

LAVADO VESICAL CONTINUO

| | |
|--------------------------|----------------------------|
| Centro: | Hospital Virgen del Puerto |
| Autores: | María del Mar Reyero |
| Aprobación: | Junio de 2005 |
| 1ª Revisión: | Mayo de 2010 |
| Próxima Revisión: | Mayo de 2012 |

DEFINICIÓN

Procedimiento encaminado a mantener la permeabilidad de la sonda uretral por medio de la introducción en la vejiga del paciente, de una solución de irrigación de forma continua, y su posterior vaciado a través de una sonda vesical.

OBJETIVOS

- Mantener la permeabilidad de la sonda vesical.
- Facilitar la eliminación de mucosidad, coágulos o fragmentos tisulares retenidos tras cirugía urológica.
- Favorecer la hemostasia postquirúrgica en intervenciones de vejiga o próstata.

PRECAUCIONES/ CONTRAINDICACIONES

- Contraindicaciones propias del sondaje vesical como pueden ser:
 - Prostatitis aguda.
 - Lesiones uretrales (estenosis, fístulas).
 - Traumatismos uretrales (doble vía, etc.).
- Sospecha de perforación o rotura vesical.
- Reflujo vesico-ureteral.

RIESGOS O COMPLICACIONES POTENCIALES

- Infección urinaria.
- Obstrucción de sonda uretral
- Distensión vesical.
- Perforación vesical.
- Espasmos vesicales.
- Dolor.

INDICACIONES

El lavado vesical continuo está indicado en pacientes que presentan hematuria moderada ó severa, bien por haber sido sometidos a intervención quirúrgica, o por patologías genitourinarias.

MATERIAL

- Material para sondaje vesical.
- Sonda de 3 vías “couvelaire” o Foley hemostática.
- Solución de irrigación: suero fisiológico 0,9% de 3000cc estéril.
- Equipo de irrigación estéril.
- Sistema de drenaje cerrado, con bolsa de orina con capacidad 5000 cc
- Tapón estéril.
- Soporte de suero ó pie de gotero
- Clorhexidina en solución alcohólica al 0,5%
- Guantes estériles.
- Guantes limpios no estériles.
- Preparado de base alcohólica

CUIDADOS ENFERMEROS

- Presentarse, confirmar la identidad del paciente utilizando al menos dos criterios, ninguno de los cuales será el número de la habitación (**A**), y explicar el procedimiento solicitando su colaboración.
- Realizar la adecuada higiene de manos con un preparado de base alcohólica (**IB**).
- Conectar el sistema de irrigación a la bolsa de suero fisiológico de 3000cc. Colgar la bolsa de suero en el pie de gotero y purgar el sistema, evitando la entrada de aire en la vejiga, lo que podría ocasionar distensión vesical.
- Procurar que la bolsa de la solución de irrigación esté siempre a unos 40 – 50 cm por encima del nivel de la vejiga.
- Ponerse la bata o delantal desechable, protección ocular y guantes estériles (**IB**).
- Sondaje vesical con sonda de triple vía (según protocolo de sondaje vesical).
- Retirarse los guantes, realizar la higiene de manos con preparados de base alcohólica (**IB**) y ponerse un nuevo par de guantes (**II**).
- Aplicar alcohol de 70º (**IA**) en la conexión de la sonda y conectar el equipo de irrigación a la vía de entrada de esta, dejando lo fluir por gravedad.
- Conectar el sistema de drenaje cerrado (**II**) a la vía de salida de la sonda, debiendo quedar ésta por debajo del nivel de la vejiga, para evitar el reflujo de fluido y el mecanismo de ascensión intraluminal de los microorganismos a la vejiga. Evitar que esté en contacto con el suelo u otros objetos

- Dejar que la solución de irrigación fluya por gravedad, regulando el ritmo de irrigación con la llave del sistema. El ritmo será mayor cuanto mayor sea el grado de hematuria.
- Retirarse los guantes y realizar la higiene de las manos con un preparado de base alcohólica (**IB**).
- Realizar balance estricto de entradas y salidas de suero.
- Evacuar regularmente el contenido de la bolsa de diuresis (cuando esté llena a dos tercios) por la llave situada en la parte inferior de la bolsa colectora.
- Vaciar la bolsa de diuresis utilizando un contenedor de recogida para cada paciente. Evitar que la espiga de drenaje entre en contacto con el contenedor no estéril (**IIA**).
- Para impedir la entrada de aire en vejiga debemos cambiar la bolsa de irrigación antes de que se vacíe por completo, cerrando previamente la pinza del sistema de goteo.
- En pacientes conscientes indicarles que debe alertarnos si experimenta dolor al aplicarle la solución de irrigación. En pacientes inconscientes valorar la aparición de signos clínicos de dolor, como aumento de la presión arterial, taquicardia y taquipnea.
- Registrar el procedimiento en la historia de enfermería, incluyendo las características del líquido drenado (color, cantidad y viscosidad), así como cualquier reacción adversa que tuviera lugar durante el procedimiento.

PARÁMETROS A MONITORIZAR

- Controlar la permeabilidad de la sonda. En caso de producirse una obstrucción de la misma, interrumpir la irrigación y realizar un lavado manual mediante técnica aséptica para desobstruir la sonda, evitando que pueda producirse una distensión vesical.
- Controlar la aparición de dolor durante la irrigación, ya que puede indicar que se ha producido una obstrucción en el sistema.
- Controlar periódicamente el aspecto del líquido drenado, para detectar la presencia de sangre, coágulos, etc.
- Vigilar que no se produzca aumento de tamaño de los genitales externos y/o abdomen, lo que significaría la diseminación del líquido de irrigación por el tejido celular subcutáneo.
- La aparición de espasmos vesicales.
- Medir diuresis mediante control de entradas y salidas de suero. Lo esperado es que las salidas sean mayores que el volumen de irrigación utilizado.
- Valorar cambios en el estado de conciencia del paciente. Una sobrecarga de líquido a través de los senos prostáticos puede llevar a una hiponatremia dilucional, confusión e hipertensión.
- Evitar acodamientos del sistema de infusión.

RESULTADOS ESPERADOS

- La eficacia de la técnica debe evaluarse durante y después del lavado vesical continuo, y debe reflejarse en los siguientes aspectos:
 - Permeabilidad de la sonda vesical.
 - Eliminación de coágulos y/o mucosidad.
 - Líquido de salida de lavado claro, sin presencia de hematuria.
 - La perfusión tiene efecto antiálgico.

A TENER EN CUENTA

– Solución de lavado:

Se recomienda como solución de lavado el cloruro de sodio al 0,9%. No debe utilizarse agua, ya que puede adsorberse en la vejiga mediante ósmosis, provocando la dilución de electrolitos en el sistema circulatorio.

La investigación no ha demostrado ningún efecto beneficioso en la irrigación con otros agentes como antisépticos y antibióticos, en cambio pueden producir efectos tóxicos locales y contribuir al desarrollo de microorganismos resistentes (II).

En casos muy concretos puede ser necesaria la incorporación de determinadas sustancias a la solución de lavado como es el caso de la solución de alumbre potásico al 1% a una velocidad de 200-300 ml/h. El alumbre puede conducir a la formación de un precipitado que pueda llegar a bloquear la sonda. Aunque raros, se han publicado efectos tóxicos asociados con el alumbre, especialmente en pacientes con insuficiencia renal y en niños, ya que existe una mayor predisposición a la acumulación de aluminio. Los síntomas de toxicidad por aluminio incluyen letargo, confusión, convulsiones, anorexia, vómitos, dolor abdominal, encefalopatía, disartria, acidosis metabólica y coma. Si aparecen estos síntomas, de debe avisar al médico responsable y detener la irrigación de inmediato.

– Temperatura de la solución de lavado:

La solución de lavado debe mantenerse a temperatura ambiente, ya que una solución fría puede causar espasmo vesical.

– Fallo del lavado:

La proximidad de los lúmenes de entrada y salida en la punta del catéter puede producir un "canal de irrigación" que permite la formación y retención de coágulos en la vejiga del paciente, mientras que la solución de lavado continua drenándose. El cambio de posición del paciente puede ayudar a aliviar el problema.

– Obstrucción de la sonda:

Se manifiesta por:

- Distensión suprapúbica.
- Graves molestias en la parte inferior del abdomen
- Fugas de orina alrededor del catéter.
- Urgencia rectal.
- Reacciones vasovagales: sudoración, taquicardia, hipotensión.

Si durante la irrigación se bloquea el catéter vesical se debe:

- Cerrar inmediatamente el sistema de irrigación para evitar mayores molestias al paciente.
- Inspeccionar en busca de posibles acodamientos del catéter
- Realizar una lavado vesical manual siguiendo escrupulosamente las medidas de asepsia.
- Si tras estas maniobras no se obtiene éxito, avisar al urólogo responsable.

NIVELES DE EVIDENCIA

| Nivel | Descripción |
|-------|---|
| I | Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes. |
| II | Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado. |
| III.1 | Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados. |
| III.2 | Evidencia obtenida de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación. |
| III.3 | Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados. |
| IV | Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos. |

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

| Recomendación | Descripción |
|---------------|---|
| A | Efectividad demostrada para su aplicación |
| B | Grado de efectividad establecido que indica considerar su aplicación |
| C | Efectividad no demostrada. |
| D | Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios). |
| E | Buena evidencia para apoyar una recomendación en contra de su uso. |

RESUMEN

1. Presentarse, confirmar la identidad del paciente, realizar la higiene de manos y ponerse el equipo de protección individual necesario.
2. Realizar sondaje vesical con sonda de triple vía siguiendo las recomendaciones del protocolo de sondaje vesical.
3. Conectar el sistema de irrigación a la bolsa de suero fisiológico y purgar el sistema.
4. Aplicar alcohol de 70° en la conexión de la sonda y conectar el equipo de irrigación, manteniendo este a una altura de 40 – 50 cm por encima de la vejiga.
5. Conectar el sistema de drenaje cerrado a la vía de salida de la sonda.
6. Regular el ritmo de irrigación con la llave del sistema (mayor ritmo cuanto mayor sea el grado de hematuria).
7. Cuando la bolsa de diuresis se encuentre a dos tercios de su capacidad, vaciarla respetando el sistema cerrado (sin desconectar el sistema).
8. Controlar y registrar las entradas y salidas. Valorar frecuentemente la permeabilidad del sistema, así como la aparición de signos o síntomas.

BIBLIOGRAFIA

- Hospital comarcal de la Axarquía .Unidad de traumatología 2º planta ala este. “Manual de procedimientos de enfermería” Edición y revisión: Marzo 2003. (Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/manual_proced.pdf)
- Parra Moreno ML, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Cap.VI Procedimientos Nefrourológicos. Irrigación continua con sonda de tres luces. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Barcelona. Masson 2003
- GMCT Urology Network – Nursing. Bladder Irrigation Guidelines. Education Working Party Members. Sept 2008 (Disponible en: http://www.health.nsw.gov.au/resources/gmct/urology/pdf/tk_bladder_irrigation.pdf).
- Vallejo Herrador J, Barrios Zurita Y. Cap. 45. Asistencia de enfermería en el paciente urológico. En:Arias Pérez J. Enfermería médico-quirúrgica. Editorial Tebar, 2000
- Díaz Rodríguez F, Fernández Fernández JL. Problema de Salud Prostática. Protocolo Lavado vesical. (Disponible en: www.carloshaya.net/portal/procesos/docs/plavadovesical.pdf)
- Grasa I. Cateterismo vesical y mantenimiento de la sonda. En: Espinàs et al. Guía de actuación en atención primaria. (segunda edición). Barcelona: semFYC; 2002; p. 1263-5.

- Protocolo de infecciones del tracto urinario. Anexos Área Médica. Unidad de cuidados intensivos. Complejo hospitalario universitario de Albacete. (Disponible en: www.chospab.es/area_medica/uci/infeccionUrinaria.htm)
- Grey Bruce Health Network. Continuous Bladder Irrigation Clinical Protocol. 2007. (Disponible en: [http://www.gbhn.ca/ebc/documents/Continuous Bladder Irrigation Protocol.pdf](http://www.gbhn.ca/ebc/documents/Continuous_Bladder_Irrigation_Protocol.pdf)).
- What is ALUM irrigation therapy for bladder hemorrhage? UIC College of Pharmacy Drug Information Center. (Disponible en: <https://www.uic.edu/pharmacy/services/di/alum.htm>)
- Rastinehad AR., Ost MC., VanderBrink BA., Siegel DN., Kavoussi LR. Persistent prostatic hematuria. Nature Clinical Practice Urology. March 2008 Vol 5 No 3. (Disponible en: <http://www.nature.com/nrurol/journal/v5/n3/pdf/ncpuro1044.pdf>).