

Guia de Habilidades

Habilidade a ser desenvolvida: Cateterismo Vesical de Alívio Masculino

Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Higienização simples das mãos; calçar e descalçar luvas esterilizadas; conhecer a anatomia do órgão genital masculino e reconhecer os materiais necessários para o desenvolvimento da técnica.

- Conceito:** É um procedimento estéril que consiste na introdução de um cateter no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento.
- Indicação:** Esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária; coleta de material para exames; cateterismo vesical intermitente, administração de medicamentos via vesical.
- Complicações:** Infecção do trato Urinário – geralmente decorrente de traumatismo na passagem da sonda o que pode levar o paciente a sepse e morte; técnica asséptica inadequada.

Passo	Descrição
	<p>Bandeja contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01 pacote estéril de sondagem vesical; • 01 par de luvas estéreis; • 01 kit cateterismo esterilizado (cúpula, cuba-rim, pinça Pean, gazes e campo fenestrado); • 01 seringa de 20 ml; • 01 sonda vesical de alívio – 12 ou 14F (adultos); • Xilocaína gel 2%; • Solução antisséptica de Clorexidina aquosa 2%; • Frasco graduado; • Saco para lixo comum. • EPIs: gorro, máscara cirúrgica e óculos. <p>Material para higiene íntima: sabão neutro líquido, luvas de procedimento, bacia ou jarro com água, comadre, compressas ou panos limpos.</p>
1	Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado.
2	Reunir o material e leve ao quarto do paciente.
3	Avaliar e preparar o paciente (higiene íntima, condição emocional e orientar necessidade de realização do procedimento).
4	Posicionar o biombo e feche a porta do quarto.
5	Higienizar as mãos.
6	Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com as pernas afastadas. Deixar região genital protegida com lençol.

7	Assegurar adequada paramentação para o procedimento.
8	Abrir o pacote de cateterismo entre as pernas do paciente ou em uma mesa auxiliar, colocar o antisséptico na cúpula, colocar sobre o campo a sonda e seringa de 20 mL (para o gel).
9	Calçar as luvas estéreis.
10	Desconectar o êmbolo da seringa de 20 ml e com auxílio de outro profissional colocar 15 ml de lubrificante gel e mantê-la dentro do campo.
11	<p>Antissepsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar o campo com orifício sobre a região. • Com a mão não dominante segurar o pênis (essa mão não poderá ser removida dessa posição até a introdução total da sonda) • Com a pinça montada com algodão embebido com antisséptico (1° e 2° algodão/gaze), fazer antissepsia em toda região peniana, com movimentos circulares ou perpendiculares, no sentido do prepúcio para a raiz do pênis, sem afastamento do prepúcio. • Com o dedo indicador e polegar afasta o prepúcio e mantém a posição. Pode usar todos os dedos da mão para garantir prepúcio afastado e a posição perpendicular. • Mantém apenas a glândula exposta. Não retirar a mão até concluir a técnica. • Com a pinça montada com algodão embebido com antisséptico (3° e 4° algodão/gaze), fazer antissepsia da região peniana, com movimentos circulares, no sentido da glândula para a raiz do pênis, mantendo o prepúcio tracionado. • Fazer antissepsia do meato (5° e 6° algodão/gaze) em movimento circular, do meato para glândula. • Observação: ir desprezando as bolas de algodão/gaze na parte distal da cuba rim ou no saco de lixo. <p>Mão não dominante mantém pênis firmemente.</p>
12	Elevar o pênis, quase perpendicularmente ao corpo, para colocar a uretra em linha reta.
13	Com a mão dominante segurar a seringa com o gel lubrificante introduzir o bico no meato, iniciar a injeção do gel até seu final. Manter a seringa pressionada a glândula para evitar refluxo por cerca de 2 minutos.
14	Soltar a seringa rapidamente e introduzir a sonda em movimento rápido deslizante toda a sonda, identificando o retorno de urina (sempre há urina residual).
15	Colete todo o volume urinário drenado na cuba rim.
16	Ao término do fluxo urinário, retire delicadamente a sonda.
17	Retornar o prepúcio a posição anatômica.
18	Retirar as luvas estéreis e desprezar o material descartável em saco de lixo auxiliar.
19	Calçar as luvas de procedimento.
20	Posicionar paciente de modo confortável.
21	Recolher o material, providenciando o descarte e armazenamento adequado.
22	Retirar óculos, máscara, gorro e biombo e organizar o ambiente.

23	Medir o volume urinário no cálice ou saco plástico graduado.
24	Desprezar a urina e retirar as luvas.
25	Higienizar as mãos
26	Checar a prescrição médica, anotar o procedimento registrando: a hora, o volume, o aspecto e a coloração da urina.

OBSERVAÇÕES:

- Realizar higiene íntima antes de sondar o paciente.
Se houver resistência na introdução da sonda, interrompa o procedimento e comunique ao médico para conduta.
- O tamanho da sonda uretral deve ser avaliado conforme o meato uretral do paciente. As sondas mais utilizadas em adultos são: nº 12 ou 14.
- Deve-se capacitar o paciente/cuidador quando for realizar o procedimento em casa (cateterismo intermitente limpo - verificar com especialista do setor de urologia quanto a técnica para orientação).
- Em caso de retenção urinária, a drenagem da urina deverá ser lenta, de modo a evitar o sangramento agudo da mucosa cervical (hemorragia ex vácuo).
- Antes da passagem, pergunte sobre os antecedentes urológicos como doenças da próstata, traumas uretrais, uretrite, cirurgia prévia, sondagem anterior, etc.
- **Este procedimento deve ser realizado somente pelo médico e pelo enfermeiro, profissionais de nível médio (auxiliar e técnico em enfermagem não tem competência técnica nem legal para o cateterismo vesical).**

IMPORTANTE: No cateterismo vesical intermitente (que ocorre em intervalos rotineiros) o procedimento é realizado pelo paciente no domicílio – procedimento limpo, quando em ambiente hospitalar esta incumbência cabe à equipe, pois o procedimento limpo não se adéqua ao ambiente hospitalar, em razão do risco decorrente do aumento da exposição a patógenos multirresistentes, além da questão ética de que o paciente e o acompanhante devem ser assistidos, e não responsáveis pela realização de tarefas e procedimentos. Protocolos que aproximem o paciente da rotina diária e medidas educativas que aprimorem sua conduta dentro da instituição e no período pós-alta podem e devem ser utilizados nesse período.

REFERÊNCIAS:

LYNN, P. Manual de Habilidades de Enfermagem Clínica de Taylor. Artmed. Porto Alegre. 2012.

MAZZO, A. et al. Enfermagem na abordagem das infecções geniturinárias. PROENF. Saúde do Adulto. Ciclo 9, volume 1.

PORTO, C.C. Semiologia Médica. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

