

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Participantes:

Mª Teresa Aparicio Ortega
Ester Lagos Pantoja

Responsable: Ester Lagos Pantoja

email: elagos@sescam.jccm.es

Fecha: Actualizado el 14-06-2010

Evaluación formal del protocolo: Comisión Cuidados

Fecha	Firma Presidente/a Comisión Cuidados	Apto(S/N)
25-06-2010	PILAR RUBIO SERRANO	SI

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

INTRODUCCIÓN

El cateterismo o sondaje vesical es una técnica que consiste en la introducción de una sonda por la uretra hasta la vejiga urinaria. 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

Los fines del cateterismo vesical pueden ser tanto diagnósticos como terapéuticos:

- Fines diagnósticos:
 - Exploración uretral o vesical.
 - Obtención de muestras de orina.
 - Medición del residuo postmiccional.
 - Control de la diuresis.
- Fines terapéuticos:
 - Alivio de la retención urinaria (aguda o crónica).
 - Tratamiento crónico de pacientes con fracaso en el vaciado vesical espontáneo (obstrucción infravesical o atonía vesical) cuando no hayan tenido éxito o no sean candidatos a ningún otro procedimiento alternativo.
 - Tratamiento de algunos pacientes con vejiga neurógena.
 - Administración de terapias endovesicales.
 - Postoperatorio de algunas cirugías (uretra, próstata, vejiga).
 - Fístulas vesicales y rotura vesical extraperitoneal.
 - Hematuria de origen vesicoprostático en pacientes que requieran lavados vesicales continuos.
 - Tratamiento intraoperatorio y postoperatorio de intervenciones quirúrgicas prolongadas o en pacientes de riesgo previsible de retención de orina.
 - Para posibilitar la curación más rápida de escaras de decúbito (UPP) en pacientes incontinentes.
 - 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.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

PERSONAL QUE INTERVIENE

- Enfermera
- Auxiliar enfermería

MATERIAL

- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Agua y jabón.
- Solución antiséptica según el protocolo de desinfección del centro.
- Gasas no estériles.
- Gasas estériles.
- Paño estéril.
- Sonda vesical a insertar, la cual se adecuará a la prescripción facultativa del sondaje y a las características del paciente al que se le va a realizar la técnica. (mínimo 2).
- Lubricante urológico.
- Agua destilada estéril.
- Jeringa de 10cc ó 20 cc. según sonda.
- 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.
 - Sistema de vaciado en la parte inferior.

LA SONDA URINARIA

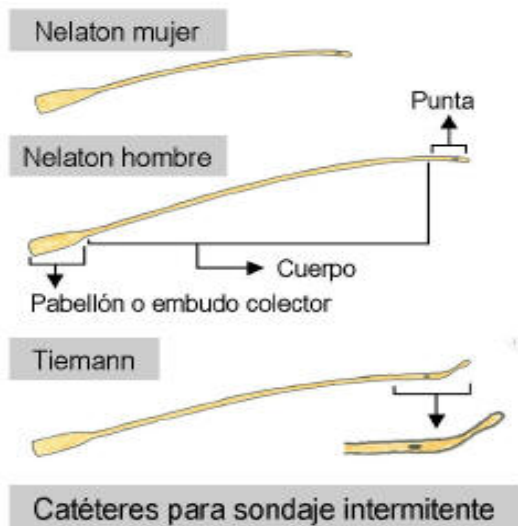
Las sondas urinarias son unos dispositivos que constan básicamente de tres partes: la punta (es la porción por la que la sonda se introduce en la uretra), el cuerpo y el embudo colector o pabellón (es la porción por la que sale la orina).

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

1. Según la duración del sondaje (intermitente, temporal, permanente).

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

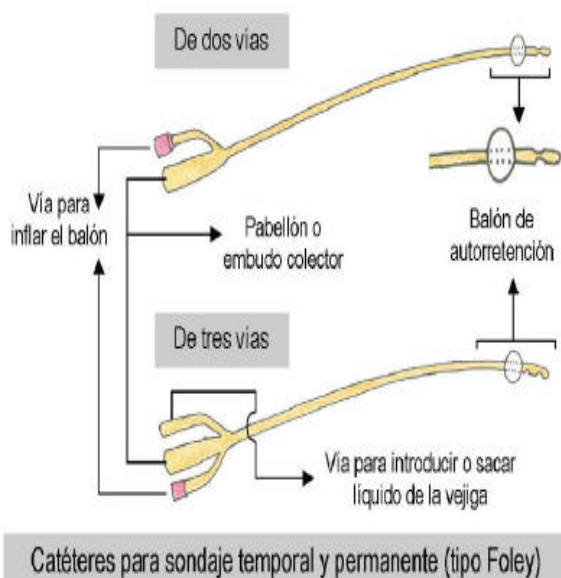
TITULO: SONDAJE VESICAL



-*Sonda de Nelaton.* 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:



-*Sonda de Foley.* En la zona próxima a la punta posee un balón autorretención que se infla desde una válvula externa que se encuentra cercana al pabellón. 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).

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

2. Según el material del catéter:

El material con el que ha sido elaborado el catéter va a determinar sus características, que son 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) y 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.

3. 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.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

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 los 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).

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 (Nelaton) 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 o las Tiemann de 3 vías para lavado continuo.

EL SISTEMA COLECTOR

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).

1. Sistema colector cerrado (fig. 1)

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.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

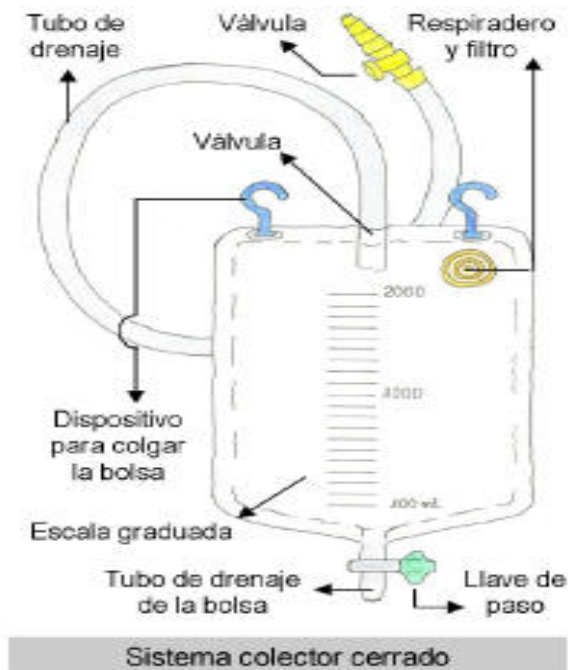


Figura 1



Figura 2

2. Sistema colector abierto (fig. 2)

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.

3. Medidores de diuresis horaria (fig. 3)

Sistema cerrado estéril para recolección de la diuresis horaria con capacidad de medición total de 500 ml. Incorpora cámara de tipo Pasteur y válvula antirreflujo que evitan el riesgo de contaminación retrograda, y bolsa de recolección, con válvula antirreflujo con tubo de drenaje.



Figura 3

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

PROCEDIMIENTO

Explicaremos al paciente, de manera adecuada a su edad, la técnica que le vamos a realizar y dispondremos las medidas necesarias para asegurar su intimidad.

Lo colocamos en decúbito supino: en el hombre el enfermo se colocará en decúbito supino con las piernas rectas, poniendo la cama completamente horizontal, y el paño estéril sobre sus piernas e inmediatamente debajo del pene; en la mujer la paciente se colocará en decúbito supino con las piernas abiertas y flexionadas y las rodillas recogidas apoyando la planta de los pies en el colchón, poniendo la cama completamente horizontal, y el paño estéril inmediatamente debajo de los genitales y sobre la cama; en ambos casos en la medida que el paciente nos lo permita le retiraremos la almohada de la cabeza con el fin de conseguir que el paciente permanezca en una posición completamente horizontal.

Después de realizar un lavado higiénico de manos y con los guantes no estériles, la auxiliar lava los genitales con agua y jabón y los desinfecta con una gasa estéril impregnada en solución antiséptica.

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, colocando todo el material sobre el paño estéril (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 destilada y esperando unos segundos tras los que se retirará el agua.
- Aplicar el lubricante a la sonda en las mujeres y directamente en el pene en los hombres.

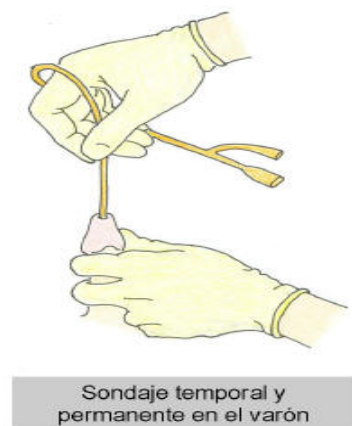
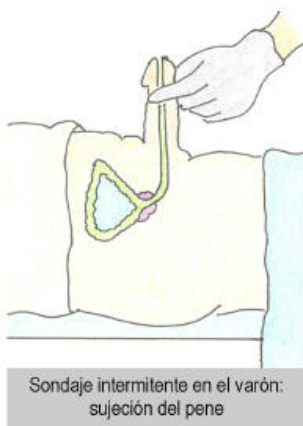
Procedimiento en la mujer: Explicar a la paciente el procedimiento y colocarla en la posición antes señalada. Realizamos la desinfección de la zona genital. Separando la vulva con el pulgar y el índice de la mano no dominante, identificamos el meato urinario y lo limpiamos con una torunda impregnada 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 e inflamamos el balón con el agua destilada. Si por error introdujésemos la sonda en vagina, desecharemos el catéter, pero antes de ello dejaremos ese catéter como referencia y con una nueva sonda procederemos a reintentar (tras cambiarnos de guantes estériles) un nuevo sondaje. Tiramos con suavidad de la sonda para comprobar que queda fijada.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL



Procedimiento en el hombre: 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. Aplicamos el lubricante con anestésico si procede en el pene e introducimos la sonda lentamente y sin forzar hasta que encontramos un tope, inclinamos el pene 45° aproximadamente (esta posición favorece el paso por la uretra prostática) y continuamos introduciendo la sonda hasta que comience a fluir la orina. Introducimos la sonda 2-3 cm. más e inflamos el balón con el agua destilada. Tiramos con suavidad de la sonda para comprobar que queda fijada.



	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

Una vez introducida la sonda procederemos de la siguiente manera en ambos casos:

- Conectar la sonda a la bolsa colectora (si no se hubiera conectado anteriormente).
- 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.
- En el caso de realizar el sondaje para un vaciado vesical por retención urinaria aguda procederemos a la descompresión progresiva de la vejiga con pinzamientos intermitentes, eliminando 250 cc de orina cada 10 minutos.



RETIRADA DE LA SONDA

Material:

- Guantes desechables.
- Gasas estériles.
- Cuña.
- Povidona yodada.
- Jeringa de 10 ó 20 ml. (según tipo de sonda)

Procedimiento:

Informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar y comentarle que es bastante más sencillo que el del sondaje. Realice el lavado y la desinfección de los genitales. Conecte la jeringa en la válvula de la sonda. Aspire y saque toda el agua destilada (así se consigue desinflar el globo). Dígale al paciente que respire lenta y profundamente. (Con esta medida se favorece la relajación del esfínter interno de la uretra). Extraiga con suavidad la sonda hasta retirarla completamente. Retire la cuña y, si es necesario, proceda a la higiene y secado de la zona perineal. Quítese los guantes y lávese las manos.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

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:

- Guantes estériles.
- Empapador desechable.
- Paño estéril.
- Jeringa de 50 cc. con cono de alimentación.
- Solución salina estéril.

Procedimiento: Explicamos al paciente la técnica a realizar. Colocamos el empapador debajo de la conexión de la sonda con el sistema colector. Nos ponemos los guantes, colocamos encima del empapador el paño estéril y montamos un campo con el material necesario. Desconectamos la salida de la sonda, 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.

CONTRAINDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO

Las contraindicaciones son las siguientes:

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

COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA TÉCNICA

- 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.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

- 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.
- Hematuria Ex –vacuo, la vejiga puede llegar a tener una gran capacidad de distensión, llegando esta incluso a contener entre 3.000 y 4.000 ml. En una retención aguda de orina en la que se produce una descompresión brusca puede darse un cuadro de hematuria franca. Es por ello que para evitar esta situación procederemos a la descompresión progresiva de la vejiga con pinzamientos intermitentes, eliminando 250 cc de orina cada 10 minutos.

RECOMENDACIONES

Se debe de instruir al paciente y/o a los familiares sobre los siguientes aspectos:

- Asegurar una hidratación correcta (al menos 1,5 litros de líquido al día).
- Lavarse las manos antes y después de manipular la sonda y/o la bolsa colectora.
- Lavar de manera diaria la zona de inserción de la sonda con agua y jabón y secarla posteriormente (no olvidar la recolocación del prepucio). Se debe evitar la limpieza frecuente del meato uretral o la aplicación periuretral de cualquier tipo de crema que no haya sido previamente prescrita.
- Cada día mover suavemente la sonda en sentido rotatorio, con el fin de evitar adherencias.
- No se deben de tocar los extremos de las conexiones: el pabellón de la sonda y la parte del tubo de drenaje que conecta con el pabellón en los sistemas abiertos y, además de estos elementos, el tubo de drenaje de la bolsa en los sistemas cerrados.
- Evitar tirones que puedan provocar traumatismos o desconexiones accidentales del sistema.
- Evitar que se formen acodaduras.
- Ante el roce de la sonda con cualquier superficie no estéril, debemos cambiarla por una sonda nueva.
- Para inflar el balón debe utilizarse agua destilada y no suero fisiológico, puesto que el sodio puede provocar la rotura del balón.
- Inflar el balón con los mililitros de agua destilada 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.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

-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.

AUTOEVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Procedimiento de sondaje vesical

Una vez terminado el sondaje vesical la enfermera debería realizarse una serie de preguntas que tienen por finalidad ser una retroalimentación del proceso realizado, con el fin de llegar a dar la mayor calidad de cuidados.

1. ¿Se ha realizado la enfermera un adecuado lavado de manos?
2. ¿Comprobó la enfermera la existencia de orden médica de sondaje antes de practicarlo?
3. ¿Se adecuó el tipo y calibre de la sonda a las necesidades del paciente?
4. ¿Informó la enfermera al paciente del procedimiento que se le iba a realizar?
5. ¿Informó la enfermera a la familia del proceso de sondaje que se le realizó al paciente?
6. ¿Dejo la enfermera registrado el calibre de la sonda, fecha de inserción y observaciones del proceso?
7. ¿La enfermera utilizó un sistema de recogida cerrado?

Cuidados del sondaje vesical

1. ¿Se realiza higiene diaria de genitales?
2. ¿Durante le proceso de higiene se gira la sonda en sentido rotatorio?
3. ¿Se mantiene la sonda por debajo del nivel vesical?
4. ¿Cuelga la bolsa de forma adecuada tanto de su soporte como del soporte ojal?
5. ¿Se vacía la orina según necesidades o cada 24 horas?
6. ¿Se comprueba la ausencia de acodaduras o torceduras en todo el tramo desde la sonda a la bolsa?

INDICADORES

Pendientes de definir

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev.: 2
		Fecha Rev: 25-6-10
		Periodicidad Rev: 2 años

TITULO: SONDAJE VESICAL

PLANIFICACIÓN DE REVISIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se propone la revisión del protocolo por Comisión de Cuidados cada 2 años o antes si existen modificaciones que lo justifiquen.

BIBLIOGRAFÍA

Cateterismo vesical y mantenimiento. <http://www.enferpro.com/tvesical .htm>
Castellote García MJ., Paricio Mateo T. Enfermería oncológica: Sondaje vesical.
<http://www.opolanco.es/Apat/Boletin12/sondas.htm>
<http://www.infirmiers.com/inf/protocole/uronephro/sondageu.php>
Romina Corna A., García Labarthe F., Aixa Nakasone A., Mariano Temporetti H., Prof. Dr. Miguel H. Ramos. Aspectos generales de la infección urinaria nosocomial. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina – Nº 113 – Marzo 2002 pag. 6-8. Sistemas de eliminación vesical.
<http://www.tubotica.net>
<http://nosobase.univ-lyon1.fr/recommandations/Urologie/sondagep2.pdf>
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion9/capitulo141/capitulo141.htm>
<http://www.fisterra.com/material/tecnicas/catetvesical/catetvesical.asp>
http://www.bbraun.es/index.cfm?uuid=F698FB182A5AE626625211A50F64CC4B&&IRACER_AUTOLINK&&