICAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL CATÉTER URINARIO PERMANENTE EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

POR FAVOR MARQUE CON UNA X EN LA ALTERNATIVA QUE CONSIDERE ADECUADA.

1. Qué edad tiene usted?

- 20-35 años ()
- 36-45 años ()
- 46-55 años ()
- + de 56 ()

2.Cuál es su Género?

- Masculino ()
- Femenino ()

3. Cuantos años de trabajo tiene?

- De 1 año ()
- 1 a 2 años ()
- 3 a 4 años ()
- 5 a 6 años ()
- + de 7 años ()

4. Los materiales usados para el procedimiento de colocación del catéter urinario, deben de ser estéril?

SI ()

NO ()

5. Sabe usted que calibre de sonda Foley es el adecuado según el tamaño de la uretra?

CH 10-12 ()

CH 14-16 ()

CH 16-18 ()

6. Quien es el responsable del procedimiento de la colocación del catéter vesical?

Profesional ()

Interno de Enfermería ()

Interno de Medicina ()

Interno (bajo supervisión) ()

Ninguno ()

7. Utiliza la técnica aséptica de lavado de manos al inicio y al termino del procedimiento?

SI ()

NO ()

8. Para el procedimiento de un cateterismo vesical es necesario el apoyo de un ayudante?

SI ()

NO ()

9. El personal de enfermería realizar la fijación del catéter?

SI ()

NO ()

10. Considera Ud. importante rotular la fecha de colocación del catéter urinario?.

SI ()

NO ()

11. El catéter urinario debe de mantenerse en circuito cerrado y permeable?

SI ()

NO ()

12. Es importante evitar la obstrucción del drenaje hacia la bolsa recolectora?

SI ()

NO ()

13. Utiliza guantes al descartar la orina de la bolsa recolectora?

SI ()

NO ()

14. Se debe vaciar la orina La bolsa recolectora en intervalos regulares?

Cada hora ()

Cada 3 o 4 horas ()

Cada turno ()

Cada que se llena ()

Cada día ()

15. Donde es la correcta ubicación de la bolsa recolectora?

En el soporte del suero ()

En el borde de la cama ()

Sujeta a la pierna ()

Encima de la cama ()

16. Controla periódicamente el contenido y características de la orina en la bolsa recolectora?.

SI ()

NO ()

17. Al descartar la orina evita el contacto directo del extremo de la bolsa recolectora con el recipiente.

SI ()

NO ()

GRACIAS POR SU COLABORACION



Certificación No. CC08-1447



30000000000000000000
Apostado 69-01-4171

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

06 de Diciembre/2013

LICENCIADA
CRISTINA GONZALEZ OSORIO
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho -

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designado como Tutor del trabajo de titulación de la SRTA. MENOSCAL MACIAS ERICKA, con el tema "INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN FACTORES DE RIESGOS DE INFECCIONES ASOCIADO AL CATETER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "ABEL GILBERT PONTON DE DICIEMBRE 2013 A MAYO 2014"

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para referirle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.

Antes de

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
L. M. G. O.
Ldo. **Arroba Mercedes Vinos**
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

Arroba Mercedes Vinos
Justo Carlos Gonzalez

AMF/ama



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"**

Guayaquil, 04 de Junio del 2014

Lcda. Ángela Mendoza Vences

Directora de la Carrera de Enfermería

Facultad de Ciencias Médicas

En su despacho.-

Comunico que la Srta. Erika Fernanda Menoscal Macías con C.I 092710881, finalizo el proceso de revisión del trabajo de titulación cuyo título INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN FACTORES DE RIESGOS DE INFECCIONES ASOCIADO AL CATÉTER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "DR. ABEL GILBERT PONTÓN" DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014", dando paso de revisión al primer lector.

Por la atención a la presente agradezco de antemano.

Atentamente,


Lcda. Cristina González Osorio Mgs.
Tutora de Tesis



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

Guayaquil, 20 de Junio del 2014

Lcda. Ángela Mendoza Vinos

Directora de la Carrera de Enfermería

Facultad de Ciencias Médicas

De mis consideraciones.-

Por medio de la presente, informo a usted que la estudiante Erika Menoscal Macias con C.I 0927108811 tiene revisado la tesis con el tema INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADO AL CATÉTER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "DR. ABEL GILBERT PONTÓN" DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014", cuya revisión se realizó a través del sistema de URKUND la cual es aprobada y grabada en PDF con 0% de similitud.

Atentamente,


Lcda. Cristina González Oscorio Mgs.
Coordinadora de nivel básico
Carrera de Enfermería


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Ciencias Médicas
20 JUN 2014
Fatima
RECH
5753



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

06 de Junio 2014



LICENCIADA
NORMA SILVA
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho -



De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Primer Lector del trabajo de titulación de la Srta. MENOSCAL MACIAS ERICKA, con el tema "INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN FACTORES DE RIESGOS DE INFECCIONES ASOCIADO AL CATETER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "ABEL GILBERT PONTON DE DICIEMBRE 2013 A MAYO 2014"



Agradeciendo a lo presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Certificado N° 1108-1497

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.



Atentamente



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Lda. Angala Mendoza Vincos
Directora (E)

Lda. Angala Mendoza Vincos
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA



Recibida 6/6/14
Lda. Norma Silva

www.ucsg.edu.ec
Aportado 09-91-4671

ANFórama

Teléfono:
2206952 - 2200288
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

CERTIFICACIÓN DEL LECTOR

Guayaquil, 09 de Junio del 2014

Lcda. Ángela Mendoza Vincos

Directora de la Carrera de Enfermería

Facultad de Ciencias Médicas

De mis consideraciones -

En calidad de Primera Lectora de Tesis del Trabajo titulado INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADO AL CATÉTER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "DR. ABEL GILBERT PONTÓN" DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014", Realizado por la Srta. Enka Menoscal Macías.

Me permito declarar que luego de haber analizado, revisado y comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final esto considero AROBADO.

Atentamente,

Lcda. Norma Silva

Primer Lector de Tesis



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificación No. C-12-147



CARRERA
DE
ENFERMERIA

www.ucg.edu.ec
Aproado 09-01-4577

Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

06 de Junio 2014.

LICENCIADA
RAMON VILLACRES
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Segundo Lector del trabajo de titulación de la Sra. MENDOZA MACIAS ERICKA, con el tema "INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN FACTORES DE RIESGOS DE INFECCIONES ASOCIADO AL CATETER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "ABEL GILBERT PONTON DE DICIEMBRE 2013 A MAYO 2014"

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.

Akinlamente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Calle "Andrés Bello" y "Méndez Torres"
Guayaquil - Ecuador

Lcda. Angela Mendoza Vinos
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

AMFátma



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

CERTIFICACION DEL LECTOR

Guayaquil, 20 de Junio del 2014

Lcda. Ángela Mendoza Vincas

Directora de la Carrera de Enfermería

Facultad de Ciencias Médicas

De mis consideraciones.-

En calidad de Segundo Lector de Tesis del Trabajo titulado **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADO AL CATÉTER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "DR. ABEL GILBERT PONTÓN" DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014**, Realizado por la Srta. Erika Menoscal Macías.

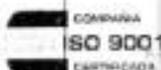
Me permito declarar que luego de haber analizado, revisado y comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final esto considero **AROBADO**.

Atentamente,


Dr. Ramiro Villacres
Segundo Lector de Tesis



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Colaboración Norma UNI 1147



CARRERA
DE
ENFERMERIA

www.uocg.edu.ec
Aptitud: 09-01-4877

Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

MARZO 26

DOCTORA
MARIA ISABEL HONORES
DIRECTORA HOSPITAL GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTON
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, condecorada de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que la estudiante MENDOSCAL MACIAS ERKA, que se encuentra realizando el trabajo de titulación con el tema "INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADO AL CATETER URINARIO TEMPORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN DE DICIEMBRE DEL 2013 -ABRIL 2014" realice la encuesta en la de la institución que Usted dirige.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
Lcda. Angélica Mendoza Vinces
Directora (E)
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo

AMFatma





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”

GUÍA DE OBSERVACIÓN

AL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN”, SOBRE EL PROCEDIMIENTO CORRECTO A UTILIZAR EN EL SONDAJE VESICAL.

OBSERVACIONES	SI CUMPLE	NO CUMPLE
Observa periódicamente la permeabilidad de la sonda.		
Fija el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones.		
Lava la zona con agua y jabón una vez al día		
Lava bien los restos acumulados en el catéter cerca del meato urinario, girar este sobre su eje longitudinal para evitar adherencias (nunca introducir el catéter ni tirar de él).		
Lava la sonda cuando sea preciso para mantenerla permeable, según técnica aséptica.		
Indica al enfermo que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.		
Mantiene la bolsa colectora fijada al soporte para evitar traumatismos.		
Evita desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje		

<p>Excepto que este contraindicado (pacientes con fallo renal o cardiaco) estimular el aporte de líquidos de dos a tres litros por día, para aumentar el flujo urinario y evitar el riesgo de infección.</p>		
<p>Limpieza de la zona perineal exhaustivamente cada 12 horas.</p>		
<p>Valora los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en flanco suprapúbico, orina turbia o mal oliente, hematuria).</p>		
<p>Valora la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda.</p>		
<p>Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de drenaje de la sonda, nunca en el catéter.</p>		
<p>Explica al paciente el procedimiento que vamos a realizar, asegurándole que no es doloroso, sino ligeramente molesto.</p>		
<p>Conecta una jeringa y vaciar completamente el contenido del balón.</p>		
<p>Retira la sonda suavemente y si el paciente es autónomo indicarle que se lave bien la zona, si no lo es, proceder a su limpieza.</p>		
<p>Anota la diuresis existente en la bolsa de drenaje, y las características de la misma, así como la hora en que se realiza la retirada.</p>		
<p>Controla las micciones tras la retirada de la sonda por si apareciera alguna alteración. En pacientes postquirúrgico puede aparecer disuria y polaquiuria, ambas alteraciones son normales después de una intervención y mejora con el paso del tiempo.</p>		

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA





