**PROTOCOLO DE INSTALACIÓN DE CATETER URINARIO PERMANENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORADO** | **REVISADO** | **APROBADO** |
| Claudia Urtubia BandaEnfermera encargada de tratamientosCESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga  | Dina Guerra CamposEncargada de Calidad CESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga |  Monica Robledo SobaEnfermera CoordinadoraCESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga  |
| 10/12/2022 | 11/12/2022 | 11/12/2022 |

**1-. Introducción**

El cateterismo urinario es una técnica utilizada en pacientes que presentan dificultades orinar, este consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga para evacuar así la orina de forma intermitente o permanente.

El procedimiento de inserción del catéter urinario debe ser estéril, y puede provocar algunos riesgos tales como trauma uretral e Infección del Tracto Urinario (ITU).

Las infecciones de tracto urinario asociadas a catéter urinario permanente pueden ser producidas por una gran variedad de agentes, los cuales pueden proceder desde el aparato intestinal del paciente o bien, pueden ser adquiridos por transmisión cruzada a través de las manos del personal o por exposición a materiales y fluidos no estériles.

**2-. Objetivo**

**Objetivo General:**

Estandarizar Unificar criterios clínicos de instalación, manejo y retiro del catéter urinario permanente de acuerdo a las normas vigentes.

**Objetivos Específicos:**

Prevenir infecciones asociadas a la instalación de catéter urinario permanente.

Prevenir eventos adversos asociados a la instalación y/o retiro del catéter urinario permanente.

**3-. Alcance**

Dirigido a profesionales de enfermería que realicen procedimientos de cateterismo urinario en el CESFAM José Joaquín Aguirre, Posta rural de San Vicente y en los domicilios de cada usuario pertenecientes a los mismos servicios de salud.

**4-. Responsable de la ejecución**

|  |  |
| --- | --- |
| Médico | Indicar instalación de catéter urinario permanente. |
| Profesional de enfermería | Instalación de catéter urinario permanente.Supervisión de la instalación.Dar cumplimiento al presente protocolo. |

**5-. Definiciones**

**Cateterismo urinario:** consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra, con el fin de evacuar orina de forma intermitente o permanente. Este procedimiento requiere de una técnica aséptica estricta.

**Cateterismo urinario permanente (CUP):** consiste en la inserción de una sonda vesical estéril, la cual se fija en la vejiga a través de un cuff inflado, permitiendo la evacuación de orina en la bolsa recolectora de forma permanente.

**Cateterismo urinario intermitente:** consiste en la inserción de una sonda vesical estéril que permite la evacuación de orina para ser retirada posteriormente.

**Infección del tracto urinario (ITU):** colonización y multiplicación de un microorganismo, habitualmente bacterias, en el aparato urinario. Los microorganismos pueden acceder a la vejiga durante la inserción del catéter o a consecuencia de la contaminación durante la manipulación de las conexiones, reflujo desde el sistema de drenaje o migración desde la bolsa recolectora.

**ITU/CUP:** Infección del tracto urinario asociado a Catéter Urinario Permanente

Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS): todo proceso infeccioso general o localizado que ocurre como consecuencia de la atención de salud y que no estaba presente ni incubándose al momento de recibir la atención médica.

**Técnica aséptica:** conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación microbiana durante la atención de salud.

**Precauciones estándar (PE):** Conjunto de medidas que establecen una barrera mecánica entre el paciente y el huésped susceptible, con el objetivo de disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes conocidas o desconocidas. Se debe aplicar frente a todos los pacientes.

**6-. Desarrollo**

**Instalación de catéter urinario**

Consideraciones generales

* La instalación de un catéter urinario permanente requiere de previa indicación médica.
* En caso de existir la posibilidad, realizar técnica en conjunto con un acompañante.
* El catéter urinario permanente debe ser instalado con una técnica aséptica estricta.
* El calibre de la sonda debe ser elegido por el profesional responsable del procedimiento.
* El CUP debe fijarse en el muslo del paciente con tela adhesiva, con el objetivo de evitar la tracción y el desplazamiento del catéter.

**Materiales y equipo**

Materiales para aseo genital:

* Riñón limpio
* Jarro con agua
* Jabón líquido
* Gasa/apósito estéril
* Guantes de procedimiento

Material para cateterismo urinario permanente o intermitente:

* Biombo si procede
* Paño perforado
* Apósito estéril
* Guantes estériles
* Sonda foley o sonda nelaton, según proceda
* Bandeja estéril
* Vaselina liquida o agua bidestilada estéril para lubricar
* Bolsa recolectora de orina esteril (para instalación de CUP)
* Jeringa de 10 cc con pivote (para instalación de CUP)
* Depósito de eliminación material cortopunzante
* Dos ampollas de agua bidestilada estéril (para instalación de CUP)
* Tela adhesiva micropore para fijar
* Frasco para muestra de orina si procede
* Mesa auxiliar

**Procedimiento de instalación de catéter urinario permanente**

* Resguardar siempre la privacidad del usuario.
* Verificar indicación médica e identificación del usuario. Si este no está lucido, verificar identificación con familiares y/o cuidadores.
* Informar el procedimiento al usuario y obtener su consentimiento verbal.
* Reunir y preparar material, verificando la vigencia de la esterilización según corresponda
* Situar al paciente en posición ginecológica si es mujer o decúbito supino si es hombre.
* Realizar lavado clínico de manos según protocolo y colocar guantes de procedimiento o higenización de manos.
* Colocar riñón limpio en la zona genital.
* Realizar aseo genital con agua y jabón neutro, inmediatamente antes de la inserción del catéter.
* Retirar riñón.
* Retirar guantes de procedimiento.
* Realizar lavado clínico de manos según protocolo.
* Colocar guantes estériles
* Verificar indemnidad del balón, inflando cuff con 10 cc de agua bidestilada.
* Lubricar punta del catéter con lubricante disponible e introducir por la uretra.

Ejecución en usuario femenino:

* Colocar paño perforado en zona genital.
* Colocar bandeja estéril entre las piernas de la usuaria, por encima del paño perforado.
* Separar los labios mayores y menores de la vulva utilizando un apósito o gasa estéril.
* Tomar sonda con mano dominante, visualizar meato urinario e introducir la sonda 5-7 cm sin forzar la introducción. Si la sonda se introduce en la vagina o se contamina en cualquiera de sus extremos, se debe desechar y utilizar otra.
* Mantener la sujeción de la sonda una vez fluya orina.
* Recepcionar orina y tomar muestra de orina si procede.
* Introducir la sonda 2-3 cm más e inflar lentamente el balón con 7-10cc de agua bidestilada estéril. Traccionar suavemente sonda hasta notar resistencia.
* Conectar los extremos del catéter y la bolsa recolectora sin que estos tengan contacto con superficies no estériles. Comprobar que la bolsa recolectora quede cerrada y que esta se encuentre bajo el nivel de la vejiga.

Ejecución en usuario masculino:

* Colocar paño perforado en zona genital, dejando el pene fuera del mismo.
* Colocar bandeja estéril entre las piernas del usuario, por encima del paño perforado.
* Con la mano no dominante retraer el prepucio y sujetar pene en posición vertical con ayuda del apósito/gasa estéril.
* Tomar sonda con mano dominante e introducirla por el meato urinario de forma lenta y suave 6-8 cm, al llegar percibir resistencia, colocar pene en forma horizontal y continuar introduciendo hasta la salida de orina.
* Recepcionar la orina y tomar muestra de orina si procede.
* Introducir la sonda 2-3 cm más e inflar lentamente el balón con 7-10cc de agua bidestilada estéril. Traccionar suavemente sonda hasta notar resistencia.
* Conectar los extremos del catéter y la bolsa recolectora sin que estos tengan contacto con superficies no estériles. Comprobar que la bolsa recolectora quede cerrada y que esta se encuentre bajo el nivel de la vejiga.

**Finalización del procedimiento:**

* Posicionar bolsa recolectora de orina bajo el nivel de la cadera.
* Dejar cómodo al paciente
* Recoger material reutilizable y ponerlo en el área sucia de la unidad de tratamiento. Si el procedimiento es realizado en domicilio guardar en bolsa para residuos hasta llegar al CESFAM.
* Eliminar los insumos desechables utilizados.
* Realizar lavado clínico de manos según protocolo.
* Realizar educación al usuario y/o familia sobre el manejo del catéter urinario permanente en domicilio.

**Registros:**

Una vez ejecutado el procedimiento se debe registrar en el sistema RAYEN:

- Fecha y hora de la instalación de la sonda.

- Características de la orina obtenida.

- Registro de toma de muestra si procede.

- Calibre de la sonda instalada.

- Profesional responsable del procedimiento.

- Lugar donde se realizó el procedimiento.

**7.- Distribución**

a. Dirección del establecimiento

b. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente

c. Subdirecciones del establecimiento

d. Unidad de gestión del cuidado.

e. Encargados/as de Posta

**8-. Tabla de Modificaciones**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Edición número** | **Motivo del cambio** | **Fecha de aprobación** |
| Primera | Elaboración de Documento | 10-12-2022 |
| Segunda |  | Día de mes de año |
| Tercera |  | Día de mes de año |