UNIVERSIDAD TÉCNICA PRIVADA COSMOS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

UNITEPC

PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON CATÉTERES URINARIOS, EN LA CLÍNICA COPACABANA PROVINCIA CERCADO DE COCHABAMBA, EN LOS MESES DE JUNIO 2017 A JUNIO 2018

Tesis de grado presentado para optar al título de licenciatura en enfermería.

POSTULANTE: VANESSA ROJAS VARGAS

TUTORA: LIC. MGR. GLORIA MAVEL PINTO VELÁSQUEZ

COCHABAMBA – BOLIVIA

2018

DEDICATORIA

De manera especial a mi tío William Lunario J. pues él fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mis las bases de responsabilidad y deseos de superación, en el tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarlo cada día más.

Gracias Dios por concederme al mejor tío.

A mi madre, a mi Abu, a mis tíos y mis hermanos que son personas que me han ofrecido el amor y la calidez de la familia a la cual amo.



"Vanessa Rojas V."

AGRADECIMIENTOS

Agradecer hoy y siempre a mi familia que siempre han procurado mi bienestar y que, si no fuese por el esfuerzo realizado por ellos, mis estudios no hubiesen sido posibles, a mi tío que con sus consejos y experiencias ha ayudado a que cumpla uno a uno mis objetivos y a mi mamá por su apoyo y cariño.

Agradezco a Dios, por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mi tutora por transmitirme sus conocimientos, enseñanzas, esfuerzo, dedicación y sobre todo por la confianza depositada en mi desde el comienzo.

"Vanessa Rojas V."

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN DE LA TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA 4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 7
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 7
1.3.1. OBJETIVO GENERAL 7
1.3.2. OJETIVOS ESPECÍFICOS 7
1.4. JUSTIFICACIÓN 7
1.5. HIPÓTESIS 7
1.6. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES 9
1.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE 9
1.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE 9
1.7. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO 9
1.7.1. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA 9
1.7.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL 9

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

CLÍNICA COPACABANA DE LA CIUDAD DE COCHABAMBA

2.1. UBICACIÓN DE LA CLÍNICA COPACABANA 10
2.2. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA CLÍNICA COPACABANA 11
2.3. INFRAESTRUCTURA 12
2.3.1. DESCRIPCIÓN GENERAL 12
2.3.3. PRIMER PISO 13
2.3.4. SEGUNDO PISO 13
2.3.5. TERCER PISO 14
2.4. EQUIPAMIENTO 14
2.4.1. CONSULTORIOS 14
2.4.2. EMERGENCIA 14
2.4.3. RAYOS X 14
2.4.5. SALA DE INTERNACIÓN 15

2.4.6. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA 15
2.4.7. QUIRÓFANO 15
2.5. SERVICIOS MÉDICOS Y ESPECIALIDADES QUE PRESTA LA CLÍNICA COPACABANA 15
2.5.1. ÁREA DE CIRUGÍA..... 16
2.5.2. ESPECIALIDADES MÉDICAS 16
2.5.3. OTROS SERVICIOS 16
2.6. AÉREAS DE INTERNACIÓN 16
2.7. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA CLÍNICA COPACABANA17
2.7.1. RECURSOS HUMANOS..... 17
2.8. PERSONAL QUE TRABAJA EN LA CLÍNICA 18
2.9. MISIÓN 19
2.10. VISIÓN 19
2.11. ORGANIGRAMA 20
2.12. ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA COPACABANA 21
2.13. FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA 21
2.13.1. LICENCIADA EN ENFERMERÍA 21
2.13.2. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 22

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

CUIDADO Y MANIPULACIÓN DE CATÉTERES VESICALES

3.1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA RENAL URINARIO 24
3.1.1. FUNCIONES DEL SISTEMA RENAL URINARIO 24
3.2. ÓRGANOS QUE CONFORMAN EL SISTEMA RENAL..... 24
3.2.1. RIÑONES..... 24
3.2.1.1. FUNCIONES DE LOS RIÑONES 25
3.2.1.2. PARTES DEL RIÑÓN 25
3.2.1.3. INERVACIÓN E IRRIGACIÓN DEL RIÑÓN 27
3.2.1.4. ESTRUCTURA INTERNA DEL RIÑÓN 27
3.3. NEFRONAS 29
3.3.1. FUNCIONES DE LA NEFRONA 30
3.4. PASAJE DE SUSTANCIAS EN EL TÚBULO CONTORNEADO PROXIMAL..... 31
3.5. PASAJE DE SUSTANCIAS EN EL ASA DE HENLE 31
3.6. PASAJE DE SUSTANCIAS EN EL TÚBULO CONTORNEADO DISTAL 32
3.7. PASAJE DE SUSTANCIAS EN EL TÚBULO COLECTOR 32
3.8. URÉTERES..... 32
3.9. VEJIGA 34
3.10. URETRA 36

3.10.1. URETRA FEMENINA 36
3.10.2. URETRA MASCULINA 37
3.11. CATETERISMO VESICAL 37
3.11.1. TIPOS DE SONDAJE 37
3.11.2. SEGÚN EL TIEMPO DE PERMANENCIA 38
3.11.2.1. SONDAJE PERMANENTE DE LARGA DURACIÓN 38
3.11.2.2. SONDAJE PERMANENTE DE CORTA DURACIÓN 38
3.10.2.3. EL SONDAJE INTERMITENTE 38
3.11.3. SEGÚN EL MATERIAL DEL CATÉTER 38
3.11.3.1. LÁTEX 38
3.11.3.2. SILICONA 39
3.11.3.3. CLORURO DE POLIVINILO (PVC) 39
3.11.4. SEGÚN EL CALIBRE 39
3.12. SONDA VESICAL Y SUS CUIDADOS 41
3.12.1. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS 41
3.12.2. CUIDADOS EN LA COLOCACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA 41
3.12.3. CUIDADOS EN LOS LAVADOS VESICALES 42
3.12.4. CONSIDERACIONES GENERALES DEL SONDAJE VESICAL 43
3.12.5. PROCEDIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL 44
3.12.5.1. CATETERIZACIÓN VESICAL EN PACIENTES DEL SEXO MASCULINO 44
3.12.5.2. CATETERIZACIÓN VESICAL EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO 45
3.13. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO 47
3.13.2. MICROORGANISMOS RELACIONADOS A LAS INFECCIONES POR MANIPULACIÓN DE SONDA FOLEY 49
3.13.2.1. PATOGENIA 49
3.13.2.2. FACTORES DE RIESGO 49
3.13.2.3. ETIOLOGÍA 50
3.13.3. PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A CATÉTER URINARIO 50
3.14. PROTOCOLO 51
3.14.1. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO 51
3.14.2. COMPONENTES DE UN PROTOCOLO 52
3.15. MANIPULACIÓN DE PACIENTES CON SONDA FOLEY 53
3.15.1. PERSONAL QUE INTERVIENE 53
3.15.2. MATERIAL NECESARIO 54
3.15.3. ACTIVIDADES DE VALORACIÓN 54
3.15.5. ACTIVIDADES DE INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD 55
3.16. MANEJO DE PACIENTES CON CISTOSTOMÍA 56
3.16.1. CISTOSTOMÍA 56
3.16.2. MANEJO DE SONDA DE CISTOSTOMÍA 56
3.16.2.1. EQUIPO 56
3.16.2.1. PROCEDIMIENTO 57

3.16.2.3. PRECAUCIONES……...57
3.16.2.4. CUIDADOS POSTERIORES……57

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN 59
4.1.1. CUALITATIVO..... 59
4.1.2. CUANTITATIVO..... 59
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN SEGÚN LA OCURRENCIA DE LOS HECHOS 60
4.2.1. RETRO PROSPECTIVO..... 60
4.2.2. PROSPECTIVO 60
4.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN SEGÚN LA EL ALCANCE DE LOS RESULTADOS..... 60
4.3.1. ANALÍTICO 60
4.3.2. DESCRIPTIVO..... 61
4.4. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN..... 61
4.4.1. LA ENCUESTA 62
4.4.2. OBSERVACIÓN..... 62
4.5. INSTRUMENTOS 62
4.5.1. CUESTIONARIO..... 62
4.5.2. LISTA DE COTEJO..... 62
4.6. FUENTES DE INFORMACIÓN..... 62
4.6.1. FUENTE PRIMARIA 62
4.6.2. FUENTE SECUNDARIA 63
4.7. UNIVERSO Y MUESTRA..... 63
4.7.1. UNIVERSO 63
4.7.2. POBLACIÓN 63
4.7.3. MUESTRA..... 63
4.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN..... 63

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

5.1. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS PRE TEST Y POST TEST 65
5.2. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACUERDO A LA LISTA DE COTEJO, POR EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA COPACABANA 116

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES 142
RECOMENDACIONES 143
CITAS BIBLIOGRÁFICAS 145

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ENCUESTA.....

ANEXO N° 2 CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES ENERO – JUNIO 2018.....

ANEXO N° 3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE TRABAJO DE CAMPO EN LA CLÍNICA COPACABANA.....

ANEXO N° 4 PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA AL PERSONAL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA COPACABANA.....

ANEXO N° 5 PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA.....

1.- LAVADO DE MANOS
2.- PREPARACIÓN DE MATERIALES PARA COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY
3.- ASISTENCIA DURANTE COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY
4.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA FOLEY
5.- IDENTIFICACIÓN Y FIJACIÓN DE LA SONDA.
6.- VACIAMIENTO DE LA BOLSA COLECTORA DE ORINA.
7.- RETIRO DE LA SONDA FOLEY
8. MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY.
9.- ASEO PERINEAL EN PACIENTES CON SONDA FOLEY

ANEXO N° 6 LISTAS DE COTEJO PARA EVALUACIÓN SOBRE APLICACIÓN DE PROTOCOLOS.....

ANEXO N° 7 REGISTRO FOTOGRÁFICO.....

ANEXO N° 8 GLOSARIO.....

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA N° 1 AGENTE CAUSAL DE LA ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 65

GRÁFICA N° 2 AGENTE CAUSAL DE LA ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 66

GRÁFICA N° 3 TIPO DE SONDA MÁS USADO PARA EL CATETERISMO SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 67

GRÁFICA N° 4 TIPO DE SONDA MÁS USADO PARA EL CATETERISMO SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 68

GRÁFICA N° 5 RESPUESTA DE LA POBLACIÓN SOBRE LA CAUSA PRINCIPAL DEL BLOQUEO DE FLUJO URINARIO EN UN PACIENTE CON SONDA FOLEY CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 69

GRÁFICA N° 6 RESPUESTA DE LA POBLACIÓN SOBRE LA CAUSA PRINCIPAL DEL BLOQUEO DE FLUJO URINARIO EN UN PACIENTE CON SONDA FOLEY CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 70

GRÁFICA N° 7 DEFINICIÓN DE ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 71

GRÁFICA N° 8 DEFINICIÓN DE ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 72

GRÁFICA N° 9 MATERIALES INDISPENSABLES EN LA COLOCACIÓN DE LA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 73

GRÁFICA N° 10 MATERIALES INDISPENSABLES EN LA COLOCACIÓN DE LA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 74

GRÁFICA N° 11 OPCIÓN CORRECTA PARA FIJAR LA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 75

GRÁFICA N° 12 OPCIÓN CORRECTA PARA FIJAR LA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 76

GRÁFICA N° 13 COMPLICACIONES EN UN INADECUADO CUIDADO DE PACIENTES CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 77

GRÁFICA N° 14 COMPLICACIONES EN UN INADECUADO CUIDADO DE PACIENTES CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 78

GRÁFICA N° 15 NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS DE PERMANENCIA DE UNA SONDA FOLEY EN UN PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 79

GRÁFICA N° 16 NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS DE PERMANENCIA DE UNA SONDA FOLEY EN UN PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 80

GRÁFICA N° 17 FRECUENCIA DEL ASEO PERINEAL EN UN PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 81

GRÁFICA N° 18 FRECUENCIA DEL ASEO PERINEAL EN UN PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 82

GRÁFICA N° 19 LA TÉCNICA ADECUADA PARA LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 83

GRÁFICA N° 20 LA TÉCNICA ADECUADA PARA LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 84

GRÁFICA N° 21 INDICACIONES PARA LA COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 85

GRÁFICA N° 22 INDICACIONES PARA LA COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 86

GRÁFICA N° 23 FRECUENCIA DE USO DE LOS GUANTES DURANTE LA MANIPULACIÓN DE LA SONDA FOLEY O VACIADO DE LA BOLSA COLECTORA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 87

GRÁFICA N° 24 FRECUENCIA DE USO DE LOS GUANTES DURANTE LA MANIPULACIÓN DE LA SONDA FOLEY O VACIADO DE LA BOLSA COLECTORA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 88

GRÁFICA N° 25 SITUACIONES EN LA QUE SE CONSIDERA NECESARIO EL CAMBIO DE LA BOLSA COLECTORA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 89

GRÁFICA N° 26 SITUACIONES EN LA QUE SE CONSIDERA NECESARIO EL CAMBIO DE LA BOLSA COLECTORA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 90

GRÁFICA N° 27 PRECAUCIONES CON LA VÁLVULA DE DRENAJE DURANTE EL VACIADO DE LA BOLSA COLECTORA DE ORINA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 91

GRÁFICA N° 28 PRECAUCIONES SOBRE LA VÁLVULA DE DRENAJE DURANTE EL VACIADO DE LA BOLSA COLECTORA DE ORINA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 92

GRÁFICA N° 29 RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE ORINA PARA LABORATORIO EN EL PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 93

GRÁFICA N° 30 RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE ORINA PARA LABORATORIO EN EL PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 94

GRÁFICA N° 31 ASPECTOS DE LA ORINA CON ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 95

GRÁFICA N° 32 ASPECTOS DE LA ORINA CON ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 97

GRÁFICA N° 33 SOSPECHA DE ITU EN SEGÚN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO EN RELACIÓN A LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 98

GRÁFICA N° 34 SOSPECHA DE ITU EN SEGÚN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO EN RELACIÓN A LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 99

GRÁFICA N° 35 FRECUENCIA DE VACIADO DE BOLSA COLECTORA DE ORINA EN PACIENTES CON CONTROL DE DIURESIS HORARIA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 100

GRÁFICA N° 36 FRECUENCIA DE VACIADO DE BOLSA COLECTORA DE ORINA EN PACIENTES CON CONTROL DE DIURESIS HORARIA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018..... 102

GRÁFICA N° 37 CIRCUNSTANCIAS PARA EL VACIADO DE LAS BOLSAS COLECTORAS DE ORINA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 103

GRÁFICA N° 38 CIRCUNSTANCIAS PARA EL VACIADO DE LAS BOLSAS COLECTORAS DE ORINA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 104

GRÁFICA N° 39 EL PINZAMIENTO DE LA SONDA EN CASO DE MOVILIZACIÓN O TRASLADO DEL PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 105

GRÁFICA N° 40 EL PINZAMIENTO DE LA SONDA EN CASO DE MOVILIZACIÓN O TRASLADO DEL PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 106

GRÁFICA N° 41 RAZÓN DEL PORQUE EL PINZAMIENTO DE LA SONDA FOLEY NO DEBE EXCEDER LAS DOS HORAS SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 107

GRÁFICA N° 42 RAZÓN DEL PORQUE EL PINZAMIENTO DE LA SONDA FOLEY NO DEBE EXCEDER LAS DOS HORAS SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 108

GRÁFICA N° 43 CONSECUENCIAS DE LAS TRACCIONES BRUSCAS DURANTE EL TRASLADO O MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 109

GRÁFICA N° 44 CONSECUENCIAS DE LAS TRACCIONES BRUSCAS DURANTE EL TRASLADO O MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 110

GRÁFICA N° 45 LA TÉCNICA DE RETIRADA DE SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 111

GRÁFICA N° 46 LA TÉCNICA DE RETIRADA DE SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 112

GRÁFICA N° 47 DISPOSICIÓN Y ELIMINACIÓN DE LA SONDA Y BOLSA COLECTORA UNA VEZ RETIRADA DEL PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 113

GRÁFICA N° 48 DISPOSICIÓN Y ELIMINACIÓN DE LA SONDA Y BOLSA COLECTORA UNA VEZ RETIRADA DEL PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018 115

GRÁFICA N° 49 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 1 LAVADO DE MANOS EN LOS PASOS DEL 1 AL 6 116

GRÁFICA N° 50 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 1 LAVADO DE MANOS EN LOS PASOS DEL 7 AL 10 118

GRÁFICA N° 51 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 2 PREPARACIÓN DE MATERIALES

PARA COLOCADO DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 6 119

GRÁFICA N° 52 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 2 PREPARACIÓN DE MATERIALES PARA COLOCADO DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 7 AL 12 121

GRÁFICA N° 53 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 3 ASISTENCIA DURANTE COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 6 (SONDAJE VESICAL MASCULINO) 122

GRÁFICA N° 54 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 3 ASISTENCIA DURANTE COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 7 AL 12 (SONDAJE VESICAL MASCULINO) 123

GRÁFICA N° 55 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 3 ASISTENCIA DURANTE COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 6 (SONDAJE VESICAL FEMENINO) 124

GRÁFICA N° 56 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 3 ASISTENCIA DURANTE COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 7 AL 11 125

GRÁFICA N° 57 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 4 PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 8 126

GRÁFICA N° 58 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 5 IDENTIFICACIÓN Y FIJACIÓN DE LA SONDA EN LOS PASOS DEL 1 AL 6 128

GRÁFICA N° 59 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 6 VACIAMIENTO DE LA BOLSA COLECTORA DE ORINA EN LOS PASOS DEL 1 AL 7 ... 129

GRÁFICA N° 60 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 6 VACIAMIENTO DE LA BOLSA COLECTORA DE ORINA EN LOS PASOS DEL 8 AL 14 . 131

GRÁFICA N° 61 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 7 RETIRO DE LA SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 5..... 133

GRÁFICA N° 62 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 7 RETIRO DE LA SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 6 AL 9..... 134

GRÁFICA N° 63 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 8 MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 8 135
GRÁFICA N° 64 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 8 MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 9 AL 15 136
GRÁFICA N° 65 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 9 ASEO PERINEAL EN LOS PASOS DEL 1 AL 5 137
GRÁFICA N° 66 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 9 ASEO PERINEAL EN LOS PASOS DEL 6 AL 10 138
GRÁFICA N° 67 EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 10 ELIMINACIÓN Y DISPOSICIÓN DE LA SONDA FOLEY Y LA BOLSA COLECTORA EN LOS PASOS DEL 1 AL 8 140

ÍNDICE DE IMÁGENES

IMAGEN N° 1 CROQUIS DE UBICACIÓN DE LA CLÍNICA COPACABANA……10

IMAGEN N° 2 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL CLÍNICA COPACABANA 20

IMAGEN N° 3 PARTES DEL RIÑÓN 26

IMAGEN N° 4 ESTRUCTURA INTERNA DEL RIÑÓN 28

IMAGEN N° 5 LA NEFRONA 29

IMAGEN N° 6 LOS URÉTERES 33

IMAGEN N° 7 LA VEJIGA EN EL VARÓN 35

IMAGEN N° 8 LA VEJIGA EN LA MUJER 35

IMAGEN N° 9 LA URETRA 37

RESUMEN

La clínica Copacabana se encuentra en el departamento de Cochabamba, provincia de cercado; más específicamente en la calle Potosí Nº 1253 entre la calle Aniceto padilla y Beni. Actualmente, constituye el centro hospitalario clínico quirúrgico y de diagnóstico a la vanguardia de las instituciones locales.

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad, determinar los cuidados, prácticas y actitudes del personal auxiliar de enfermería en el manejo y cuidado de los catéteres vesicales de pacientes del servicio de internación de la Clínica Copacabana durante los meses de junio 2017 a junio 2018. La aplicación de un cuestionario de conocimientos sobre el tema, permitió determinar que el nivel de conocimiento del personal auxiliar de enfermería en el manejo y cuidado de los catéteres vesicales de pacientes del servicio de internación es bajo. Y se concluye que el personal debe estar capacitado para la realización de la técnica, así como disponer por escrito de las normas de calidad para el uso del catéter, su inserción y el mantenimiento.

La implementación de los protocolos de atención de enfermería para el manejo, cuidado y manipulación de sondas vesicales, en la clínica Copacabana fue aceptada. Con la realización de talleres educativos sobre aplicación de protocolos de enfermería en manejo, cuidado y manipulación de sonda vesical. Se ha mejorado el nivel de conocimiento en el personal auxiliar de enfermería.

La evaluación de la aplicación de los de los protocolos con la lista de cotejo, permitió valorar un cambio positivo en la práctica del cuidado de los pacientes con sonda Foley, disminuyendo así el riesgo de infecciones urinarias; sin embargo, existen aún algunas falencias lo que denota la necesidad de la educación continuada para este personal.

Palabras clave: Catéteres urinarios-Cuidados de enfermería-protocolos-lista de cotejo

INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario (ITU) se define como la presencia de síntomas y signos sugerentes asociado a invasión y multiplicación en la vía urinaria de organismos patógenos (especialmente bacterias). Estos microorganismos provienen mayormente de la región perineal (vía ascendente), aunque existen otras vías de infección menos frecuentes como la vía sistémica (hematógena) y la vía directa (cirugías urológicas, traumas abdominales, etc.).

Los catéteres urinarios interfieren con las defensas normales del huésped inmune y facilita la formación de un biofilm que permite la colonización de las bacterias y afecta a los organismos etiológicos específicos que se encuentran en las infecciones del tracto urinario asociadas al catéter.[1]

La tasa de infección depende de cada unidad hospitalaria, de los pacientes que acoge, de sus procedimientos, de la antibiótico-terapia empleado y de la flora bacteriana de la institución hospitalaria.

A pesar del alto índice de ocurrencia, con las medidas higiénico-sanitarias adecuadas se podrían evitar un 30% de las complicaciones infecciosas. En este aspecto el papel de la enfermera es de gran relevancia, pues es este el profesional que debe estar capacitado para aplicar técnicas y procedimientos adecuados antes, durante y después de la colocación del catéter vesical dirigidos a prevenir infecciones urinarias hospitalarias en pacientes con sondaje vesical.

Actualmente la infección del tracto urinario es un problema clínico, epidemiológico y terapéutico de máxima importancia. La relevancia de esta asociación radica en la posibilidad de disminuir esta afección, mediante la adecuada indicación y el estricto cuidado en el uso del catéter, que requiere una guía de procedimientos y cuidado de los mismos.

[1] Http://www.Intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=70753

Si bien son conocidos los diversos factores que condicionan la aparición de esta enfermedad intrahospitalaria, tales como la edad, el sexo y las enfermedades asociadas, a pesar de la utilización de recursos materiales necesarios que incluyen las sondas apropiadas y los recolectores de orina para la conexión de sistemas cerrados de drenaje, existe un incremento en el número de afectados.

Por otro lado, en las instituciones de salud como clínicas u hospitales, es el personal auxiliar de enfermería el responsable de la manipulación y cuidado de estos catéteres por lo cual es preciso la actualización en cuanto al conocimiento para poder desempeñar su rol con el menor riesgo posible; es así que surge la motivación para el estudio planteado que está estructurado como sigue:

CAPÍTULO I PRESENTACIÓN DE LA TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN:

Hace la mención a los antecedentes de la investigación, así como el planteamiento del problema sobre el objeto de estudio, seguido de la justificación y los objetivos buscados.

CAPITULO II MARCO CONTEXTUAL:

Hace referencia a la descripción del lugar de estudio y los aspectos inherentes al área de investigación.

CAPITULO III DISEÑO TEÓRICO:

Fundamenta científicamente el tema de investigación en los que respecta al cuidado y manipulación de los catéteres vesicales por el personal de enfermería además de la importancia de guías o protocolos para estos procedimientos.

CAPITULO IV MARCO METODOLÓGICO:

Revela todo el método científico que rige el presente trabajo, así mismo la población de estudio.

CAPÍTULO V ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Con la presentación de datos estadísticos y el análisis en base a lo observado, conclusiones y recomendaciones del estudio.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN DE LA TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

El sondaje vesical consiste en introducir una sonda dentro de la vejiga para facilitar la salida de la orina retenida por diferentes causas, siendo recogida en una bolsa. Habitualmente, la sonda lleva en su extremo interior una «pelota» o «balón» hinchado para evitar que se salga. Es uno de los procedimientos invasivos más comunes en un 10-15%.[2]

El tiempo de permanencia y la manipulación son factores desencadenantes de la bacteriuria cuyos efectos nocivos pueden ser tales afectando a otros órganos como la uretra, vejiga, riñones hasta causar fallas a nivel sistémico.

Entre otros factores se pueden mencionar el material que compone el catéter (látex, silicona, etc.), el tipo de bacteria infectante y sus mecanismos patogénicos específicos, el estado de salud del aparato urinario drenado (radiaciones previas, tumores, etc.); estado de salud del paciente portador de la sonda (diabetes, inmunodeficiencia) y motilidad del mismo; incidentes y manipulaciones de la sonda, tales como, obstrucciones, lavados o retirada de la misma.

La valoración de todos los factores enumerados permite estrategias de prevención de los episodios sépticos relacionados con la sonda permanente, estrategias que pueden ser individualizadas para una mayor eficiencia. A pesar de estas medidas preventivas la infección motivada por la sonda permanente puede ocasionar episodios sépticos de extremada gravedad.

[2] Grasa Lambea, I. 2012. Cateterismo vesical y mantenimiento de la sonda: guía de actuación en atención primaria. p. 695

La bacteriuria por sonda permanente constituye hoy en día la mayor fuente de infección nosocomial y su prevención y tratamiento, una acción sanitaria de máxima importancia.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) asociadas a la atención de la salud representan hasta un 40% de las infecciones hospitalarias y el 23% de las infecciones en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI). La mayoría de las ITU se desarrollan en pacientes con sondas vesicales permanentes.

Aproximadamente el 75% de las infecciones del tracto urinario inciden en pacientes que han requerido Sonda Foley. Se calcula que el 10% de los pacientes ingresados en un hospital son sometidos al sondaje y de ellos un 10% sufrirán una infección urinaria.[3]

Las bacterias implicadas en la infección urinaria de la sonda permanente, en el ambiente nosocomial, son muy variadas y con mecanismos patogénicos específicos.

La E.Coli, el patógeno más común, es el de menos agresividad potencial a nivel local. Es de escasa penetración tisular lesionando modestamente el urotelio.

Una sonda vesical permanente es una que se coloca en la vejiga y se puede usar por un tiempo corto o durante mucho tiempo, por lo que se fija a una bolsa de drenaje para recolectar la orina. Un tipo de sonda más nuevo tiene una válvula que puede abrirse para dejar que la orina salga.

La utilización de la sonda vesical forma parte de muchas indicaciones terapéuticas y diagnósticas, pero también es una importante vía de infección urinaria.

[3] http://es.slideshare.net/RocoAlvarado/ infecciones-intrahospitalarias-por-sonda-Foley

En Bolivia actualmente es más frecuente la infección urinaria con un 40% en los pacientes internados en un servicio de salud, otras infecciones con un 15% y 20%.

Según estudios realizados en el departamento de Cochabamba estas infecciones del tracto urinario determinan del 35 al 45 % de todas las infecciones intrahospitalarias y afecta a 2 de cada 100 pacientes internados. La utilización de la sonda vesical forma parte de muchas indicaciones terapéuticas y diagnósticas, pero también es una importante vía de infección urinaria; y aproximadamente entre el 30 y 40 % de todas las infecciones nosocomiales tienen su origen en un foco urinario, generalmente debidas a un cateterismo vesical.[4]

El cateterismo vesical es un procedimiento invasivo que permite la entrada de gérmenes en la vejiga urinaria, constituyendo un factor favorecedor para la adquisición de una infección urinaria.

En la institución donde se realza el estudio muchas veces se aprecia que, al colocar una sonda, o al darle mantenimiento se pasan por alto pasos esenciales, como la asepsia, el lavado de manos, campos estériles, etc.; que sin lugar a dudas incrementa el riesgo de infección.

La duración del sondaje urinario es el factor que con mayor medida determina la probabilidad de adquirir una infección del tracto urinario, ya que a los 10 días de llevar la sonda cerca del 50% de los pacientes pueden tener bacteriurias. Si el paciente lleva la sonda por más de 28 días la bacteriuria aparece en un 100%.[5]

Por los aspectos arriba mencionados; se plantea la necesidad de realizar la investigación propuesta con la siguiente pregunta de investigación:

[4] Med.unne.edu.ar/revista/revista113/aspectos.HT)27-10-2016
[5] Med.unne.edu.ar/revista/revista113/aspectos.HT)27-10-2016.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento, actitudes y prácticas del personal auxiliar de enfermería en el cuidado y manipulación de las sondas vesicales en pacientes del servicio de internación de la Clínica Copacabana durante los meses de junio 2017 a junio 2018?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar los cuidados, prácticas y actitudes del personal auxiliar de enfermería en el cuidado y manipulación de las sondas vesicales de pacientes del servicio de internación de la Clínica Copacabana durante los meses de junio 2017 a junio 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Evaluar conocimientos teóricos prácticos del personal auxiliar de Enfermería acerca del cuidado de catéteres vesicales con la aplicación de un pre y post test.
- Elaborar e implementar protocolos de atención de enfermería para el cuidado y manipulación de sondas vesicales.
- Realizar talleres educativos sobre aplicación de protocolos de enfermería de cuidado y manipulación de sonda vesical para el personal auxiliar de enfermería.
- Evaluar la aplicación de los protocolos propuestos mediante una lista de cotejo.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Parte de las tareas que cumple el personal auxiliar de enfermería, incluye el cuidado y manejo de los diferentes catéteres o drenajes que tienen los pacientes, obviamente con la supervisión del profesional de enfermería; sin

embargo, las más de las veces que este profesional debe desarrollar funciones propias teniendo que confiar en el desempeño de su personal auxiliar y en el adecuado cuidado y manipulación de los catéteres, entre ellos los urinarios.

Es necesario que en las instituciones prestadoras de servicios de salud sea la premisa el garantizar el restablecimiento de la salud de los usuarios y parte de esta garantía implica la prevención de las infecciones nosocomiales; objetivo que puede lograrse con la observación de las técnicas correctas en la realización de los procedimientos.

Es también parte de las acciones para el logro de estos objetivos el realizar educación y capacitación en el personal a cargo de dichos cuidados, de ahí que se considera necesaria la realización del presente estudio, se plantea también la educación sobre los cuidados de catéteres urinarios deben tener el personal auxiliar de enfermería; así mismo la elaboración e implementación de los protocolos.

Al ser el personal auxiliar de enfermería quienes proporcionan estos cuidados en la institución de estudio, se considera apremiante la necesidad de contar con estos guías de atención (protocolos), para efectivizar el desempeño en la atención de los pacientes sometidos a estos procedimientos.

Por esto es que surge la necesidad de realizar esta investigación, que permita en el orden metodológico de la misma, hacer un diagnóstico para conocer la situación actual sobre el cuidado y manejo de los catéteres urinarios, y al mismo tiempo diseñar e implementar guías de acción (protocolos específicos).

1.5. HIPÓTESIS

El conocimiento, actitudes y prácticas del personal auxiliar de enfermería en el cuidado y manipulación de las sondas vesicales en pacientes del servicio de internación de la Clínica Copacabana son bajos. Por lo que será necesario

crear estrategias para lograr que todo el personal mejore o fortalezca su nivel de conocimiento.

1.6. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

1.6.1. Variable independiente

El conocimiento, actitudes y prácticas del personal auxiliar de enfermería en el cuidado y manipulación de las sondas vesicales en pacientes sometidos a estos procedimientos.

1.6.2. Variable dependiente

La necesidad de estrategias, para lograr que todo el personal auxiliar de enfermería mejore o fortalezca su nivel de conocimiento.

1.7. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

1.7.1. Delimitación geográfica

El proyecto propuesto se encuentra dentro del municipio de Cochabamba, provincia cercado del departamento de Cochabamba.

1.7.2 Delimitación temporal

Los datos que fueron considerados para la realización del trabajo de investigación están enmarcados dentro del periodo 2017 - 2018 considerando únicamente la temática de los protocolos de enfermería para pacientes con catéteres urinarios.

CAPITULO II

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

CLÍNICA COPACABANA DE LA CIUDAD DE COCHABAMBA

2.1. UBICACIÓN DE LA CLÍNICA COPACABANA

La clínica Copacabana se encuentra en el departamento de Cochabamba, provincia de cercado; más específicamente en la calle Potosí Nº 1253 entre la calle Aniceto padilla y Beni.

Al Norte se encuentra el pasaje Portales, al Sud una cuadra y media está el rio Rocha, al Este a una cuadra y media se encuentra la plazuela de Recoleta y el pasaje boulevard, al Oeste a dos cuadras esta la Av. Santa Cruz.

IMAGEN 1

CROQUIS DE UBICACIÓN DE LA CLÍNICA COPACABANA



Fuente:(http://www.clinicacopacabana.com/) 15-10-2016.

2.2. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA CLÍNICA COPACABANA

La Clínica Copacabana es una institución de salud que hace parte de la tradición cochabambina. El año 1948, el Dr. Humberto Román Orellana, insigne profesional galeno, junto a su esposa, Sra. María Luisa Castellón Soriano, tuvieron la iniciativa de conformar una institución que preste servicios de atención en salud, lo que hoy se transformó en centro hospitalario médico quirúrgico de excelencia, la llamada **"CLÍNICA COPACABANA"**.

Como todas las cosas que dejan un futuro grande, nació pequeña y modesta. Bajo el paradigma que se le imprimió al nombrarla "Copacabana", en sincero y manifiesto homenaje a la Virgen patrona de Bolivia, logró crecer imponerse y constituirse en lo que es hoy, además de tradición, un centro de recursos modernos para la salud en la ciudad de Cochabamba.

En el desarrollar de su historia, pasó por grandes transformaciones e incluso se instaló en otro barrio, no sin antes dejar su estructura antigua de la calle Antezana para que otros recursos pudieran instalarse y brindar servicios especializados únicos en la ciudad, en la atención cardiovascular quirúrgica.

En su tiempo, la institución ocupó posición de destaque, brindando servicios exclusivos y pioneros, como era el centro de diálisis sanguínea, el centro de fisioterapia y el tradicional centro maternológico, donde muchas personas tuvieron la oportunidad de nacer en manos del Dr. Román.

Los años pasaron y el tiempo no fue factor de envejecimiento y deterioro para la Clínica, sino, de estímulo para renovarse y equiparse a nivel y digno con las exigencias y demandas de recursos de salud de la población de Cochabamba.

Actualmente, constituye el centro hospitalario clínico quirúrgico y de diagnóstico a la vanguardia de las instituciones privadas locales.[6]

[6] http://www.clinicacopaca bana.com/

2.3. INFRAESTRUCTURA

2.3.1. Descripción General

El lugar tiene una superficie total de 3,242.25 metros cuadrados los cuales están divididos en una longitud de verja de 34.90 metros cuadrados, superficie de lote en 1,061.40 metros cuadrados, superficie construcción semisótano en 144.84 metros, superficie construcción planta baja 936,75 metros cuadrados, superficie construcción de primer piso 909.82 metros cuadrados, la superficie de construcción segundo piso 689.46 metros cuadrados, superficie construcción tercer piso 381.51 metros cuadrados, superficie de la terraza 178.51 metros cuadrados.

La Clínica Copacabana cuenta con una infraestructura de cuatro plantas, con una capacidad de cincuenta y ocho camas, las cuales están distribuidas en veinte nueve salas, el primer piso cuenta con veinte dos habitaciones, de las cuales seis habitaciones son suite, seis habitaciones privadas simples, tres habitaciones para pacientes de cuidado intermedio y siete habitaciones compartidas. Todas cuentan con sus respectivos baños y duchas.

2.3.2. Planta Baja

Cuenta con una entrada principal y una entrada de emergencia; a la izquierda de la puerta principal se encuentra la sala de espera, informaciones, caja y archivos. Entrando de frente a lado de informaciones se encuentra el ascensor, la oficina del administrador y las gradas que llevan al primer piso y al laboratorio de la clínica.

Al lado derecho de la puerta principal, está la plataforma de atención al cliente y farmacia al lado de las graderías. Llegando al pasillo está urgencias y dos consultorios; uno de ginecobstetricia (GOB) y el otro de pediatría. A lo largo del pasillo se encuentran otros dos consultorios y en la parte posterior están ubicados la cocina, lavandería, ropería y sótano.

Al lado derecho se encuentran sala de emergencia que cuenta con cuatro camillas muy bien equipadas, un consultorio, una sala de Nebulización y la sala de esterilización de materiales para diferentes servicios. Frente a emergencias están R X, tomografía y ecografía.

2.3.3. Primer Piso

Existe tres formas de ingresar al servicio de internación, la primera por el ascensor y las otras dos por las gradas una al ingreso de la clínica y la otra en la parte lateral izquierda.

Al lado derecho del primer piso se encuentra la central de enfermería, una sala especifica de preparación de medicamentos, al frente esta ropería y un cuarto de equipos de aseo para el paciente. En la parte posterior de la central de enfermería se encuentran veintidós salas de internación. A la izquierda de las gradas se encuentra la unidad de cuidados intensivos equipada y una sala de espera.

Todas las habitaciones privadas y/o de maternidad cuentan con sus respectivos baños y duchas, con un velador, riñonera, termómetro, chata y pato; mesa mayo trípode, timbre y servicio de televisión por cable.

2.3.4. Segundo Piso

El segundo piso cuenta con cinco quirófanos con sus respectivas áreas de recuperación y esterilización. Asimismo, se encuentra el área de atención ambulatoria que presta servicio quirúrgico de: Microscopio Quirúrgico, Artroscopia, Amplificador de imágenes, Equipos completos de Traumatología, Laparoscopia, entre otros.

Están las salas de internación específicamente el área de maternidad, cuenta con siete salas privadas cada una con una sola cama, ante la demanda de pacientes en este servicio se puede internar otras patologías.

2.3.5. Tercer Piso

El tercer piso cuenta con dos habitaciones médicas; uno para el médico de guardia y el otro cuarto de internos; las áreas de administración y contabilidad, además de un auditorio y sala de reuniones.

2.4. EQUIPAMIENTO

La Clínica Copacabana, es un moderno centro asistencial especializado con Equipos Biomédicos, Médicos y Electromecánicos de última generación y de alta especialización, a fin de cubrir las necesidades del paciente, dándoles seguridad y confianza, por lo que en el último año se ha continuado con la renovación de los equipos hospitalarios.

A continuación, se detallan los equipos con los que cuenta la clínica actualmente:

2.4.1. Consultorios

Consta con una camilla, gradilla, instrumentos para tomar los signos vitales, su escritorio, material de escritorio, sillas, y según la especialidad los equipos correspondientes como ser de gineco-obstetricia (instrumentos de revisión, sabanillas y otros), pediatría

2.4.2. Emergencia

Consta de 4 camillas 2 fijas y 2 de traslado cada una con su monitor, su tanque de oxígeno, su tensiómetro, carro azul, tiene dos vitrinas una especialmente con medicamentos y la otra para equipos de uso en el servicio.

2.4.3. Rayos x

Este estudio cuenta con una camilla rígida especial para rayos x, las placas, la máquina para rayos x, silla, también cuenta con un equipo de rayos x móvil.

2.4.4. Ecografía

Consta de una camilla, ecógrafo, silla y material de escritorio.

2.4.5. Sala de internación

En estos ambientes cada cama está equipada con: una silla, su velador, su chata, su pato, un sillón, un trípode, una toalla, un papel higiénico, mesa mayo, timbre, control para la televisión, ropero.

2.4.6. Unidad de terapia intensiva

Cuenta con cinco camas cada una con su monitor para signos vitales, trípodes, gradillas, vitrinas de medicamentos, vitrina de insumos y equipos para procedimientos, carro azul, gavetas donde se encuentra las pertenencias del paciente, ventiladores mecánicos, biombos, equipos estériles. También hay dos servocunas y dos incubadoras para neonatos, también equipados.

2.4.7. Quirófano

Cada quirófano consta de una camilla especial para cirugías, máquinas para laparoscopias, mesa mayo, otra mesa para todo el material que se utilizara en la cirugía, instrumentos quirúrgicos, materiales de suturas, paquetes estériles con batas quirúrgicas, paños, sabanas, funda para mesa mayo.

2.5. SERVICIOS MÉDICOS Y ESPECIALIDADES QUE PRESTA LA CLÍNICA COPACABANA

La clínica Copacabana ofrece servicios de consulta médica en medicina general las 24 horas del día. Para consultas de especialidad médica, el paciente deberá elegir el profesional médico de su preferencia y preguntar acerca de los horarios de atención, las consultas de urgencia son atendidas de inmediato por el especialista que corresponda en cada caso y a cualquier hora del día.

Presta atención además de los pacientes particulares a personal del servicio de caminos y atención de pacientes de SOAT (Seguro Obligatorio contra los Accidentes de Tránsito).

2.5.1. Área de Cirugía

El área de cirugía es el núcleo principal de la clínica. Cuenta con los servicios de cirugía general, cirugía plástica, cirugía vascular y Neurocirugía.

Las diferentes áreas de atención se complementan mutuamente para poder ofrecer un sistema complejo de atención médica.

2.5.2. Especialidades médicas

Ofrece al público en general servicios de atención en especialidades como:

Traumatología. Gastroenterología, Endocrinología, Dermatología, Neumología, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cardiología, Nefrología, Ginecología, Obstetricia y Pediatría.

2.5.3. Otros servicios

La clínica en su afán de ofrecer las mejores prestaciones a los clientes mediante un equipo médico y tecnología de la más alta calidad, cuenta con el área de apoyo diagnostico con:

Laboratorio**,** Ecografía**,** Radiografía**,** Endoscopia, Tomografía computarizada, Mamografía y Densitometría ósea.

2.6. AÉREAS DE INTERNACIÓN

El área de internación cuenta con 22 habitaciones que garantizan al paciente el confort que necesita; con fáciles accesos a áreas de diagnósticos y procedimientos quirúrgicos.

La atención de pacientes internados está a cargo de un equipo médico que se encargan tanto de la internación clínica como el seguimiento clínico de los pacientes. Con visitas diarias a todas las salas donde se combinan procedimientos diagnósticos y terapéuticos en conjunto con las especialidades intervinientes en cada caso.

El número de pacientes hospitalizados fluctúa entre 20-25 pacientes día, teniendo un promedio de 4 ingresos y egresos por día, estos permanecen en la clínica en promedio de 8 días de estancia.[7]

2.7. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA CLÍNICA COPACABANA

Cuenta con una estructura organizacional jerárquica, su organigrama muestra una estructura vertical en donde las áreas o jefaturas se encuentran agrupadas bajo una dirección que en el organigrama se identifica como la alta dirección. La clínica también tiene una estructura organizativa en paralelo por áreas médicas y de enfermería, y la agrupación de los servicios médicos basados en la logística y las necesidades del paciente.

También es importante resaltar que la dirección de la clínica Copacabana cuenta con un consejo consultivo, asesor médico y asesor administrativo para la guía en los diferentes procesos y tomas de decisiones, mediante juntas y reuniones.

2.7.1. Recursos humanos

La Clínica cuenta con un plantel de profesionales médicos altamente capacitados en diferentes especialidades, orientados a la búsqueda permanente de la excelencia en cada una de las actividades que desarrollan.

El personal profesional de enfermería busca su perfeccionamiento en cursos y talleres que se brindan de forma extraordinaria fuera de la institución.

[7] Datos proporcionados por el jefe de área de estadísticas enero del 2018

El personal auxiliar de enfermería recibe capacitación generalmente cuando existen estudiantes de licenciatura en enfermería; sin embargo, estos aprendizajes no son evaluados, no se verifica registros sobre el seguimiento en cuanto a cambio de conductas.

2.8. PERSONAL QUE TRABAJA EN LA CLÌNICA

Actualmente en la Clínica Copacabana trabajan un total de 104 trabajadores entre personal médico, residentes, médicos, personal profesional de enfermería, auxiliares de enfermería y personal administrativo. En el siguiente cuadro se muestra el total del personal que labora en la clínica:

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN (GESTIÓN 2018)

Nº	PERSONAL DE LA CLÍNICA COPACABANA	Nº	%
1	Administrativo	**20**	**24%**
2	Médicos	**26**	**7%**
3	Licenciadas en Enfermería	**9**	**11%**
4	Auxiliares de Enfermería	**24**	**34%**
5	Apoyo Diagnostico.	**5**	**6%**
6	Servicio.	**15**	**18%**
TOTAL		**104**	**100%**

Fuente: Registro propio de la Clínica (proporcionada por el Administrador), 2018.

La falta de licenciadas en enfermería es uno de los problemas que viene atravesando la Clínica Copacabana, existe un déficit de personal, ya que no cuentan con los ítems respectivos para los turnos de enfermería que no cuentan con licenciadas en enfermería o también se da la situación que una sola licenciada debe atender a por lo menos 30 pacientes. Que según los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) una enfermera, en salas normales, debe atender a máximo 10 pacientes, y en salas de terapia intensiva debe ser una enfermera por paciente.

2.9. MISIÓN

Proporcionar servicios de salud con los mejores recursos de infraestructura, humanos y tecnológicos a la población, para una asistencia médica completa, eficiente, oportuna y humana, con el fin de contribuir en la mejora de la salud y el estándar de vida de nuestra sociedad. Desempeñar obras de ayuda social y promover la investigación científica en medicina.[8]

2.10. VISIÓN

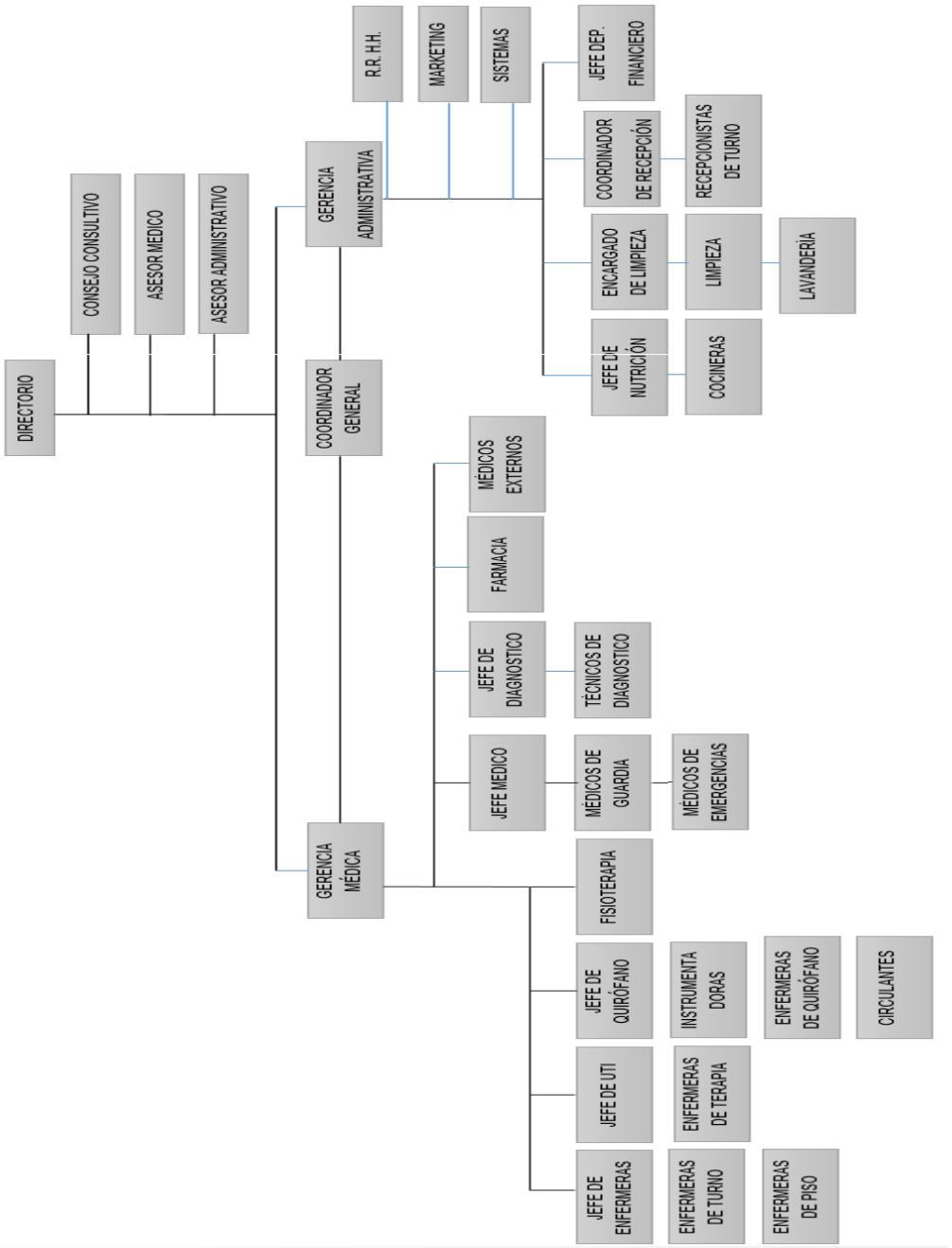
Nuestra visión es la de establecernos, cada vez más, como un líder regional en la prestación de servicios médicos hospitalarios, a través, de la renovación constante de tecnología, conocimientos y capacitación profesional, en equilibrio con valores como la confianza, el respeto, la dignidad y la responsabilidad social.[9]

[8] http://www.clinicacopacaba na.com
[9] http://www.clinicacopacabana.com/

2.11. ORGANIGRAMA

IMAGEN 2

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL CLÍNICA COPACABANA



Fuente: Datos proporcionado por el administrador de la Clínica Copacabana

2.12. ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA COPACABANA

El Organigrama del Departamento de Enfermería Clínica Copacabana, se encuentra en proceso de elaboración. Según informe de la jefatura de enfermera.

2.13. FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Entre los objetivos en la atención del personal de enfermería está el de prever, diagnosticar, planear y evaluar las acciones que sustentan la atención de enfermería. Garantizar la entrega oportuna de atención a todos los pacientes y sus familias. Proteger los intereses institucionales realizando un uso adecuado de los recursos. Y entregar una atención humanizada, oportuna y con buen trato al paciente y su familia.

2.13.1. Licenciada en Enfermería

El personal profesional de enfermería ejerce funciones administrativas, asistenciales y de docencia, tiene la capacidad de tomar decisiones mucho más complejas frente a pacientes de diversas patologías médicas. La Licenciada de Enfermería realiza con fundamento científico su quehacer y es capaz de asesorar al cliente para un adecuado cuidado del paciente. Otra característica es que puede realizar procedimientos asistenciales más complejos.

Entre las demás funciones que desempeñan están:

- Admisión de pacientes, apertura de Kardex y procedimientos administrativos, como supervisión, control, coordinación y planificación de las actividades.
- Control de funciones vitales.
- control neurológico, respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, urinario entre otros.
- Administración de tratamiento vía enteral.

- Administración de tratamiento parenteral
- Elaboración del Kardex y la revisión de las historias clínicas.
- Canalización de vías endovenosas.
- Administración de hemoderivados (paquete globular)
- Control de diuresis y balance hídrico del paciente.
- Cumplimiento con el tratamiento médico.
- Colaboración en todo tipo de procedimientos como ser: colocación Sonda Nasogástrica), punciones vía centrales y catéteres urinarios, etc.

2.13.2. Auxiliar de Enfermería

Las tareas del personal auxiliar de enfermería abarcan un amplio número de actividades destinadas a mantener la atención constante y efectiva de los pacientes. Siendo que la labor de auxiliar de enfermería, además de la preparación técnica y los conocimientos teóricos requiere un grado de sensibilidad y vocación de servicio que muchas veces se ve afectada por el excesivo número de tareas que deben cumplir con cada paciente. Entre las funciones que presta en la clínica Copacabana se puede resaltar.

- Observación de los síntomas de los pacientes para dar sus informes oportunos al personal licenciada en enfermería.
- Cuidado asistencial del paciente durante la internación del paciente.
- Realizar la higiene personal del paciente.
- Ayudar a los pacientes imposibilitados de alimentarse por sí solos.
- Realiza confort al paciente.
- Control de signos vitales.
- Control de líquidos.
- Cuidados de sondas y drenajes.
- Movilización de pacientes.
- Apoyo en terapia ambulatoria.
- Aseo de la unidad

- Control de material a su cargo
- Traslado de pacientes

CAPITULO III

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

CUIDADO Y MANIPULACIÓN DE CATÉTERES VESICALES

3.1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA RENAL URINARIO

El sistema renal está formado por los siguientes órganos: dos riñones, dos uréteres, una vejiga y una uretra. Los riñones son los órganos donde se forma la orina. Los uréteres, la vejiga y la uretra son los encargados de eliminarla del organismo.

3.1.1. Funciones del sistema renal urinario

Entre las Funciones del conjunto de órganos están:

Elaborar y excretar la orina, mantener la homeostasis del medio interno, regular el volumen y composición del líquido extracelular, eliminar agua y sales minerales, regular las presiones osmóticas y oncótica del plasma, eliminar ácidos y bases, formar amoniaco, regular el equilibrio ácido-básico de la sangre, eliminar los residuos del metabolismo proteico, eliminar ácido benzoico, excretar fármacos, elaborar renina, regular la presión arterial, elaborar eritropoyetina y favorecer la formación de glóbulos.[10]

3.2. ÓRGANOS QUE CONFORMAN EL SISTEMA RENAL

3.2.1. Riñones

Los riñones están situados en el abdomen a ambos lados de la región dorsolumbar de la columna vertebral, aproximadamente entre la 12ª vértebra dorsal y la 3ª vértebra lumbar, situándose el derecho en un plano inferior al izquierdo, debido a la presencia del hígado. La cara posterior de cada riñón se apoya en la pared abdominal posterior formada por los músculos posas mayor,

[10] Zerrillo. 2015. Anatomía Urinaria p. 4

cuadrado de los lomos y transverso del abdomen de cada lado, su cara anterior está recubierta por el peritoneo, de ahí que se consideren órganos retroperitoneales. A través de la membrana peritoneal, los riñones se relacionan con los órganos intraabdominales vecinos.

Son dos órganos con forma de haba o poroto, de color rojo oscuro y con un peso cercano a los 150 gramos.

Es de tamaño similar al de un puño cerrado, su longitud es de 10-12 centímetros, 6 centímetros de ancho y 3 centímetros de espesor. El riñón derecho se ubica por debajo del hígado y el izquierdo por debajo del diafragma, levemente más arriba que el anterior y en adyacencia con el bazo. Ambos órganos están rodeados por una fina cápsula de tejido conectivo.[11]

3.2.1.1. Funciones de los riñones

- Retiran el exceso de agua y las toxinas que resultan del metabolismo del cuerpo humano, permitiendo la eliminación de este filtrado en forma de orina. En tal sentido funcionan como verdaderos filtros selectivos depuradores de la sangre.
- Moderan el balance de ácidos evitando su excesiva acumulación en el organismo.
- Cumplen un rol importante en la regulación de la presión sanguínea y en la producción de hormonas tales como la eritropoyetina, que controla la producción en la médula ósea de glóbulos rojos.
- Regulan la cantidad de calcio en sangre y la producción de Vitamina D necesaria para la mineralización y fortalecimiento de los huesos[12]

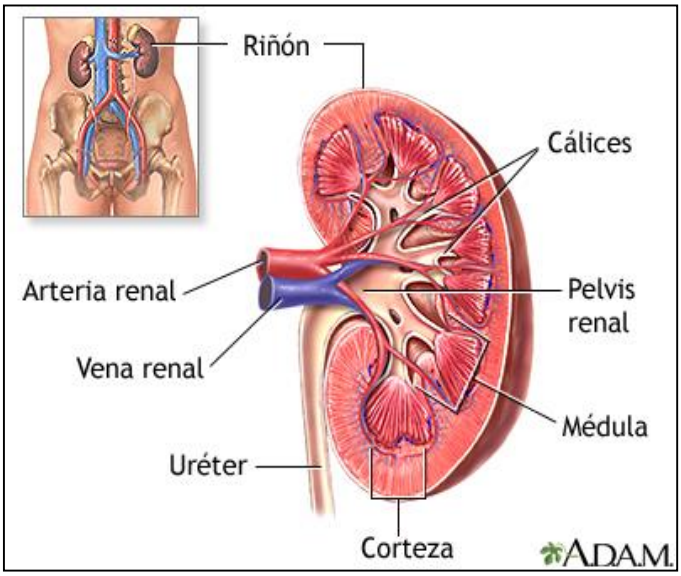
3.2.1.2. Partes del riñón

Entre las partes más importantes de los riñones tenemos:

[11] Blanca Cutillas Arroyo. 2015. Sistema Urinario: Anatomía p. 2
[12] Tortora GJ, Derricskon B. 2012. Principios de la Anatomía y Fisiología. p. 56

IMAGEN 3

PARTES DEL RIÑÓN



Fuente:(www.nlm.nih.gov)25-10-2016

- **Corteza:** Es de color amarillento, se sitúa por debajo de la cápsula de tejido conectivo y se dispone en forma de arco. La corteza recibe más del 90% del flujo sanguíneo que llega al riñón. Tiene por función la filtración y la reabsorción de sangre.
- **Médula:** Es el lugar donde se produce la orina. La médula renal, de color rojizo, se dispone en la parte profunda de la corteza y presenta estructuras llamadas pirámides de Malpighi, similares a conos invertidos. Los vértices de cada pirámide desembocan en una formación denominada cáliz menor. A su vez, todos los cálices menores en cantidad de 8-18, convergen en 2-3 cálices mayores que vacían la orina en la pelvis renal.
- **Pelvis renal:** Tiene forma de embudo. La función de la pelvis renal es reunir toda la orina formada y conducirla hacia los uréteres.[13]

[13] Tortora GJ, Derricskon B. 2012. Principios de la Anatomía y Fisiología

3.2.1.3. Inervación e irrigación del riñón

La inervación de ambos riñones corre a cargo de los nervios renales que se originan en el ganglio celíaco, estructura nerviosa del sistema nervioso autónomo simpático situada sobre la arteria aorta abdominal, a ambos lados del tronco arterial celíaco, justo por debajo del diafragma.

Los nervios renales forman el plexo renal que penetra en los riñones acompañando a las arterias renales, la mayoría son vasomotores (inervan vasos sanguíneos), de manera que regulan el flujo sanguíneo renal.

La irrigación de los riñones es muy abundante en relación a su peso y se debe a la función de depuración sanguínea que éstos realizan; las arterias renales derecha e izquierda son ramas de la arteria aorta abdominal, de la cual se originan a nivel de la primera vértebra lumbar, al penetrar por el hilio renal forman parte del pedículo renal (ver hilio renal).

Ambas arterias aseguran un aporte de sangre de unos 1200 ml por minuto, en reposo, volumen que representa entre un 20 y 25 % del gasto cardíaco en reposo. El retorno venoso de los riñones se produce a través de las venas renales derecha e izquierda que drenan a la vena cava inferior.[14]

3.2.1.4. Estructura interna del riñón

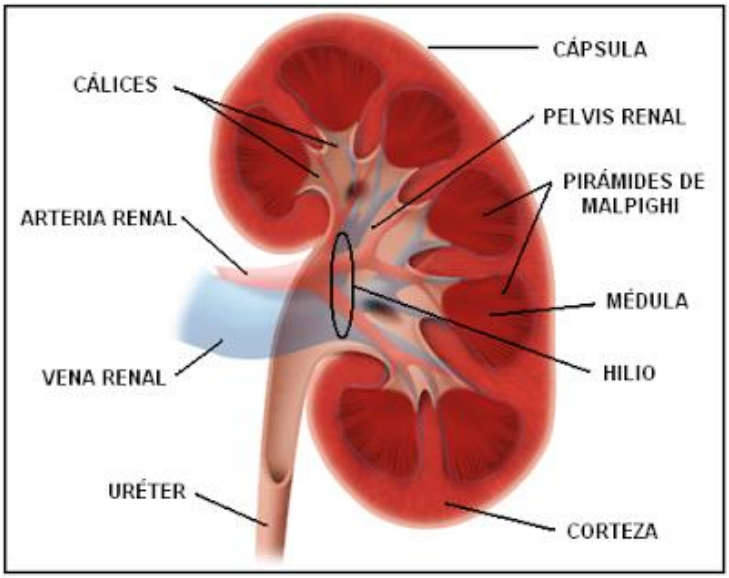
- **Capsula renal:** Es una membrana transparente, fibrosa y continúa con la capa externa del uréter, está cubierto de una gruesa capa de tejido adiposo peri nefrítico. Su función es la de servir como aislamiento del riñón en posibles infecciones, traumas y daños. Debajo de la cápsula renal se encuentra la corteza renal, la que a su vez envuelve la médula renal.
- **Corteza renal:** Es una Capa blanda, granulosa, externa del riñón, que contiene alrededor de 1,25 millones de túbulos renales que eliminan los residuos corporales en forma de orina.

[14] Blanca Cutillas Arroyo. 2015. Sistema Urinario: Anatomía p. 2-3

- **Zona medular:** Es la encargada del transporte de sustancias como hormonas, etc. Y la encargada de recibir la información de los órganos de los sentidos para llevarla al cerebro y viceversa (recibe la orden del cerebro y la lleva a los músculos).
- **Corpúsculo renal:** Se ubica en la corteza renal. Está constituido por el glomérulo y la cápsula de Bowman.

IMAGEN 4

ESTRUCTURA INTERNA DEL RIÑÓN



Fuente: (Hnncbiol.blogspot.com)15-11-2016

- **Corpúsculo de Malpighi:** Tiene un polo vascular, donde penetra la sangre a través de la arteriola aferente y sale por la arteriola eferente. En el otro extremo se ubica el polo tubular, por donde sale el filtrado hacia los túbulos renales. La función de cada corpúsculo renal es filtrar la sangre para su purificación, reabsorbiendo todas las sustancias necesarias para el organismo y excretando todos los desechos a través de la orina. Estas funciones están reguladas por el sistema endócrino mediante las hormonas antidiurética, aldosterona y paratiroides.

- **La cápsula de Bowman:** Está formada por una delgada capa de células endoteliales. Se ubica en el extremo ciego de los túbulos y encierra al glomérulo. Entre la cápsula de Bowman, que tiene forma de copa, y el glomérulo se encuentra el espacio de Bowman.[15]

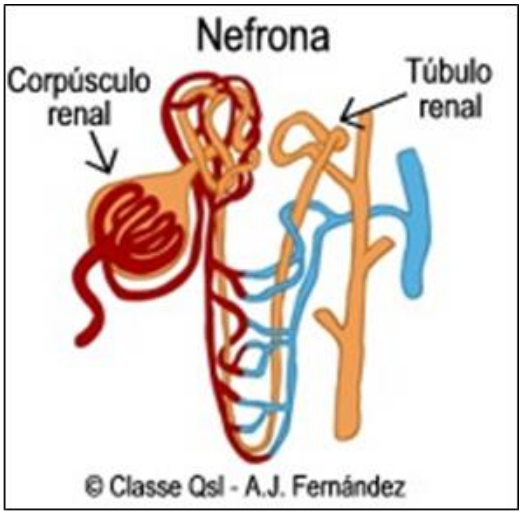
3.3. NEFRONAS

Este conducto colector es común a varios nefrones y es donde se produce la concentración final de la orina por acción, como se expondrá más adelante, de la hormona antidiurética.[16]

Cuando la sangre llega a los glomérulos de los riñones, una parte del componente plasmático abandona la circulación capilar para ingresar en los nefrones. En su recorrido por los túbulos, ese filtrado retendrá las sustancias de desecho que más tarde se transformará en la orina y hará retornar nuevamente a la sangre los componentes útiles al organismo.

IMAGEN 5

LA NEFRONA



Fuente. (www.enciclopediasalud.com)15-11-2016

[15] Blanca Cutillas Arroyo. 2015. Sistema Urinario: Anatomía
[16] Tortora GJ, Derricskon B. 2012. Principios de la Anatomía y Fisiología p. 188

3.3.1. Funciones de la nefrona

- **Formación de la orina. -**La formación de orina por parte de los riñones consta de tres procesos: filtración glomerular, reabsorción tubular y secreción tubular.

- **filtración glomerular. -**Los glomérulos funcionan como filtros de sangre, es decir, tanto el agua como los desechos metabólicos y algunas sales minerales abandonan los capilares glomerulares y se dirigen hacia el espacio de la cápsula de Bowman para luego arribar a los túbulos renales.

Como el flujo de sangre que ingresa al corpúsculo renal vía arteriola aferente soporta una gran resistencia debido a la disposición en ovillo de los capilares glomerulares, la sangre empieza a filtrarse.

Hay que notar que, así como fueron eliminados de la circulación los desechos tóxicos, también lo han hecho sustancias necesarias para el organismo como las sales, glucosa y aminoácidos, entre otras.

- **Reabsorción tubular. -**Las células que forman el epitelio tubular se encargan de recuperar las sustancias útiles que escaparon por filtración glomerular. La reabsorción tubular se lleva a cabo en todo el sistema tubular, es decir, en los túbulos contorneados proximal y distal, en el asa de Henle y aún en los túbulos colectores.

Este proceso se realiza por transporte activo o por difusión simple (transporte pasivo) a favor del gradiente de concentración. En los casos en que las sustancias por reabsorberse sobrepasan la capacidad de reabsorción de los túbulos, son eliminadas por la orina.

- **Secreción tubular. -**Así como las células que forman el epitelio tubular recuperan las sustancias útiles mediante la reabsorción, también se encargan del pasaje de sustancias hacia la luz de los túbulos.

La secreción tubular implica también el paso de dichos componentes desde las capilares peris tubulares hacia los túbulos. La secreción tubular se realiza tanto por transporte activo como por difusión simple. Las sustancias que se secretan son hidrogeniones (H+), amoníaco (NH3) y amonio (NH4+).[17]

3.4. PASAJE DE SUSTANCIAS EN EL TÚBULO CONTORNEADO PROXIMAL

En el túbulo contorneado proximal son reabsorbidos a la circulación sanguínea alrededor del 50-60% del agua filtrada, iones de sodio, cloro, calcio, bicarbonato y magnesio, toda la glucosa y la mayoría de los aminoácidos.

Gracias a ese importante volumen recuperado es posible mantener el líquido del espacio intersticial. Ante la eventualidad de que algunas proteínas se hayan filtrado en los glomérulos son reabsorbidas en este sector hacia la circulación sanguínea.[18]

3.5. PASAJE DE SUSTANCIAS EN EL ASA DE HENLE

En este sector se recupera alrededor del 20% del agua filtrada y el 25% de los iones de cloro y de sodio filtrados en el glomérulo. La rama descendente del asa de Henle, que está conectada al túbulo contorneado proximal, es impermeable al sodio, pero permeable al agua, con lo cual se produce su absorción hacia la circulación.

La rama ascendente es muy permeable al sodio e impermeable al agua. El líquido que transita por la rama descendente se hace más concentrado debido a la importante reabsorción de agua que tiene lugar en este tramo. Al llegar a la rama ascendente y sufrir una reabsorción de sodio hacia el intersticio, pierde un poco esa tonicidad que traía desde el tramo anterior.

[17] Tortora GJ, Derricskon B. 2012. Principios de la Anatomía y Fisiología
[18] Blanca Cutillas Arroyo. 2015. Sistema Urinario: Anatomía p. 4

3.6. PASAJE DE SUSTANCIAS EN EL TÚBULO CONTORNEADO DISTAL

En esta parte tubular se reabsorbe hasta un 10% del sodio y cloro filtrado que no fueron absorbidos en el túbulo proximal. La absorción de cloro se realiza por difusión simple, mientras que el sodio se reabsorbe con gasto de energía mediante la bomba de sodio y potasio.

Además, hay secreción de (H+) por transporte activo y de iones de potasio (K+) en forma pasiva debido a su elevada concentración intracelular. La actividad de reabsorción y secreción que tiene lugar en el túbulo distal produce una mayor concentración de la orina.[19]

3.7. PASAJE DE SUSTANCIAS EN EL TÚBULO COLECTOR

Alrededor del 20% del agua filtrada en los glomérulos es reabsorbida en el túbulo contorneado distal y en el túbulo colector por la acción de la hormona antidiurética, encargada de aumentar la permeabilidad al agua en ambas estructuras tubulares. Determinadas situaciones hacen que el cerebro estimule la secreción de hormona antidiurética y disminuya la diuresis (emisión de orina), por ejemplo, ante hemorragias profusas, cuadros de estrés o estados de emoción profunda.

Por el contrario, es inhibida la acción de esta hormona ante la presencia de elevadas cantidades de alcohol en sangre, hecho que favorece la producción de orina. La falta de hormona antidiurética por trastornos a nivel central provoca grandes pérdidas de agua por la orina (poliuria), enfermedad conocida como diabetes insípida.[20]

3.8. URÉTERES

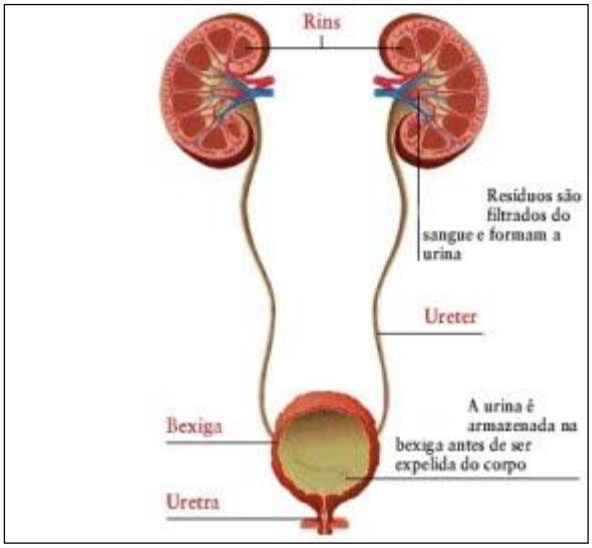
Son conductos pares que se originan en la pelvis renal y trasladan la orina desde cada riñón hasta la vejiga urinaria. En una persona adulta los uréteres tienen una longitud de 25-35 centímetros y un diámetro de 3 milímetros. Se

[19] Blanca Cutillas Arroyo, 2015. Sistema Urinario: Anatomía p. 4-5
[20] Blanca Cutillas Arroyo. 2015. Sistema Urinario: Anatomía p. 5

ubican en posterior del abdomen y descienden hacia la vejiga atravesando sus paredes en forma oblicua, desembocando en el trígono vesical a través de los orificios uretrales.[21]

IMAGEN 6

LOS URÉTERES



Fuente: (Patients.urowelo.org) 28-11-2016

Los uréteres poseen tres capas.

Serosa (externa): formada por tejido conectivo que protege al órgano del resto de las vísceras.

- **Muscular (media):** con dos capas de músculo liso dispuestos en forma longitudinal y circular. Las capas musculares son responsables del avance de la orina en una sola dirección a través de movimientos peristálticos (de contracción y relajación).

- **Mucosa (interna):** cubierta por tejido epitelial estratificado.

[21] http://hnncbiol.blogspot.com/2008/01/anatomia-yfisiologi a -delsistema_21.

A nivel de los orificios uretrales existe un esfínter involuntario que regula el tránsito del flujo urinario en una sola dirección. No obstante, cuando la vejiga está llena, cada orificio uretral se cierra gracias a la propia contracción muscular de la vejiga, evitando así el reflujo de orina hacia el riñón.[22]

3.9. VEJIGA

Es un órgano muscular hueco, de forma esférica cuando está llena (similar a un pomelo) y del tamaño de una ciruela de aspecto arrugado cuando está vacía, producto de la relajación de su musculatura.

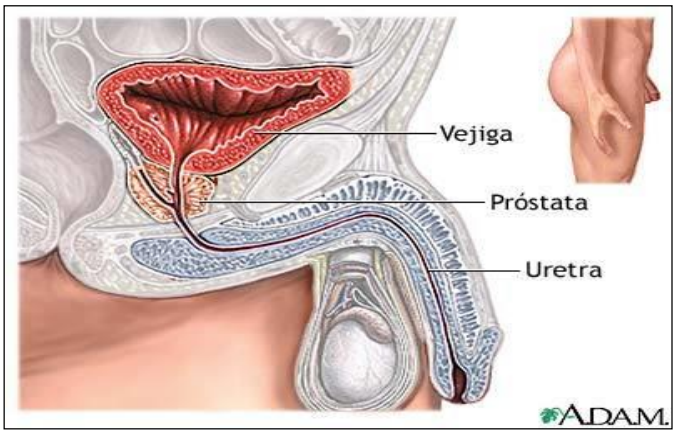
Tiene por función recibir la orina procedente de los uréteres, almacenarla momentáneamente y luego enviarla a la uretra para su excreción. La capacidad de la vejiga es de alrededor de 500 mililitros, aunque en condiciones extremas puede contener hasta dos litros.

Tiene por función recibir la orina procedente de los uréteres, almacenarla momentáneamente y luego enviarla a la uretra para su excreción. La capacidad de la vejiga es de alrededor de 500 mililitros, aunque en condiciones extremas puede contener hasta dos litros.[23]

[22] Tortora GJ, Derricskon B. 2012. Principios de la Anatomía y Fisiología
[23] Tortora GJ, Derricskon B. 2012. Principios de la Anatomía y Fisiología

IMAGEN 7

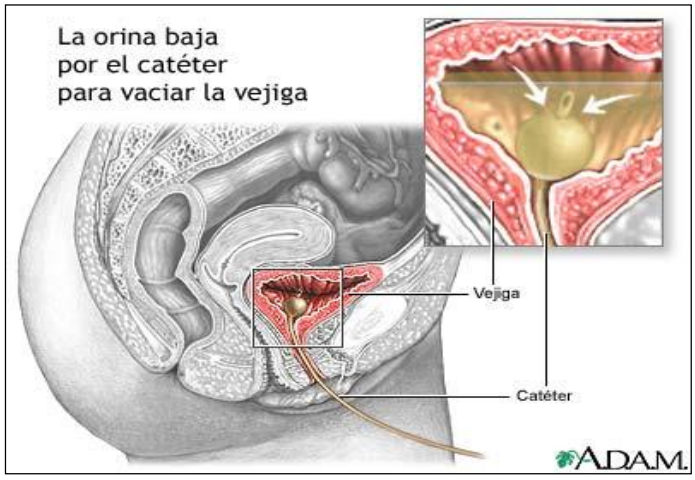
LA VEJIGA EN EL VARÓN



Fuente: (http://www.taringa.net/posts/ciencia-educación) 28-10-2016

IMAGEN 8

LA VEJIGA EN LA MUJER



Fuente: (https://www.clinicadam.com/imagenes-de-salud/) 28-10-2016

En ambos sexos se ubica por detrás de la sínfisis púbica y por delante del recto. Además, en la mujer se localiza en la parte superior de la vagina y en el hombre en la parte superior de la próstata. Los dos orificios uretrales se ubican a unos 4

centímetros de la salida uretral, formándose una estructura triangular, el trígono vesical, en la zona media del piso de la vejiga.

La vejiga está formada por tres capas:

- **Serosa**: de tejido conectivo, está cubierta en parte por el peritoneo parietal.
- **Muscular:** formada por tres capas de músculo liso, dos de fibras longitudinales y una de fibras circulares en el medio de ambas.
- **Mucosa**: en contacto con la orina. Está formada por epitelio estratificado adaptado para resistir la acidez de la orina.[24]

3.10. URETRA

Es un conducto que comienza en la cara inferior de la vejiga y termina en una abertura llamada meato urinario. En su origen está el ya mencionado esfínter uretral interno o esfínter vesical. Rodeando a este esfínter se ubica el esfínter uretral externo, voluntario y de fibras musculares estriadas.

El cierre de la uretra es controlado por ambos esfínteres. La uretra está formada por dos capas, una muscular (externa) y una mucosa (interna). La uretra tiene por función transportar la orina desde la vejiga hacia el exterior por medio de la micción. En el hombre sirve además para el pasaje de semen en la eyaculación.

3.10.1. Uretra femenina

Posee una longitud de 3-4 centímetros. Desemboca en la entrada de la vagina a través del meato uretral, a dos centímetros detrás del clítoris.

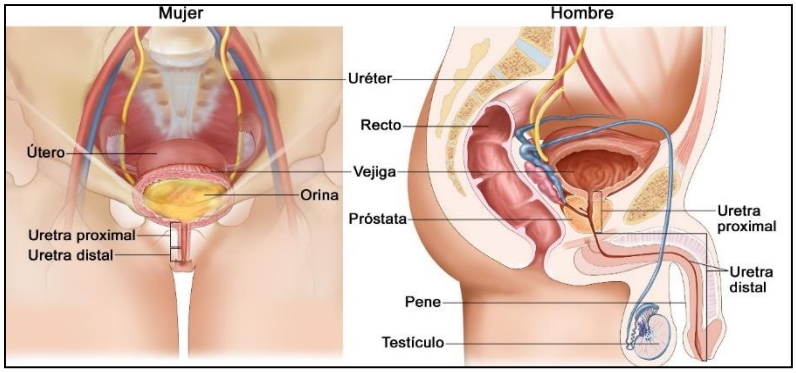
[24] Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM. GRAY. 2010. Anatomía para estudiantes. p.322

3.10.2. Uretra masculina

Tiene una longitud aproximada de 20 centímetros. De acuerdo a su trayecto, se distinguen tres porciones.[25]

IMAGEN 9

LA URETRA



Fuente: (https://www.cancer.gov/espanol/tipos/uretra) 28-10-2016

3.11. CATETERISMO VESICAL

El cateterismo o sondaje vesical es una técnica que consiste en la introducción de una sonda a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior.[26]

3.11.1. Tipos de sondaje

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 longitud y según sus indicaciones.

[25] Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM. GRAY. 2010. Anatomía para estudiantes. p.320
[26] Ana Rosa Argüelles Martínez. 2011. cateterismo o sondaje vesical. p. 2

3.11.2. Según el tiempo de permanencia

3.11.2.1. Sondaje permanente de larga duración

Con una duración mayor de 30 días, en el que la sonda es mantenida en su lugar por un balón que se hincha con aire o agua al colocarla. Está indicado en casos de pacientes crónicos con retención urinaria.

3.11.2.2. Sondaje permanente de corta duración

De iguales características que el anterior, pero con una duración menor de 30 días, usándose en caso de patología agudas.

3.10.2.3. El sondaje intermitente

Que se realiza cada cierto tiempo (en general, cada 6 – 8 horas) y es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción, y que producen incontinencia con mal vaciado de la vejiga. Consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, a través de la uretra, para vaciarla de orina, siendo retirada inmediatamente después de alcanzar dicho vaciado. La frecuencia del sondaje dependerá del volumen de orina diario y de la capacidad de la vejiga (3-4 sondajes diarios) y además del profesional sanitario, el paciente o sus cuidadores pueden ser adiestrados para realizarlo en domicilio (auto sondaje).

3.11.3. Según el material del catéter

3.11.3.1. Látex

De uso muy frecuente, sin embargo, las sondas de látex pueden provocar alergia en las personas alérgicas al látex. Para evitarlo existen sondas de látex recubierto por una capa de silicona (siliconada). Se usan para el vaciado vesical permanente en sondajes con duración inferior a 15 días aproximadamente (sondajes hospitalarios, postoperatorios).

3.11.3.2. Silicona

Los catéteres de silicona son los que presentan mayor biocompatibilidad y a igualdad de calibre exterior, mayor calibre funcional (luz interior), por lo que pueden ser más finas y tener mejor tolerancia. Están indicadas en sondajes de duración superior a 15 días o en pacientes alérgicos al látex.

3.11.3.3. Cloruro de polivinilo (PVC)

También conocidas como sondas de Nélaton, se usan en cateterismos intermitentes, para diagnóstico o terapéuticos, instilaciones y para medir residuos.

3.11.4. Según el calibre

Los calibres deben seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente: en el caso de adultos existen sondas desde el calibre 8 al 30. Los calibres que se utilizan con más frecuencia son:

Mujeres: CH 14 y 16

Varones: CH 16-18-20-22

También hay diferencia en el caso de la longitud de la sonda en el sondaje intermitente o auto sondaje: hombre 40 cm y mujer 20 cm.

CUADRO 2

DESCRIPCIÓN DE CATÉTERES VESICALES E INDICACIONES DE USO

SONDAS	IMAGEN	TIPOS	INDICACIONES
FOLEY		Son rectas, de dos o tres vías para lavados. En ambos casos incluyen un balón de fijación.	Las de 2 vías para pacientes en general, vaciado vesical y sondajes permanentes sin sospecha de patología urinaria. Las de 3 vías se usan en caso de hematuria.
NELATON		Son rectas, semirrigidas y de una sola vía, sin sistema de fijación.	Para vaciar la vejiga y/o recogida de muestras.
Los siguientes tipos de sondas son variaciones de la forma de la punta de las sondas Foley y Nelaton			
TIEMANN		Son curvas, con punta olivada y puntiaguda.	En pacientes protáticos o de vaciado dificultoso.
COUVELAIRE		Punta biselada o en pico de flauta.	En pacientes con hematuria o para mantener un circuito de lavado.
MERCIER		Punta acodada y olivada (en forma de palo de golf) y con orificios más anchos.	Se emplean después de la resección del adenoma de próstata.
DUFOUR		Punta acodada, en forma de pico y perforada en el codo.	Para lavados vesicales con coágulos.
FOLYSIL		De punta completamente abierta para poder introducir una guía de referencia.	Postoperatorio de prostatectomía radical.

Fuente: (Jiménez Mayorga, Isabel. 2009. Protocolo de sondaje vesical. p. 4-6)

3.12. SONDA VESICAL Y SUS CUIDADOS

Los cuidados tienen el objetivo de establecer medidas para el control de las infecciones relacionadas al cateterismo vesical, para disminuir los factores de riesgo para las mismas.

3.12.1. Recomendaciones específicas

El cateterismo vesical debe ser realizado sólo cuando sea estrictamente necesario:

- Debe ser un sistema cerrado y estéril.
- El catéter debe estar fijado de tal forma que evite la tracción y el desplazamiento.
- Retirar el catéter lo antes posible. Evitar el uso de catéter urinario para manejo de incontinencia.
- Elegir siempre el calibre más pequeño.
- Elegir sondas siliconadas en pacientes que se prevé largos períodos de cateterismo.
- En caso de cateterismo intermitente, en el ámbito hospitalario, debe realizarse con técnica aséptica.

3.12.2. Cuidados en la colocación y mantenimiento del sistema

- Lavar las manos con jabón antiséptico para proceder a la colocación de la sonda vesical.
- Higienizar las manos antes y después del contacto con cualquier parte del sistema de drenaje
- Aplicar técnica aséptica en la colocación: usar guantes, campo, sonda, lubricante monodosis y bolsa colectora estériles.
- En pacientes mayores de un año realizar higiene perineal con jabón antiséptico antes de la colocación. En niños menores de un año realizar higiene perineal con agua estéril.

- No elevar la bolsa sobre el nivel de la vejiga. No colocar ampollas u otros tapones para obstruir el sistema.
- No desconectar el sistema ni dejarlo abierto.
- No obstruir el flujo de la orina durante tiempos prolongados.
- Realizar higiene de manos antes y después de manipular el sistema, aun cuando se usen guantes.
- No cambiar en forma rutinaria el catéter o la bolsa. Hacerlo sólo cuando se obstruye el sistema o por indicación médica.
- No colocar soluciones o pomadas antibióticas en el meato uretral, ni en las uniones o en la bolsa colectora.
- Las bolsas colectoras de orina deben permanecer suspendidas, sin ser apoyadas en el suelo o sobre otras superficies contaminadas.
- Elegir bolsas colectoras de orina con desagote inferior con cierre hermético. En caso de falla o pérdidas cambiar inmediatamente.
- Al desagotar la bolsa colectora evitar el contacto del pico con el urinómetro.
- Utilizar urinómetro individual para cada paciente.
- Incluir la higiene perineal en el momento del baño del paciente. No es necesario realizarlo con jabón antiséptico.
- Evitar clampear el sistema de drenaje previo a retirar la sonda.

3.12.3. Cuidados en los lavados vesicales

- No se recomienda su realización en forma sistemática.
- En caso de estar indicados, utilizar soluciones estériles y sin el agregado de antisépticos.
- Siempre se debe mantener el circuito cerrado.
- Deben ser retirados lo antes posible.
- Irrigación medicamentosa vesical
    a) Realizar siempre con técnica aséptica.
    b) Utilizar soluciones estériles.
    c) Mantener siempre el sistema cerrado.

d) Aplicar las Precauciones Universales en el cuidado del catéter.

Cuidados en la toma de muestra para urocultivo por punción

- Debe realizarse en forma aséptica.
- Seleccionar área de la sonda próxima a uretra.
- Desinfectar el área con alcohol 70%.
- Punzar la sonda en el área desinfectada con aguja y jeringa estéril.

Recomendación importante: Preguntarse diariamente si es imprescindible la permanencia de la sonda Vesical. Retirarla en cuanto sea posible.[27]

3.12.4. Consideraciones generales del sondaje vesical

- Utilizar una sonda del menor calibre posible a fin de minimizar la irritación de la vejiga (existen excepciones como situaciones de hematuria, en que se utiliza un mayor calibre para evitar obstrucción.
- El uso de un gel lubricante y anestésico reduce el malestar y el traumatismo durante la inserción. En el caso de sondaje vesical masculino, insertar la boquilla del lubricante en uretra, apretar el lubricante y sostener el glande durante 5 min para evitar fuga.
- Utilizar sondajes solo cuando sea necesario y retirarlo lo antes posible.
- La inserción de la sonda vesical se realizará siempre de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles.
- El llenado de globo con 8-10 ml (o según fabricante) de agua destilada estéril. No se recomienda uso de suero fisiológico por poder cristalizar en el canal del globo.
- En caso de retención de orina con sobre distensión al realizar el sondaje vesical no debemos evacuar el contenido total de la vejiga (cuando exceda de 500 ml en adultos) realizando pinzamientos intermitentes cada 400-500 ml hasta el vaciado completo para evitar hemorragias exvacuo.

[27] Hospital de Buenos Aires. 2013. Recomendaciones del Comité de Control de Infecciones. p. 2-6

- Siempre que sea posible, retirar la sonda a medianoche en vez de por la mañana, ya que se asocia a un mayor volumen de orina en la primera micción, y en una recuperación más temprana de las pautas urinarias normales.[28]

3.12.5. Procedimiento del sondaje vesical

3.12.5.1. Cateterización vesical en pacientes del sexo masculino

1. La enfermera informa al paciente del procedimiento que se le va a realizar, el motivo, los beneficios y su participación.
2. Proporciona privacidad cerrando puertas y/o cortinas.
3. Prepara el material y equipo, seleccionando la sonda vesical que va a utilizar.
4. Se lava las manos.
5. Coloca al paciente en decúbito dorsal.
6. Retira el pantalón y deja al paciente cubierto con una sábana o protector.
7. Coloca el protector de cama y el cómodo al paciente.
8. Se lava las manos.
9. Coloca a un costado de la cama la bolsa recolectora de orina para tenerla lista al momento de conectarla a la sonda.
10. Se coloca cubrebocas, gorro, bata y guantes estériles 2 pares.
11. Realiza asepsia aplicando solución antiséptica: sujeta el pene del paciente en posición vertical, toma la pinza con una gasa montada impregnada con solución antiséptica, retrae el prepucio para hacer una asepsia completa con movimientos únicos circulares, de la parte superior y hacia abajo del cuerpo del pene, utilizando una gasa para cada movimiento. Repite la asepsia 3 veces.
12. Retira el excedente de solución antiséptica con solución de irrigación.
13. Se retira un par de guantes.

[28] Agencia de calidad de Sanitaria de Andalucía. 2016. Protocolo cuidado y mantenimiento sonda vesical. p. 4

14. Coloca los campos estériles, dejando expuesto únicamente el pene.
15. Llena la jeringa con agua estéril suficiente para la capacidad del globo (sondas de adultos 10 cc, niños 3 cc) y verifica la integridad del mismo.
16. Lubrica la punta de la sonda.
17. Procede a la introducción de la sonda con firmeza y suavidad, levanta el pene en un ángulo de 60 a 90 grados y con la mano que lo sostiene retrae el prepucio para visualizar el meato urinario e introduce la sonda, hasta observar la salida de la orina, en este momento pinza la sonda por arriba de la bifurcación.
18. Solicita frasco estéril a la persona que le está asistiendo y toma una muestra para urocultivo.
19. Verifica que la porción introducida abarque aproximadamente 24 cm de la longitud de la sonda vesical, considerando que la longitud de la uretra masculina es aproximadamente de 20 cm.
20. Pinza la porción correspondiente a la luz de drenaje de la sonda vesical y llena el globo con agua estéril.
21. Una vez inflado el globo hace una ligera tracción hasta mostrar resistencia con el propósito de comprobar que el balón está bien inflado.

3.12.5.2. Cateterización vesical en pacientes de sexo femenino

1. La enfermera informa al paciente del procedimiento que se le va a realizar, el motivo, los beneficios y su participación, si el caso lo permite.
2. Proporciona privacidad cerrando puertas y/o cortinas.
3. Prepara el material y equipo, seleccionando la sonda vesical que va a utilizar.
4. Se lava las manos.
5. Coloca al paciente en posición litotómica o ginecológica.
6. Coloca el cómodo y protector de cama a la paciente.
7. Se cubren las piernas de la paciente dejando únicamente descubierta la región perineal.

8. Se lava las manos.
9. Coloca a un costado de la cama la bolsa recolectora de orina para tenerla lista al momento de la conectarla a la sonda.
10. Se coloca cubrebocas, gorro, bata y guantes estériles 2 pares.
11. Realiza la asepsia tomando la pinza con una gasa montada impregnada con solución antiséptica, inicia de sínfisis púbica hacia abajo, es necesario separar los labios mayores y menores para hacer la asepsia completa, con movimientos de arriba hacia abajo únicos, utilizando una sola gasa en cada movimiento se repite la asepsia 3 veces.
12. Retira el excedente de solución antiséptica con solución de irrigación.
13. Se retira un par de guantes.
14. Coloca los campos estériles, dejando expuesta únicamente el área perineal.
15. Llena la jeringa con agua estéril, suficiente para la capacidad del globo (sondas de adultos 10 cc, niños 3 cc) y verifica la integridad del mismo.
16. Lubrica la punta de la sonda.
17. Visualiza el orificio de la uretra, que está localizado inmediatamente por arriba del orificio vaginal, 2.5 cm aproximadamente por debajo del clítoris, con forma circular, plegado.
18. Inicia la introducción de la sonda con firmeza y suma delicadeza; se debe tomar en cuenta que la uretra femenina mide aproximadamente 4 cm, la sonda vesical de la punta al balón mide 4 cm, por lo mismo, la orina fluye rápidamente, por lo que será necesario introducir 4 cm más para dejarla bien ubicada en la vejiga, pinzar la sonda.
19. Solicita el frasco a la persona que le está asistiendo y toma muestra para urocultivo.
20. Llena el globo de la sonda con agua estéril.
21. Una vez inflado el globo hace una ligera tracción hasta mostrar resistencia con el propósito de comprobar que el balón está bien inflado.
22. Conecta la bolsa recolectora y despinza la sonda.
23. Verifica que la sonda vesical quede segura y funcionando correctamente.

24. Fija la sonda, anota fecha de instalación, hora y nombre de la persona que realiza el procedimiento.
25. Recoge el material y equipo utilizado.
26. Se lava las manos.
27. Envía la muestra para el urocultivo.
28. Deja cómoda a la paciente y explica los cuidados que va a llevar para proteger su sonda y bolsa recolectora cuando esté en su cama, se traslade o se levante a caminar.
29. Hace las anotaciones en el expediente clínico, anotando la hora, fecha de instalación y volumen de la solución utilizada para inflar el globo. [29]

3.13. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

La infección del tracto urinario (ITU) es considerada generalmente como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. El origen bacteriano de la ITU es el más frecuente (80%-90%); en este caso, la definición exacta exige no solo la presencia de gérmenes en las vías urinarias, sino también su cuantificación en al menos 105 unidades formadoras de colonias (UFC)/ ml de orina.[30]

3.13.1. Infección urinaria asociada a sondaje

El problema más común asociado al uso de esta técnica son las infecciones del tracto urinario, siendo una de las infecciones nosocomiales más comunes, representando entre el 20 y el 40% del total de las infecciones adquiridas durante el ingreso hospitalario. El 80% de estas infecciones están asociadas al sondaje vesical. Se calcula que el 10% de las/os pacientes ingresadas/os en un hospital son sometidas/os a cateterismo vesical, y de ellas/os un 10% sufrirán una infección urinaria.

---

[29] Claudia Leija Hernández, Lucila Rojas Saldaña, Rebeca Becerril Rocha. 2010. Técnica de cateterización vesical. p. 116-118

[30] Juan Echevarría-Zarate, Elsa Sarmiento Aguilar, Fernando Osores-Plenge. 2012. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. p. 26

La infección es introducida generalmente por dos vías: vía intraluminal, por migración retrograda del sistema de drenaje, y la vía extraluminal, a través del “pasaje urinario”, el espacio existente entre la sonda y la uretra. No obstante, algunos autores señalan una tercera vía que concurriría en el momento del sondaje, mediante el arrastre hacia el interior de los microorganismos del extremo distal de la uretra.

En base a lo anterior se puede resaltar que las vías por las que los microorganismos alcanzan el tracto urinario son: Los que se encuentran en el meato urinario o en la parte más distal de la uretra pueden ser arrastrados hasta la vejiga al introducir la sonda, lo cual es poco frecuente. A través del espacio que hay entre la pared de la sonda y la uretra. Progresando por la luz de la sonda. Este mecanismo se reduce con el uso de sistemas de drenaje cerrados. [31]

Para evitar en lo posible la infección asociada a sondaje, se debe hacer uso de la sonda urinaria sólo si está indicado, utilizar una técnica de sondaje adecuada y, una vez colocada la sonda, prestarle los cuidados necesarios y retirarla cuanto antes.

Es por ello que se hace necesario, establecer protocolos que permitan: Estandarizar los criterios de actuación en la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical, reducir la variabilidad clínica con la incorporación de las mejores prácticas en la actividad asistencial diaria de las/os profesionales de enfermería, disminuir el riesgo de infección asociada a catéter vesical, garantizar los derechos de la/del usuaria/o en cuanto a seguridad, intimidad y confort y garantizar la continuidad asistencial en pacientes con sondaje permanente.

[31] José Manuel robles Brabezo. 2013. Cuidados de enfermería en el sondaje vesical: evaluación y mejora en las unidades médico quirúrgicas del hospital Rafael Méndez. p. 4-5

También existen factores intrínsecos, propios de del paciente, que pueden facilitar la infección urinaria asociada a sondaje: edad avanzada, sexo femenino, insuficiencia renal, diabetes mellitus, inmunodepresión, malformaciones, etc.[32]

3.13.2. Microorganismos relacionados a las infecciones por manipulación de sonda Foley

3.13.2.1. 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.[33]

3.13.2.2. 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

[32] Jiménez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa; Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño, Rosario et al. (2010). Protocolo de sondaje vesical. p. 6

[33] S. Martínez Gorostiaga. 2017. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. p. 2

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.[34]

3.13.2.3. 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 marcenses, Providencia stuartii, Staphilococcus coagulasa negativo, Cándida albicans.[35]

3.13.3. Prevención de infecciones del tracto urinario asociado a catéter urinario

- Mantener el sistema cerrado
- Minimizar la duración del cateterismo
- No es recomendado el uso rutinario de soluciones con antimicrobianos en lumen ni en bolsa de recolección
- El catéter vesical debe estar sujeto en el muslo evitando reflujo hacia la uretra
- El trayecto de las conexiones del recolector debe estar libre de acodaduras

[34] S. Martínez Gorostiaga. 2017. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. p. 3
[35] S. Martínez Gorostiaga. 2017. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. p. 4

- La bolsa recolectora se debe vaciar antes de que sobrepase la mitad de su capacidad
- En caso de traslado o movilización mantener pinzado la sonda para evitar el reflujo de la orina
- La conexión y la bolsa recolectora deben permanecer por debajo del nivel de la vejiga
- El catéter vesical no debe cambiarse de rutina, solo debe realizarse en las siguientes situaciones:
  - Mal funcionamiento del circuito
  - Contaminación del catéter por desconexión accidental
  - Infección urinaria a las 48-72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico.[36]

3.14. PROTOCOLO

Un protocolo, en términos generales, es definido como un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada tarea. Desde esta forma de ver las cosas, serían susceptibles de protocolizarse aquellas actividades físicas, verbales y mentales que son planificadas y realizadas por los profesionales, incluyéndose tanto actividades autónomas como delegadas.[37]

3.14.1. Objetivos del protocolo

- Estandarizar los criterios de actuación en la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical, incorporando la mejor evidencia disponible.
- Reducir la variabilidad clínica con la incorporación de las mejores prácticas en la actividad asistencial diaria de las/os profesionales de enfermería.
- Disminuir el riesgo de infección asociada a catéter vesical.

---

[36] Mónica Macal Arriaza. 2014. Investigación acción sobre técnica de colocación y manejo del catéter vesical en el hospital de Chiquimula. p. 21

[37] Sánchez Ancha, Yolanda; González Mesa, Francisco Javier; Molina Mérida, Olga; Guil García, María. 2009. Guía para la elaboración de protocolos. p. 3

- Garantizar los derechos de la/del usuaria/o en cuanto a seguridad, intimidad y confort.
- Garantizar la continuidad asistencial en pacientes con sondaje permanente.

3.14.2. Componentes de un protocolo

Por tanto, la estructura final de un protocolo, deberá contener todos y cada uno de los puntos que se tratan a continuación siendo además deseable que sigan el mismo orden.

- Fecha de elaboración y fecha de revisión
- Autores
- Revisores
- Introducción
- Definición/es
- Objetivos
- Ámbito de aplicación
- Población diana
- Personal que interviene
- Material
- Términos y definiciones
- Procedimiento
- Evaluación
- Bibliografía
- Anexos

Las instituciones sanitarias tienen la obligación de proporcionar a la ciudadanía una atención de la máxima calidad. Una de las formas que tenemos para hacer efectiva esta obligación, es tratar de que nuestra práctica profesional esté basada en la mejor información científica disponible, o lo que es lo mismo en la evidencia. La forma de integrar evidencia científica y protocolo, es mediante la

búsqueda del apoyo bibliográfico adecuado en aquellos puntos en los que puedan darse distintos criterios de actuación.[38]

3.15. MANIPULACIÓN DE PACIENTES CON SONDA FOLEY

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos; las siguientes son indicaciones para la cateterización vesical.

- Retenciones urinarias por obstrucciones de la uretra.
- Intervenciones quirúrgicas: permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
- Control de la diuresis: control de la cantidad de la diuresis.
- Tratamientos terapéuticos: mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes en situaciones especiales, como es el caso del tratamiento de escaras, ulceras o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil manejo.
- Recogida de muestras estériles.
- Introducir medicamentos con fines exploratorios o terapéuticos.

3.15.1. Personal que interviene

- Enfermera/o, que realizara la técnica estéril.
- Auxiliar de Enfermería, que realizara la técnica no estéril.

El personal debe de estar capacitado para la realización de la técnica, así como disponer por escrito de las normas de calidad para el uso del catéter, su inserción y el mantenimiento.[39]

[38] Sánchez Ancha, Yolanda; González Mesa, Francisco Javier; Molina Mérida, Olga; Guil García, María. 2009. Guía para la elaboración de protocolos. p. 5-10
[39] http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/

3.15.2. Material Necesario

- Mesa auxiliar, carro o batea.
- Cuna.
- Guantes 1 de manipuleo y 1 estériles.
- Agua, jabón y gasas estériles.
- Solución de Clorhexidina al 0,02%.
- Paño estéril.
- Lubricante hidrosoluble (lidocaína).
- Una jeringa de 10 CC.
- Ampolla de agua destilada 10 CC estéril, para inflar el globo o balón de la sonda.
- Sonda vesical estéril. Tipo y número según necesidad.
- Bolsa colectora estéril de circuito cerrado.
- Colgador de bolsa de orina.

3.15.3. Actividades de Valoración

- Confirmar la identificación de la/del paciente: preguntar su nombre y apellidos completos al propio paciente y/o la familia, verificar los datos de la historia clínica.
- Identificación de las/los profesionales sanitarios que van a intervenir en el procedimiento.
- Exploración física

1. Utilizar sondajes solo cuando sea necesario
2. Aspecto del meato, uretrorragia, coágulos, etc.
3. Selección del tipo y tamaño de sonda más adecuado.

Utilizar la sonda de menor calibre posible: las sondas vesicales de pequeño calibre, con un balón de 10 ml, que permitan un drenaje efectivo, minimizan el trauma uretral, la irritación de la mucosa y la presencia de residuos vesicales,

factores que predisponen a la infección asociada a catéter. Sin embargo, en aquellas/os pacientes que han sido intervenidas/os recientemente de cirugía urológica, el catéter seleccionado debe tener un mayor calibre para facilitar la salida de los coágulos de sangre.

3.15.4. Actividades de formación y/o información

- Utilizar un lenguaje acorde y adecuado al nivel cultural/intelectual de las/los pacientes, y en el caso de información escrita o recomendaciones, se confeccionarán utilizando un lenguaje claro y sencillo, sin tecnicismo que puedan dar lugar a confusión Toda documentación escrita debe ser considerada como un complemento de la información verbal y personalizada que el responsable de la aplicación de la técnica debe de ofrecer a las/los usuarios/familias.
- Informar a la/al paciente del procedimiento a realizar, ofreciendo siempre la posibilidad que exprese sus dudas y temores.
- Escucha activa.
- Reflejar en la historia clínica que se ha informado a la/al Paciente y/o familia, anotando cualquier incidencia destacable.[40]

3.15.5. Actividades de intimidad y confidencialidad

- Durante el procedimiento, estarán presentes exclusivamente los profesionales necesarios para la realización de la técnica. En casos excepcionales, se valorará la presencia de profesionales en formación, siempre y cuando la/el paciente esté informada/o y haya dado explícitamente su conformidad, evitando así situaciones incomodas o violenta para la/el propia/o usuaria/o.

[40] Coloplast–División de Incontinencia. 2012. Guía del sondaje vesical intermitente. Madrid: Coloplast Productos MédicosSA

- Realizar la información en un lugar reservado, preservando la intimidad y privacidad de la misma.
- Si es posible, realizar la técnica en un lugar aislado y separado de otras/os pacientes. Si no fuera posible, aislar a la/al paciente mediante cortinas divisorias o biombos.
- Tratar toda la información y documentación de la/del paciente con confidencialidad.
- Mantener puertas cerradas durante la realización del procedimiento.[41]

3.16. MANEJO DE PACIENTES CON CISTOSTOMÍA

3.16.1. Cistostomía

Una cistostomía suprapúbica es una cirugía que se hace para crear una estoma (apertura) en su abdomen y vejiga. Esta apertura es por donde se mete un catéter para drenar la orina. La orina es excretada por los riñones y pasa por los uréteres. Se almacena por un corto tiempo en la vejiga antes de salir por la uretra. Si la orina no es drenada, puede llevar a infecciones del tracto urinario y otros problemas. La cirugía de cistostomía debe hacerse porque el flujo de la orina está bloqueado. Puede ser necesario para hombres que tiene una próstata crecida o lesionada. Puede también ser necesaria para personas que tienen una lesión del tracto urinario y otras condiciones.[42]

3.16.2. Manejo de sonda de cistostomía

3.16.2.1. Equipo

- Guantes estériles
- Un paquete de gasa
- Solución salina
- Esparadrapo

[41] Coloplast–División de Incontinencia. 2012. Guía del sondaje vesical intermitente. Madrid: Coloplast Productos MédicosSA

[42] https://www.drugs.com/cg_esp/cistostom%C3%ADasuprap%C3%BAbica-e-inserci%C3%B3n-de-cat%C3%A9ter-aftercare-instructions.html

- Drenaje cerrado (Cistofló)
- Gramurio

3.16.2.1. Procedimiento

- Aliste el equipo y lluévelo a la unidad del paciente.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Lévese las manos.
- Colóquese los guantes
- Retire el material sucio y deséchelo en el material para tal fin.
- Cámbiese los guantes.
- Realice curación en el orificio de la entrada de la sonda de cistostomía, con solución salina utilizando técnica aséptica.
- Cubra el orificio de entrada de la sonda de cistostomía con gasa seca y estériles.
- Inmovilice la sonda de cistostomía.
- Cuantifique lo drenado por sonda a Cistofló.
- Recoja el equipo y déjelo limpio.
- Registre en la hoja de control de líquidos características y cantidad de lo eliminado.

3.16.2.3. Precauciones

- Se debe realizar cambio de sonda y Cistofló al mismo tiempo o según necesidad.
- No levantar el Cistofló por encima de la región suprapúbica.[43]

3.16.2.4. Cuidados posteriores

- Situar la bolsa en su soporte asegurando que quede siempre por debajo del nivel de la vejiga y que el tubo no esté acodado.
- Revisar el circuito para detectar posibles fugas.

[43] http://www.ccoporvenir.com/wp/wp-content/uploads/2015/11/GEGenito urinario.pdf

- Vaciar la bolsa cuando este a mitad de su capacidad, evitando que el grifo roce con zonas contaminadas.
- Revisar en cada cambio el aspecto de la piel.
- Vigilar torsión, pinzamiento y desconexión del sistema colector externo.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de infección.
- Comunicar al facultativo cualquier anomalía que se observe en relación a la cantidad y aspecto de la orina.
- Curar diariamente, siempre que esté manchado o por indicación facultativa.
- El catéter debe ser cambiado al menos cada 90 días, dependiendo del material utilizado y/o la indicación facultativa.[44]

[44] Hospital general universitario Gregorio marañón (2009).Cistostomíasuprapúbica. p. 6

CAPITULO IV

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un enfoque cuali-cuantitativo.

4.1.1. Cualitativo

La investigación cualitativa es aquella que utiliza preferente o exclusivamente información de tipo cualitativo y cuyo análisis se dirige a lograr descripciones detalladas de los fenómenos estudiados.[45]

La presente investigación es cualitativa ya que permitirá apreciar, valorar y determinar la situación real de los cuidados, prácticas y actitudes del personal de enfermería en el manejo de los catéteres vesicales de pacientes del servicio de internación de la clínica Copacabana.

Cuida aspectos relacionados al comportamiento, conducta y conceptos.

4.1.2. Cuantitativo

La investigación cuantitativa, en cambio, es aquella que utiliza preferentemente información cuantitativa o cuantificable (medible).[46]

A su vez, la investigación llega a ser cuantitativa puesto que se mide a través de porcentajes las repuestas del cuestionario y la lista de cotejo al personal auxiliar de enfermería en base a los protocolos establecidos en el cuidado y manejo de los catéteres vesicales de pacientes.

Cuida aspectos numéricos y estadísticos.

[45] Centty D. Arequipa. 2012. Manual Metodológico para el Investigador Científico. p. 1
[46] Centty D. Arequipa. 2012. Manual Metodológico para el Investigador Científico. p. 1

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN SEGÚN LA OCURRENCIA DE LOS HECHOS

Según la ocurrencia de los hechos la investigación es de tipo retro prospectivo.

4.2.1. Retro prospectivo

Según el momento de ocurrencia de la información en relación con el inicio del estudio, cuando se realiza estudio el efecto ya ha sucedido.[47]

Según el tiempo ocurrido, permitió recabar información referente al tema de investigación como ser datos estadísticos, información institucional de la clínica Copacabana. También al aplicar el pre test se obtuvo datos que han permitido identificar los factores desencadenantes de la bacteriuria cuyos efectos nocivos pueden ser tales afectando a otros órganos como la uretra, vejiga, riñones hasta causar fallas a nivel sistémico.

4.2.2. Prospectivo

Cuando se planea recoger una variable después del inicio del estudio.[48]

Según el tiempo de concurrencia de los hechos la investigación prospectiva permitirá la observación de los sucesos y como estos se van dando antes y después de la aplicación de los protocolos de manejo y cuidado de pacientes con catéteres urinarios.

4.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN SEGÚN EL ALCANCE DE LOS RESULTADOS

4.3.1. Analítico

Se efectúa una separación entre las distintas partes que la cosa, con la finalidad de conocer sus elementos o principios…Un análisis presupone la síntesis o

[47] Centty D. Arequipa. 2012. Manual Metodológico para el Investigador Científico. p. 1
[48] Laura Martínez García. Tipos de diseños de investigación. 2012

viceversa. Análisis y síntesis son plenamente correlativos y absolutamente inseparables, no se puede hablar de uno sin el otro.[49]

Permitirá el análisis de los conocimientos, prácticas y actitudes del personal auxiliar de enfermería respecto de los cuidados de catéteres vesicales en pacientes de la Clínica Copacabana.

Por consiguiente, esta investigación permitirá el análisis y relación de variables, como el cambio o mejoramiento en los cuidados de los catéteres urinarios y la eficiencia de la aplicación de los protocolos en el personal auxiliar de enfermería.

4.3.2. Descriptivo

Estos estudios describen la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud.

Los datos proporcionados por estos estudios son esenciales para los administradores sanitarios, así como para los epidemiólogos y los clínicos.[50]

Desde el punto de vista cognoscitivo su finalidad es describir y desde el punto de vista estadístico, su propósito estimar parámetros. En este tipo de estudio ya existe una selección de variables.[51]

La investigación descriptiva permite la identificación y descripción de las variables del estudio, el conocimiento del personal auxiliar de enfermería y las prácticas y actitudes de los pacientes sometidos a catéteres urinarios.

4.4. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas empleadas para la recolección de datos es la observación y la encuesta, que por medio de estas se puede obtener información confiable para el tema de investigación.

[49] Navarro Ameller Juan Manuel PH. D. 2016. Metodología Jurídica. Sucre Bolivia. p. 232
[50] Pita Fernández S. 2015. Tipos de estudios clínico epidemiológicos. p. 14
[51] Domínguez. 2015. Metodología de la Investigación. p. 54

4.4.1. La encuesta

La encuesta se aplicó a todas las auxiliares enfermeras que trabajan en los diferentes turnos de la Clínica Copacabana. Para determinar conocimientos teóricos prácticos acerca del cuidado de catéteres vesicales en la Clínica Copacabana.

4.4.2. Observación

La observación se concretó con la aplicación de la lista de cotejo para evaluar conocimientos teóricos prácticos del personal auxiliar de Enfermería acerca del cuidado de catéteres vesicales. Así como también para evaluar la aplicación de los protocolos propuestos para la clínica Copacabana.

4.5. INSTRUMENTOS

4.5.1. Cuestionario

El cuestionario está elaborado en forma de pre y post test con preguntas cerradas y de elección múltiple aplicada al personal auxiliar de enfermería, en un total de 24 auxiliares de enfermería.

4.5.2. Lista de Cotejo

La lista de cotejo se aplicó al personal auxiliar de enfermería para evaluar conocimientos teóricos prácticos acerca del manejo y cuidado de pacientes con catéter urinarios. Así mismo se aplicó también para evaluar los procedimientos de aplicación de los protocolos propuestos.

4.6. FUENTES DE INFORMACIÓN

4.6.1. Fuente primaria

La fuente de recolección de datos y/o información primaria fueron obtenidos del personal en estudio constituida por las auxiliares de enfermería.

4.6.2. Fuente secundaria

Se basa principalmente en el trabajo de archivo, que consiste en la consulta de fuentes escritas: libros, internet, lista de cotejo, manual y folletos.

4.7. UNIVERSO Y MUESTRA

4.7.1. Universo

El universo de estudio es la Clínica Copacabana de la provincia Cercado del Departamento de Cochabamba

4.7.2. Población

Siendo para el presente estudió la población constituida por 24 Auxiliares de Enfermería, que representa el 100% de la población de estudio, quienes realizan el cuidado y la manipulación de los catéteres vesicales (sondas Foley) durante la estadía hospitalaria de los pacientes sometidos a estos procedimientos.

4.7.3. Muestra

Para el presente estudio, la muestra está constituida por la totalidad de la población que son 24 auxiliares de Enfermería. Por tanto, no se aplicó ningún criterio de selección de muestra.

4.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- Elaboración del perfil de investigación.
- Aprobación del perfil de investigación.
- Solicitud escrita a la administración de la clínica Copacabana de la ciudad de Cochabamba para la autorización de la presente investigación.
- Búsqueda de la información y recolección de datos mediante un acercamiento, al personal de enfermería de la clínica Copacabana, con el fin de motivarles a ser parte de la investigación dándoles a conocer los objetivos de la misma, con la aplicación del pre test.

- Elaboración de protocolos de enfermería para el manejo y cuidado de pacientes con catéteres vesicales.
- Entrega de protocolos de enfermería para el manejo y cuidado de pacientes con catéter urinario, a la jefa de enfermeras de la clínica.
- Realización de talleres y sesiones educativas dirigidas al personal auxiliar de enfermería sobre la aplicación de protocolos de enfermería para el manejo y cuidado de pacientes con catéteres urinarios.
- Aplicación del cuestionario (post test)
- Se realiza la tabulación de los resultados del cuestionario (pre y post test).
- Elaboración de las gráficas porcentuales con el respectivo análisis de los resultados obtenidos con el programa de Excel.
- Elaboración de la lista de cotejo en base a los protocolos de enfermería.
- Aplicación de la lista de cotejo en base a los protocolos al personal auxiliar de enfermería.
- Tabulación de los resultados de la evaluación de la lista de cotejo.
- Elaboración de las gráficas porcentuales con el respectivo análisis de los datos obtenidos.
- Se elabora y entrega el informe por escrito de los resultados de la aplicación de la lista de cotejo en base a protocolos, a la jefa de enfermeras de la clínica.
- Elaboración y presentación del informe final con las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO V

CAPÍTULO V

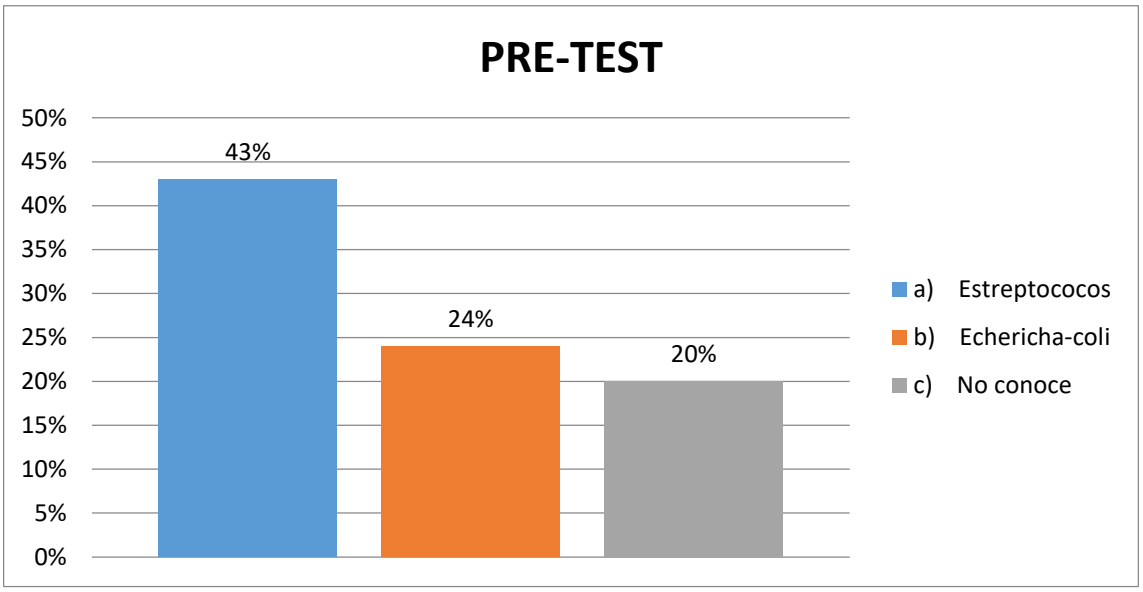
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

5.1. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS PRE TEST Y POST TEST

Una vez aplicado los instrumentos de recolección de la información, se procedió a realizar la sistematización correspondiente para el análisis de los mismos, tomando en cuenta que la información que arroje será la que indique las conclusiones a las cuales llega la presente investigación.

GRÁFICO 1

AGENTE CAUSAL DE LA ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



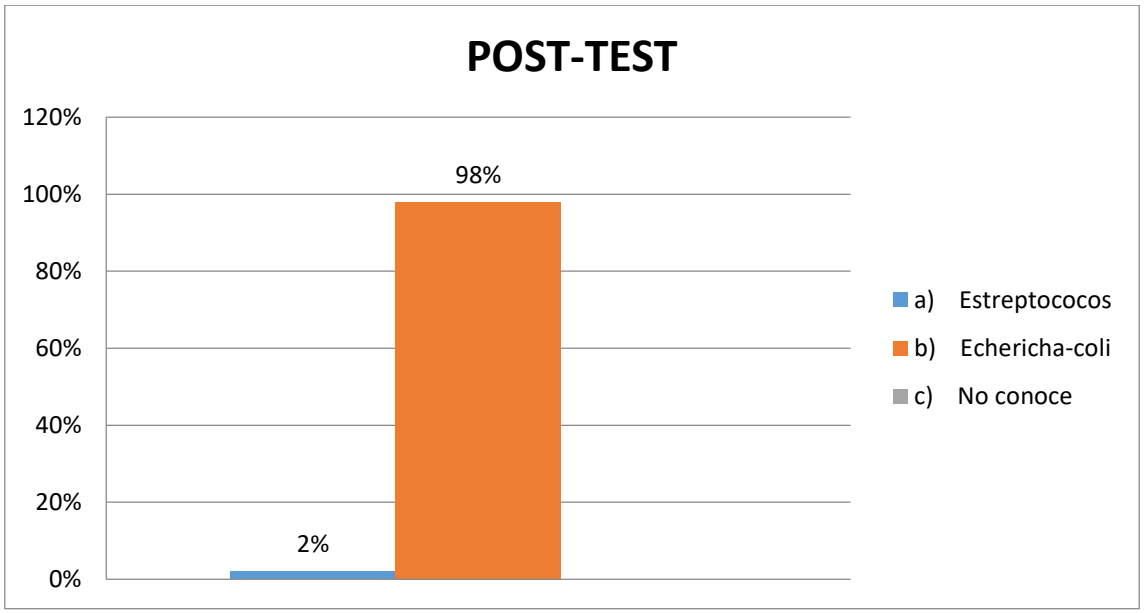
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

El 43% de los encuestados considera que la causa principal de la ITU es Estreptococos, el 24% manifiestan que la causa es Echericha-coli, y el 20% no tiene conocimiento.

GRÁFICO 2

AGENTE CAUSAL DE LA ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

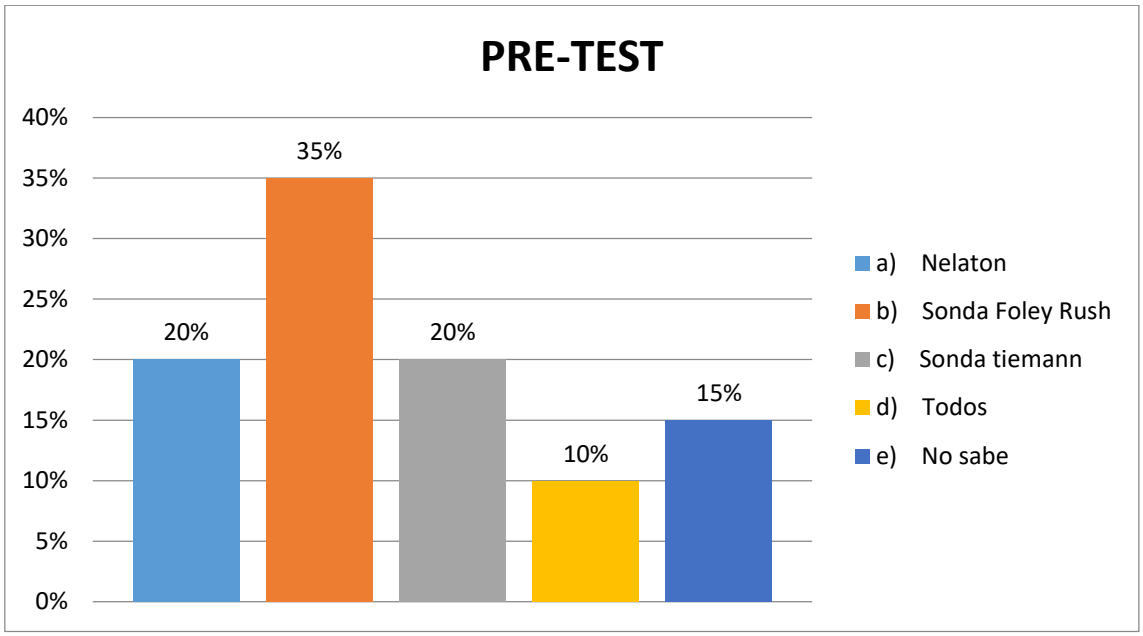
Análisis e interpretación de datos:

En el post test se observa que el personal ya tiene conocimiento exacto sobre las causas del ITU.

El 2% de los encuestados considera que la causa principal de la ITU es Estreptococos y el 98% manifiestan que la causa es Echericha-coli. Según la bibliografía la EscherichiaColi es el germen causal que se encuentra con más frecuencia en especial en las IU ambulatorias no complicadas (80-90%). El resto de las infecciones son producidas por otras enterobacterias como el Proteusmirabilis y Klebsiellaspp.

GRÁFICO 3

TIPO DE SONDA MÁS USADO PARA EL CATETERISMO SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



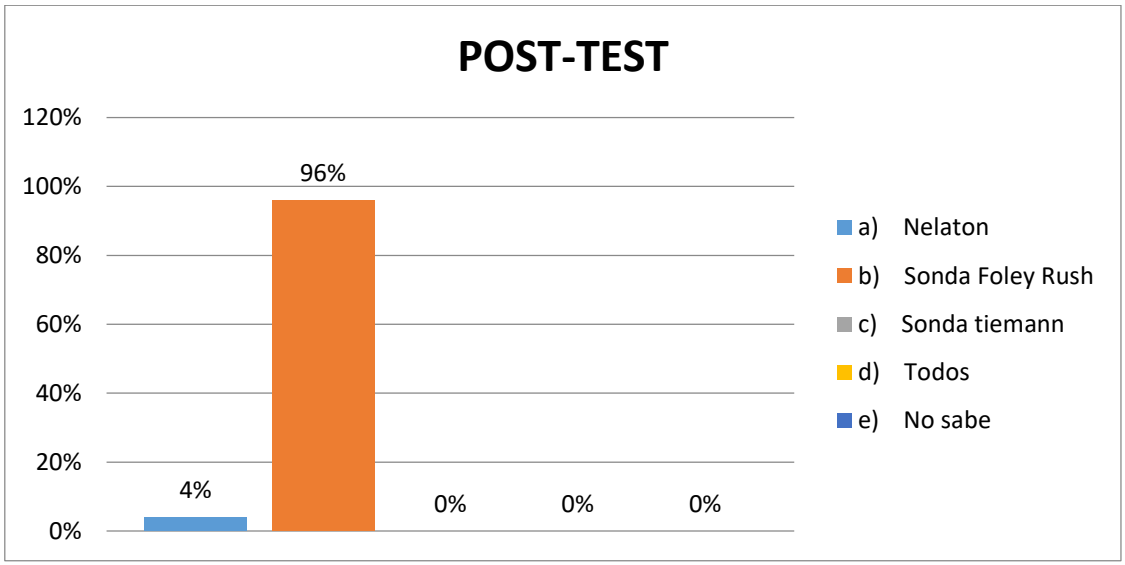
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

De la población encuestada el 35% indica que la soda más usada es la sonda Foley, 20% refiere que la sonda Nelaton; 20% dice que la sonda Tiemann, un 10% considera que se usan todas y el 15% no sabe.

GRÁFICO 4

TIPO DE SONDA MÁS USADO PARA EL CATETERISMO SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

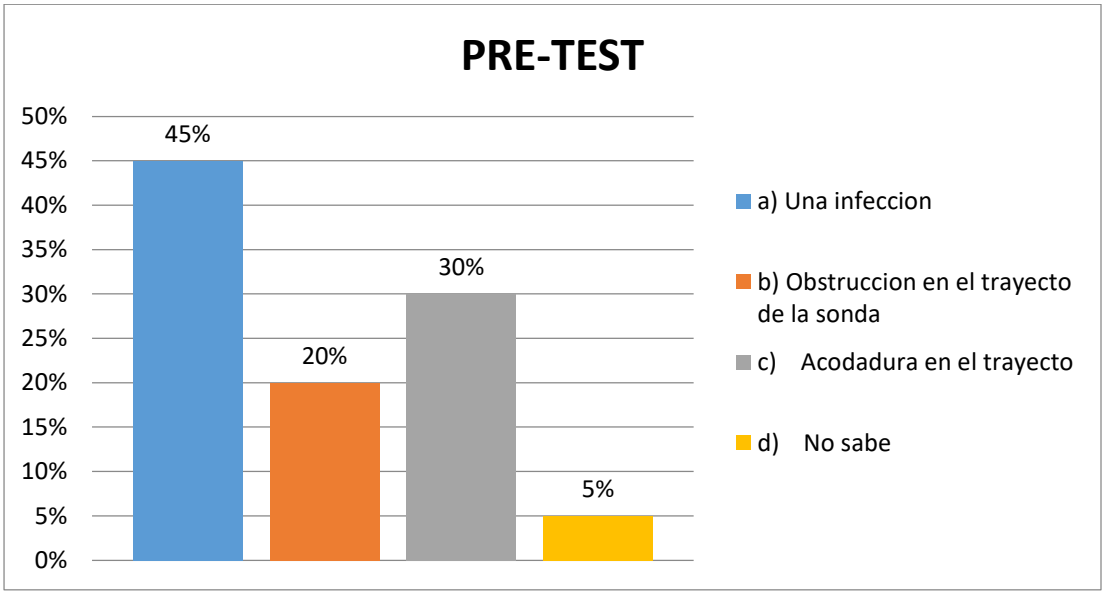
Análisis e interpretación de datos:

Una vez realizada la educación y aclarando las características de los catéteres urinarios un 96% de la población logra identificar a la sonda Foley tipo Rush como la más usada en la clínica, un 4% todavía considera a la Nelaton como la más usada.

Según se observó en la institución la sonda de uso preferencial es la sonda Foley tipo Rush, por lo que el personal auxiliar requiere mayor conocimiento e información al respecto; sin embargo se puede indicar que han mejorado los conocimientos.

GRÁFICO 5

RESPUESTA DE LA POBLACIÓN SOBRE LA CAUSA PRINCIPAL DEL BLOQUEO DE FLUJO URINARIO EN UN PACIENTE CON SONDA FOLEY CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



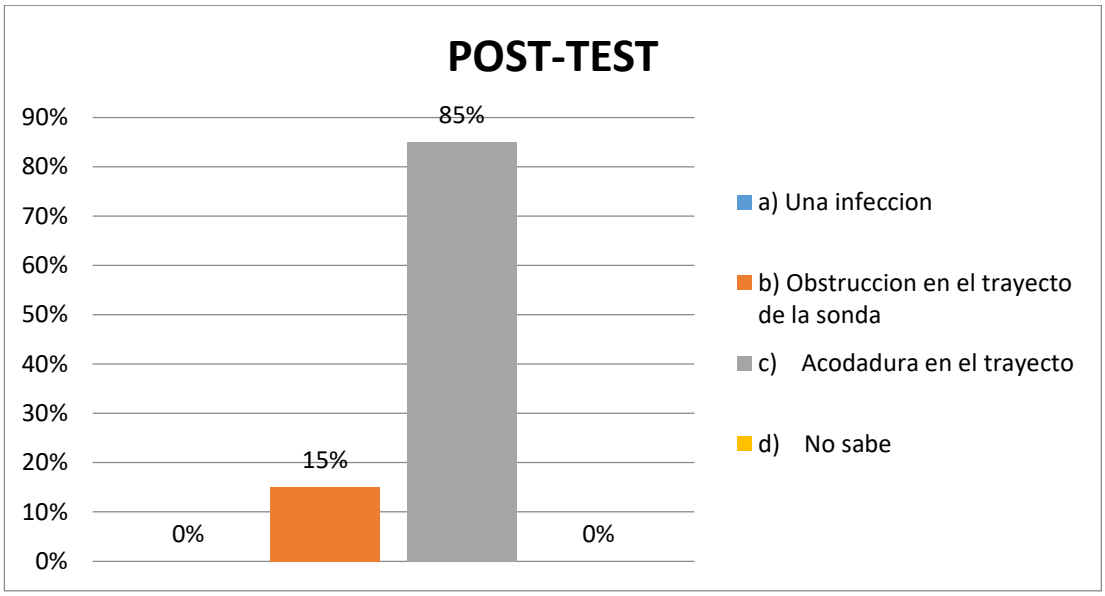
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

Según el grafico se muestra que el 45% de los encuestado considera que la causa principal del bloqueo de flujo urinario en un paciente con sonda Foley, es la retención urinaria, el 30% una acodadura en el trayecto, el 20% cree que la infección es la causa y el 5% desconoce de las causas.

GRÁFICO 6

RESPUESTA DE LA POBLACIÓN SOBRE LA CAUSA PRINCIPAL DEL BLOQUEO DE FLUJO URINARIO EN UN PACIENTE CON SONDA FOLEY CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

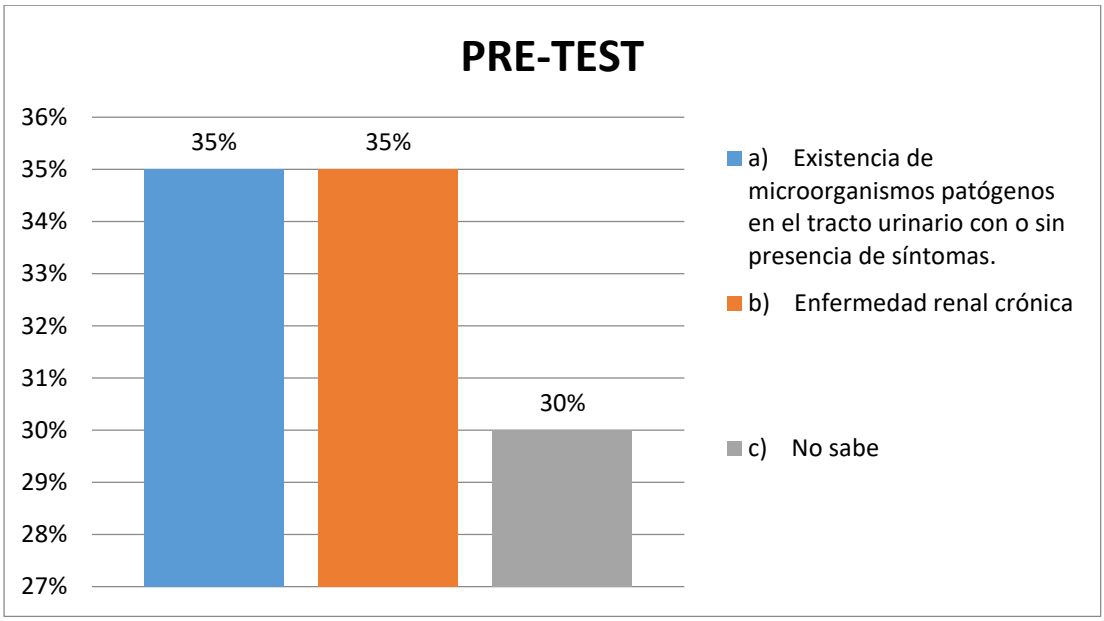
Análisis e interpretación de datos:

Posterior a la educación, los datos muestran que el 85% de la población indica que la acodadura en el trayecto de la sonda es la principal causa de bloqueo de flujo urinario y el 15% aún persiste con la Obstrucción en el trayecto de la sonda.

Se evidencia que los conocimientos fueron mejorando, sin embargo, aún existe la necesidad de continuar con la capacitación.

GRÁFICO 7

DEFINICIÓN DE ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



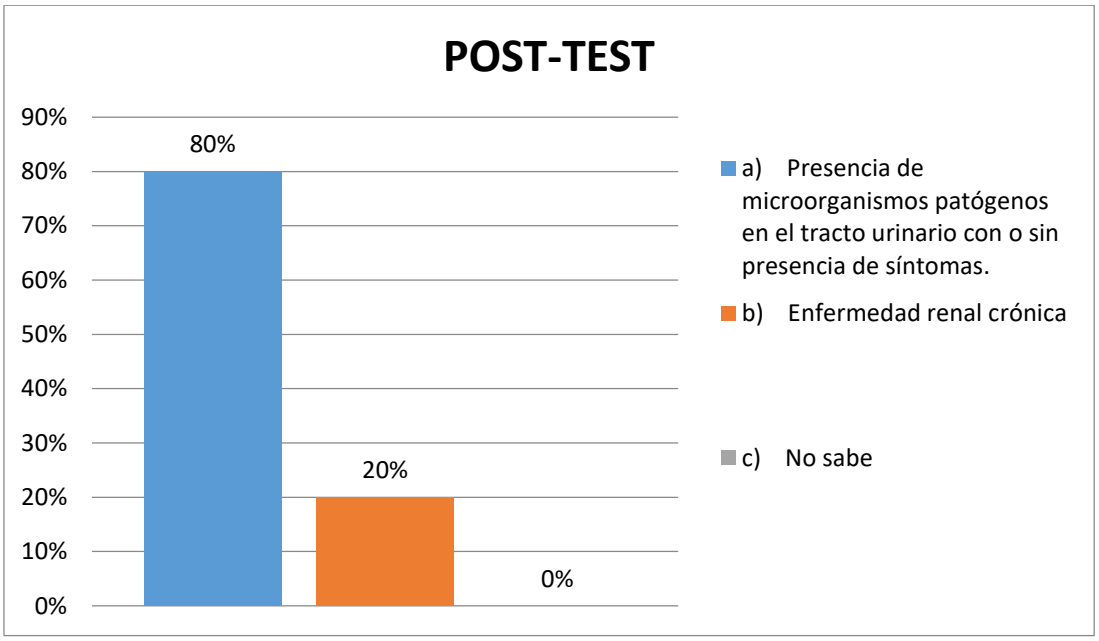
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

Los resultados de la encuesta reportan que el 35% indica que la ITU es considerada generalmente como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntoma, otro porcentaje similar considera que la ITU es una enfermedad renal crónica, y el 30% no conoce.

GRÁFICO 8

DEFINICIÓN DE ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

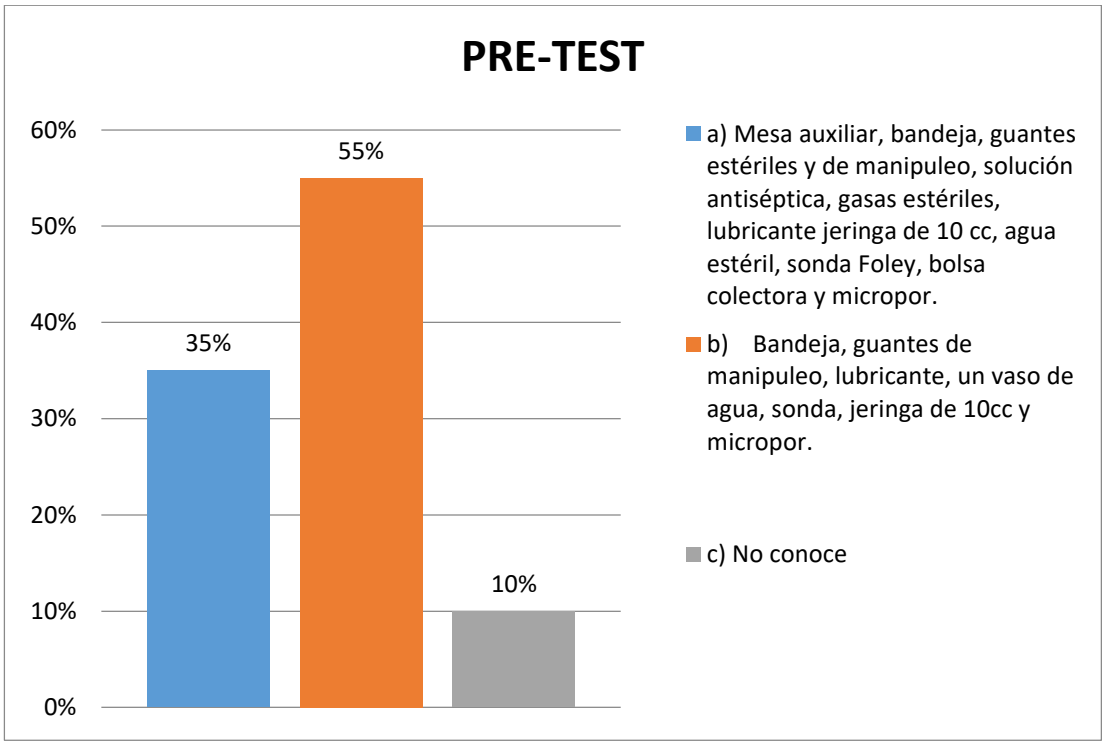
Análisis e interpretación de datos:

Posterior a la educación el 80% indica que la ITU es considerada como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntoma, el 20% aun considera la infección del tracto urinario como enfermedad renal crónica.

Se evidencia que el personal auxiliar de enfermería mejora sus conocimientos; es preciso continuar con la educación para capacitar al personal auxiliar de enfermería, así se pueda brindar cuidados fundamentados en conocimientos científicos precisos.

GRÁFICO 9

MATERIALES INDISPENSABLES EN LA COLOCACIÓN DE LA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



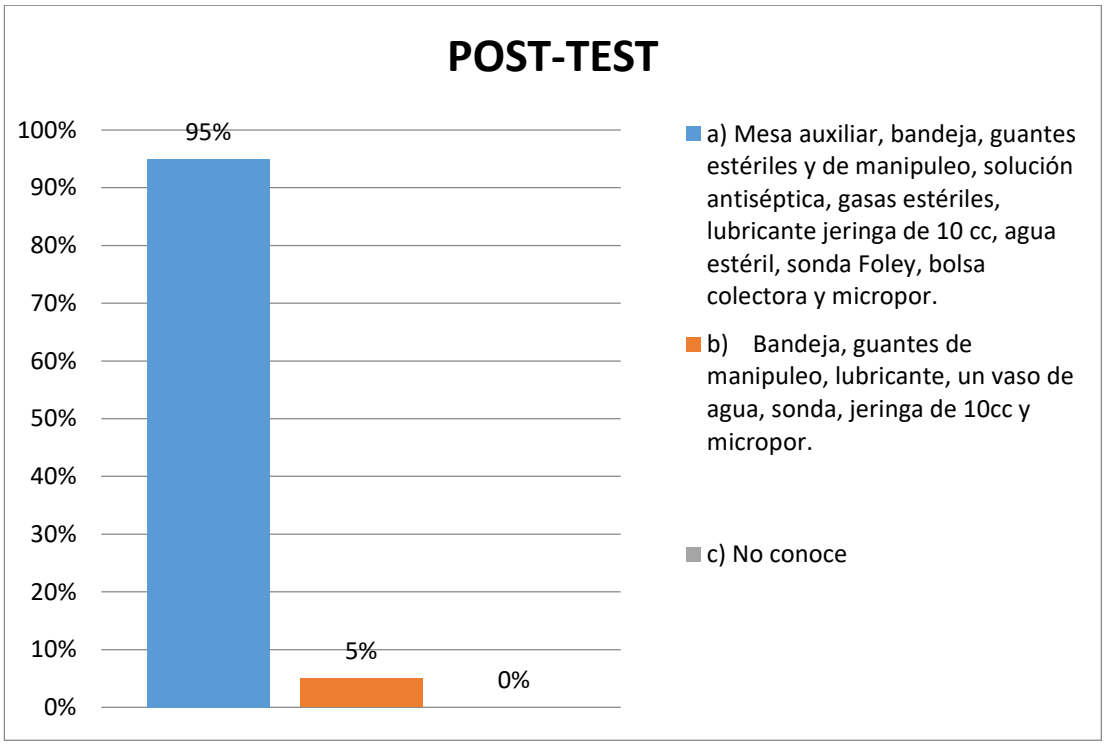
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

El 35% responde correctamente respecto del material necesario para la instalación de una sonda Foley, el 55% elige la opción b que hace referencia solo a algunos insumos y el 10% desconoce. Toda esta situación plantea la necesidad de hacer educación puesto que el desconocimiento de los insumos necesarios puede llevar a cometer errores y pérdida de tiempo en la realización de los procedimientos.

GRÁFICO 10

MATERIALES INDISPENSABLES EN LA COLOCACIÓN DE LA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

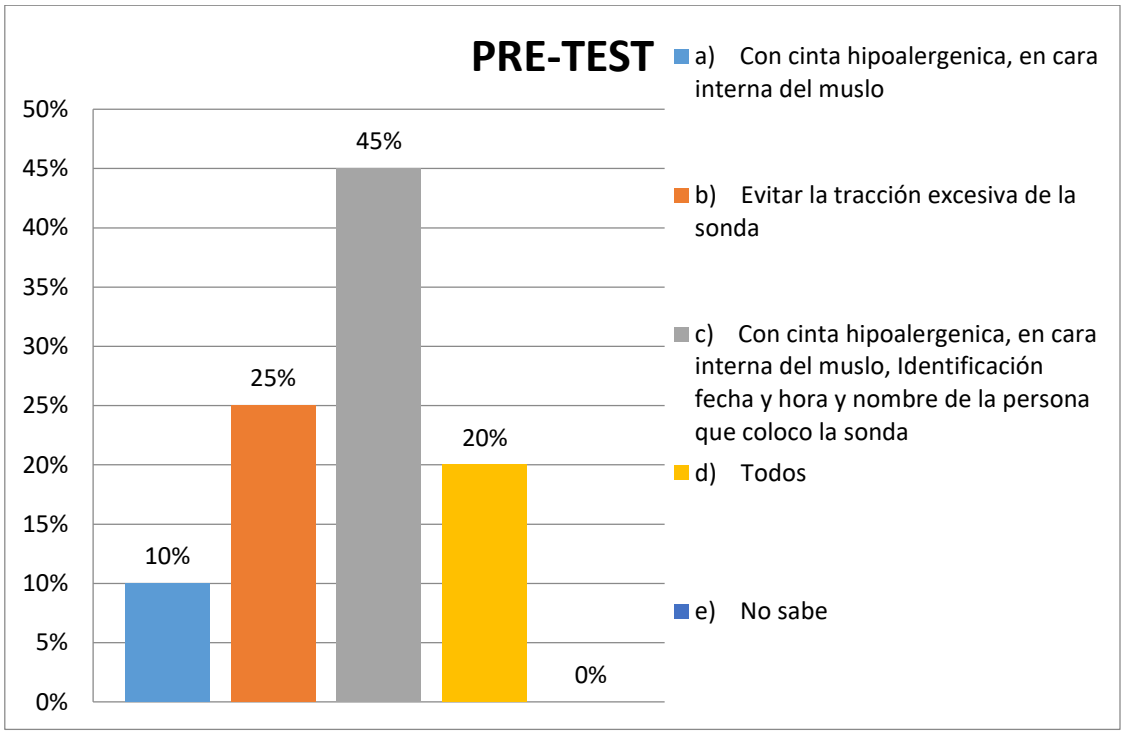
Análisis e interpretación de datos:

Una vez que recibieron información, el personal auxiliar de enfermería respondió en un 95% correctamente y el 5% persiste en la falencia, esto plantea la necesidad de continuar con la educación y capacitación de dicho personal.

Se evidencia que los conocimientos fueron mejorando, sin embargo, aún existe la necesidad de continuar con la capacitación.

GRÁFICO 11

OPCIÓN CORRECTA PARA FIJAR LA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



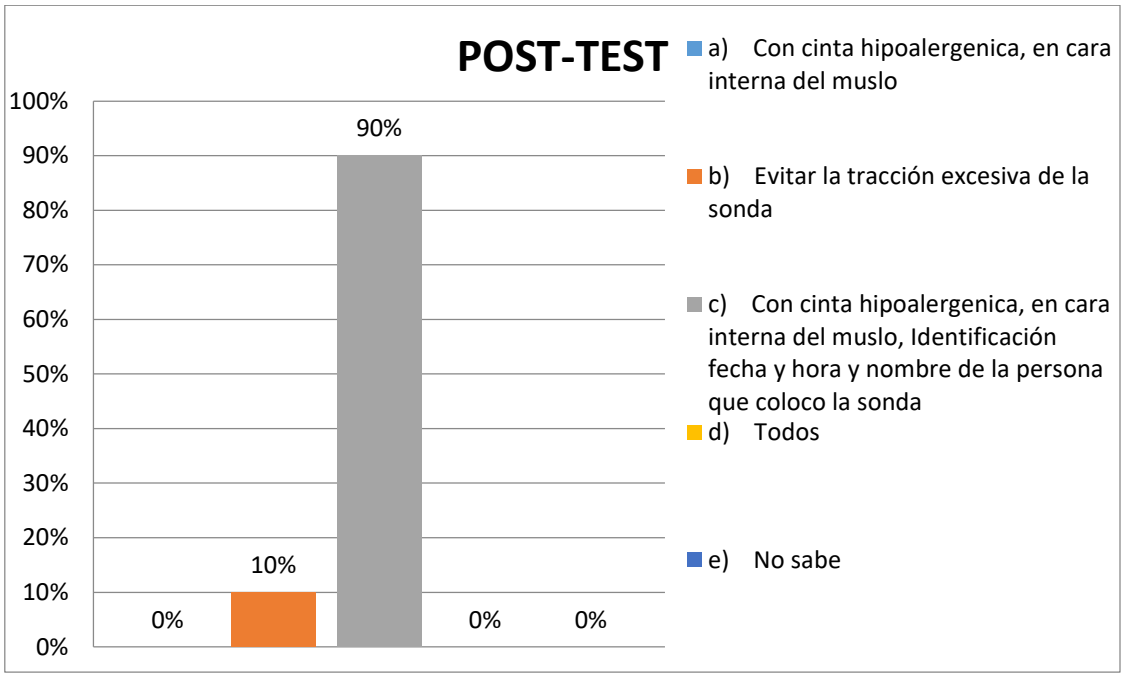
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

En los datos obtenidos se identificó que el 45% responde que una vez colocada la sonda Foley y la bolsa colectora la fijación se realizara con cinta hipo-alergénica, en cara interna del muslo, Identificación fecha y hora y nombre de la persona que coloco la sonda siendo esta la opción más correcta, el 25% considera evitar la tracción excesiva de la sonda, el 10% cree que con cinta hipoalergènica, en cara interna del muslo y el 20% todas las opciones. Se evidencia nuevamente la necesidad de educación y la unificación de criterios en el personal.

GRÁFICO 12

OPCIÓN CORRECTA PARA FIJAR LA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

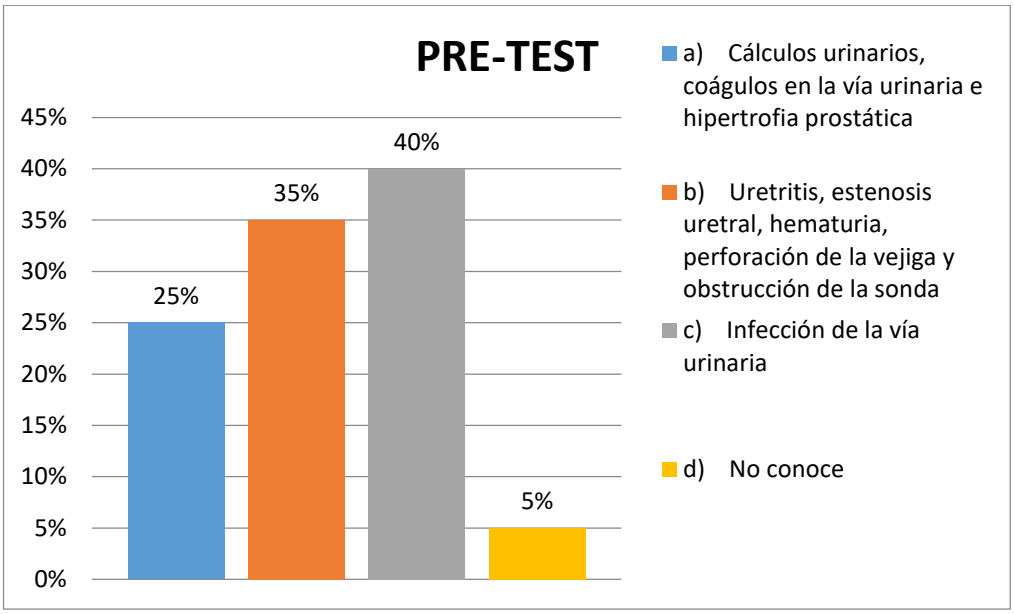
Análisis e interpretación de datos:

Luego de la capacitación el 90% del personal auxiliar de enfermería considera que todas las opciones como parte del procedimiento de fijación de la bolsa colectora, considerándose como la respuesta correcta y solo el 10% persiste con la opción b.

Se recomienda que, tras la inserción del catéter vesical y la unión de este al sistema recolector, se deban asegurar en una posición cómoda para el individuo. Esto previene el movimiento y la tracción uretral y conduce a mejorar la comodidad del paciente y a un buen drenaje de la vejiga.

GRÁFICA 13

COMPLICACIONES EN UN INADECUADO CUIDADO DE PACIENTES CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

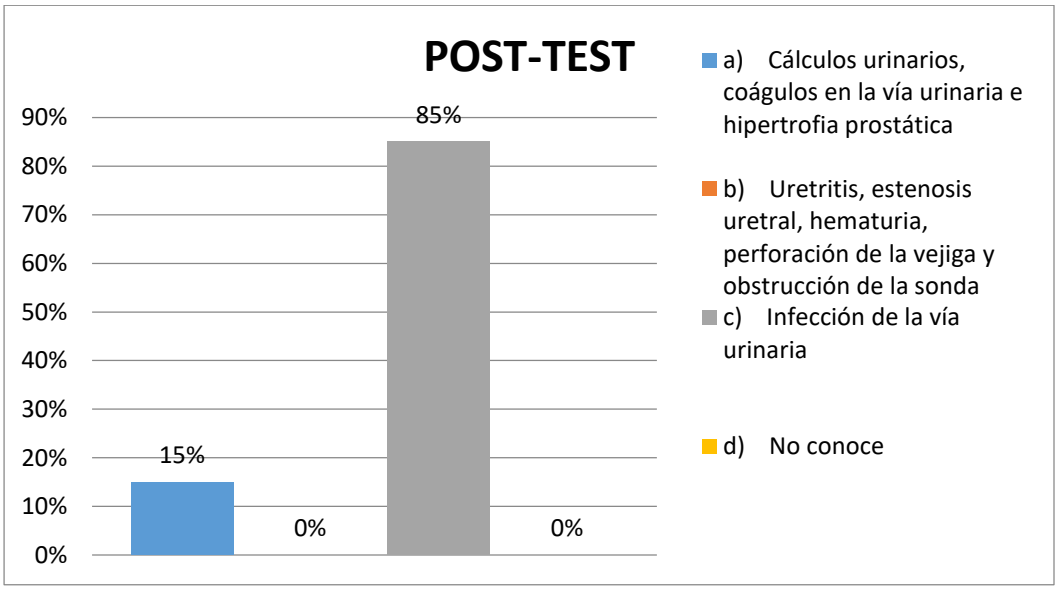
Análisis e interpretación de datos:

El 40% de la población encuestada considera que una de las complicaciones que trae un inadecuado cuidado de la sonda Foley es infección de la vía urinaria, el 35% uretritis, estenosis uretral, hematuria, perforación de la vejiga y obstrucción de la sonda, 25% cálculos urinarios, coágulos en la vía urinaria e hipertrofia prostática y el 5% no conoce de las complicaciones.

Se evidencia la falta de conocimiento en el personal que está a cargo de los cuidados, razón por la que se debe impartir educación.

GRÁFICO 14

COMPLICACIONES EN UN INADECUADO CUIDADO DE PACIENTES CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

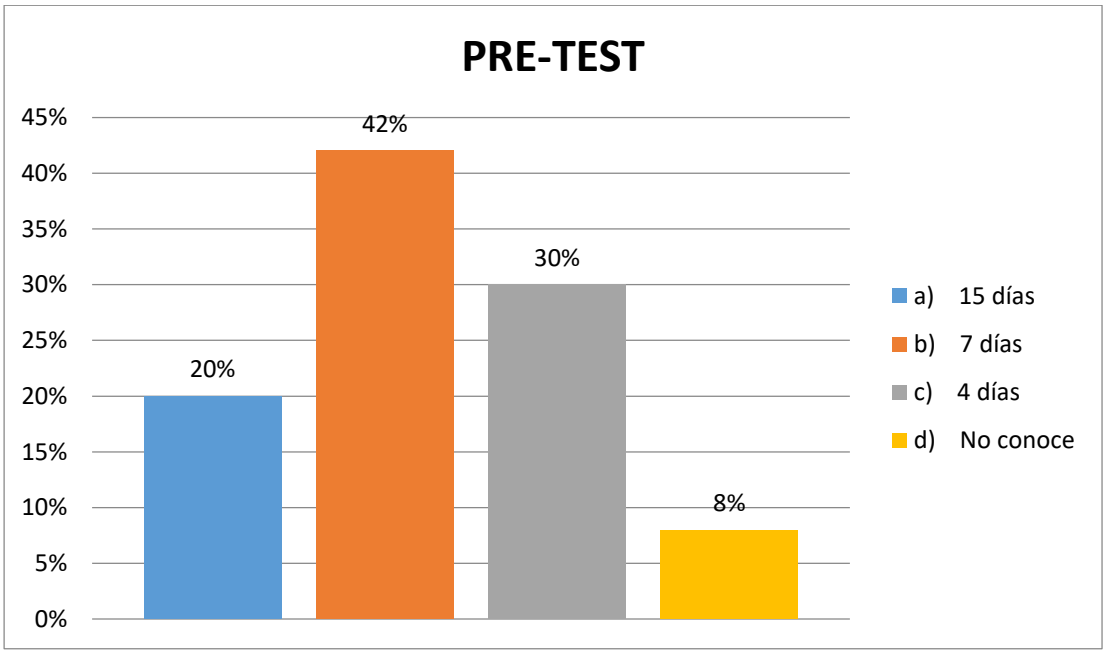
Una vez realizada las sesiones educativas un 85% de la población encuestada responde que la principal complicación un inadecuado cuidado de pacientes con sonda Foley es la infección de la vía urinaria, el 15% aun no aclaro los conocimientos.

Las complicaciones en un inadecuado cuidado de pacientes con sonda Foley pueden ser la perforación uretral (falsa vía) o vesical, infección urinaria, retención urinaria por obstrucción de la sonda, hematuria exvacuo, uretritis, incomodidad en el/la paciente, etc.

Se evidencia que los conocimientos fueron mejorando, sin embargo, aún existe la necesidad de continuar con la capacitación.

GRÁFICO 15

NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS DE PERMANENCIA DE UNA SONDA FOLEY EN UN PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

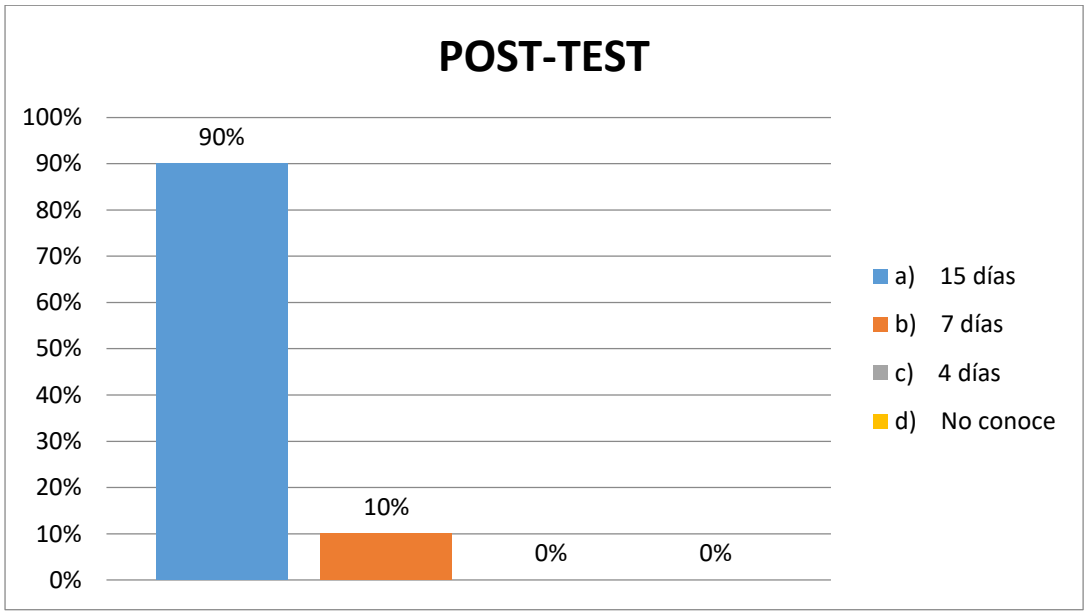
Análisis e interpretación de datos:

En cuanto a la gráfica presente se observa que el 42% considera que el número máximo de permanencia de una sonda Foley es de 7 días, 30% indica 4 días, 20% considera 15 días y el 8% desconoce.

Los autores que escriben sobre el tema indican que el tiempo máximo de permanencia de las sondas urinarias no debe pasar de los 15 días.

GRÁFICO 16

NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS DE PERMANENCIA DE UNA SONDA FOLEY EN UN PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

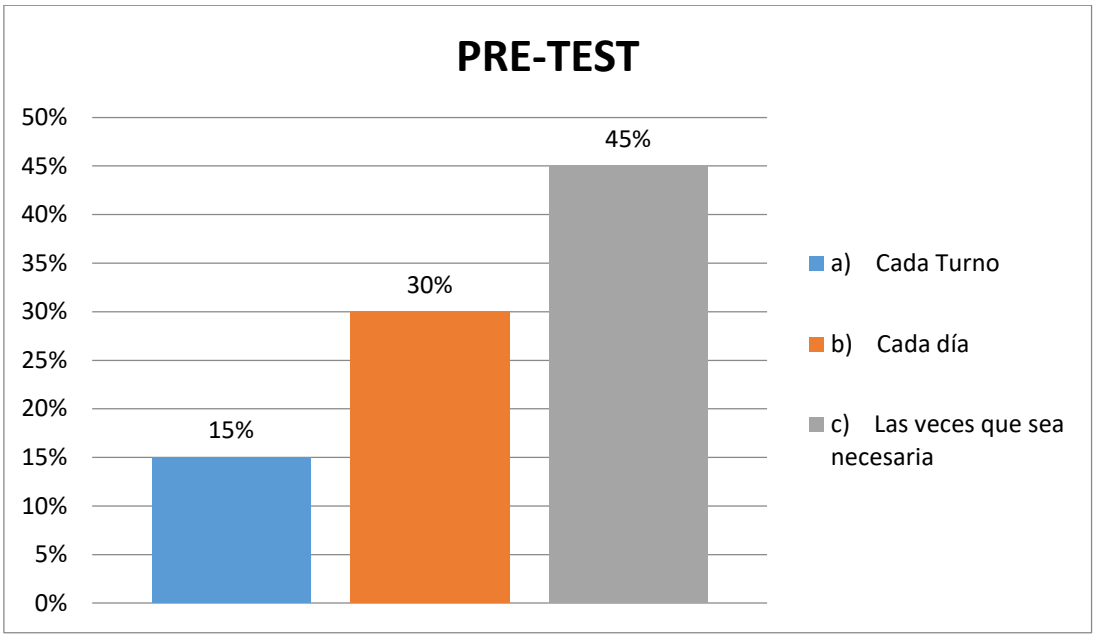
Análisis e interpretación de datos:

Posterior a la educación se evidencia que el 90% ya sabe que el tiempo máximo de permanencia de una sonda Foley es de 15 días; un 10% todavía considera 7 días.

Si bien se aprecia que los conocimientos están más claros para algunas personas, es necesario insistir en la capacitación del total de la población.

GRÁFICO 17

FRECUENCIA DEL ASEO PERINEAL EN UN PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

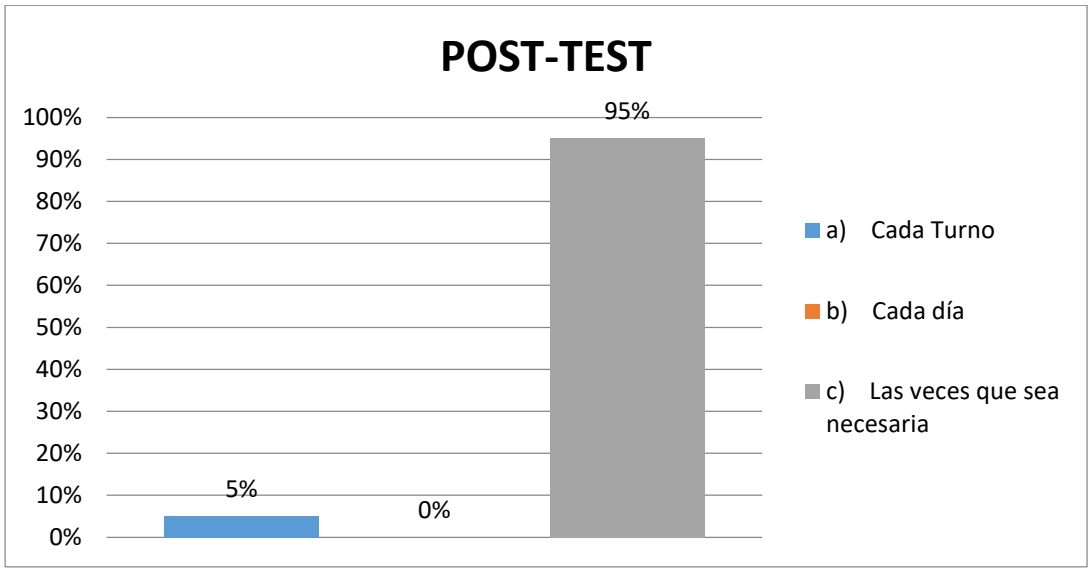
Análisis e interpretación de datos:

En el pre test se observa que el 15% de la población, responde que la frecuencia del aseo perineal en un paciente con sonda Foley es cada Turno, el 30% cada día y el 45% las veces que sea necesaria, siendo esta ultima la opción correcta.

Se puede apreciar que las respuestas están en relación a las rutinas de trabajo de este personal y no así a las necesidades de cuidado del paciente con sonda Foley; por lo que se incide en la importancia de la capacitación del personal para una prestación de servicio de calidad.

GRÁFICO 18

FRECUENCIA DEL ASEO PERINEAL EN UN PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

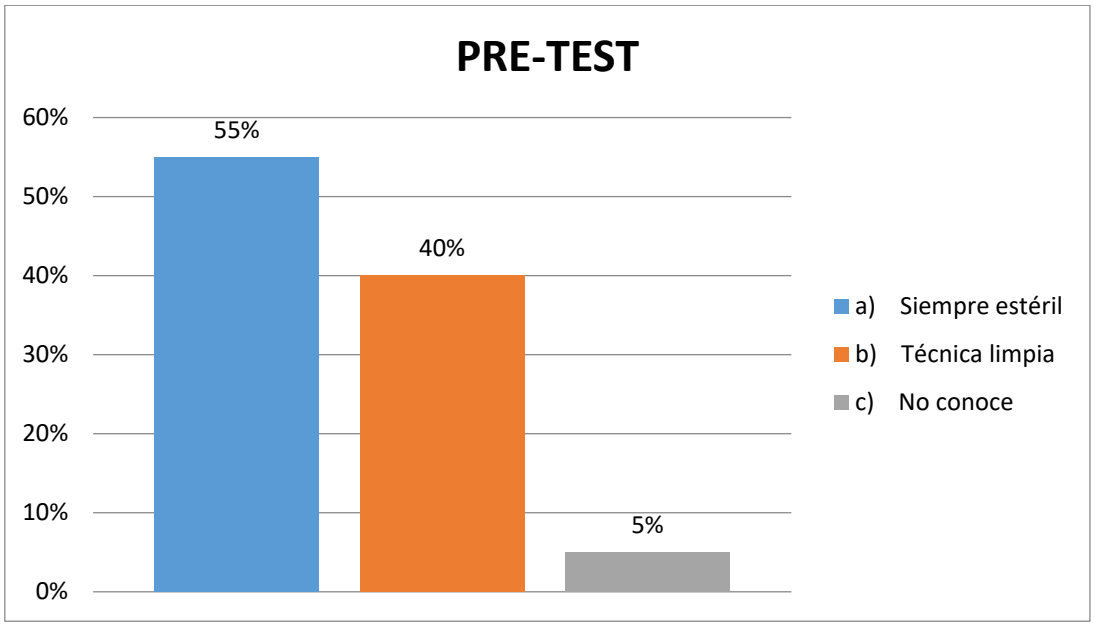
Análisis e interpretación de datos:

Luego de las sesiones educativas, en el cuestionario post test se observa que el 95% de la población encuestada responde que la frecuencia del aseo perineal en un paciente con sonda Foley debe realizarlas veces que sea necesaria. Se evidencia que el conocimiento ha mejorado con relación al pre test.

El aseo perineal es una medida básica de higiene principalmente en pacientes sometidos a estos procedimientos, en consecuencia, es necesaria la unificación de criterios con el personal a cargo de estos cuidados.

GRÁFICO 19

LA TÉCNICA ADECUADA PARA LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



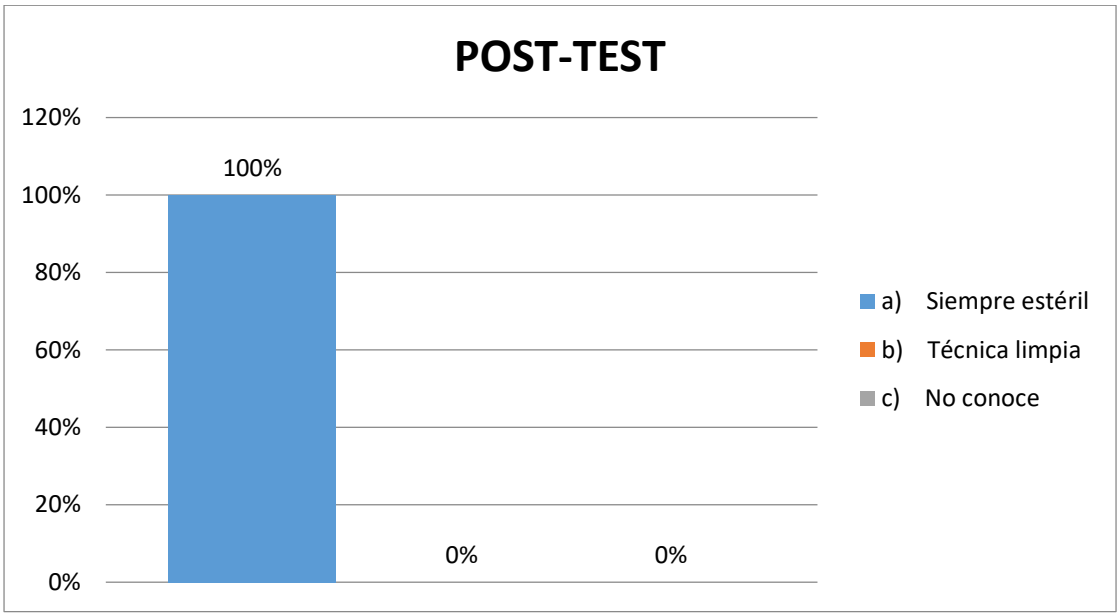
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

En el proceso de recolección de datos del pre test un 55% responde correctamente que la técnica para la colocación de una sonda Foley debe ser siempre estéril, el 40% técnica limpia y el 5% no conoce. Si bien la mayoría del personal auxiliar de enfermería responde correctamente, es importante tomar en cuenta que la casi la mitad del personal no tiene los conocimientos precisos, por lo que se plantea la necesidad de la educación.

GRÁFICO 20

LA TÉCNICA ADECUADA PARA LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

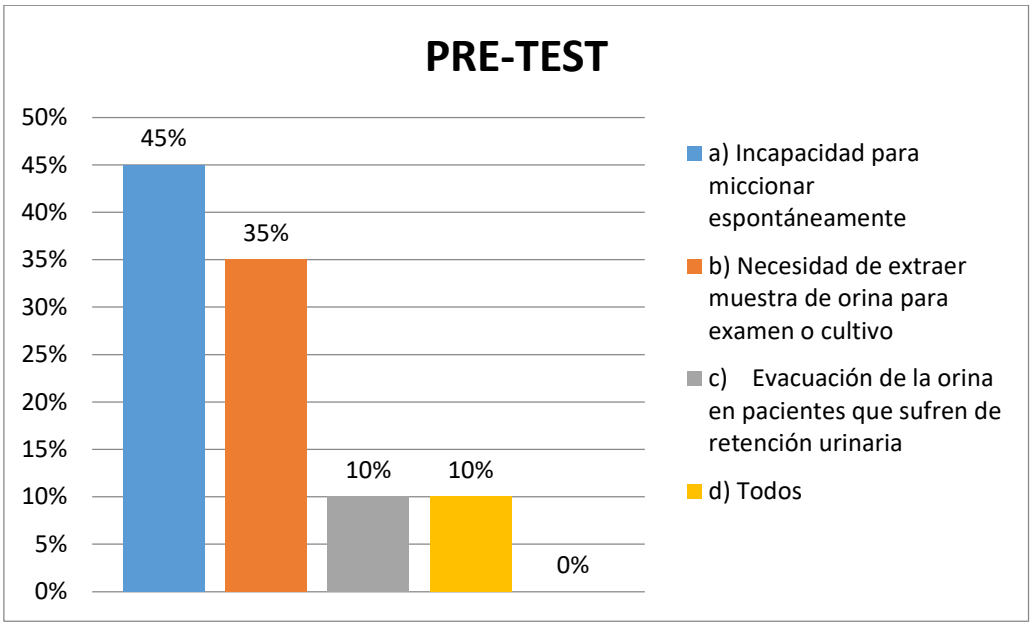
Análisis e interpretación de datos:

En la gráfica se puede evidenciar que con la capacitación se ha logrado elevar en nivel de conocimiento sobre la técnica adecuada para la colocación de una sonda Foley, es así que el 100% ya sabe que la técnica para la colocación de una sonda Foley debe ser siempre estéril.

Es importante, para la prevención de infecciones del tracto urinario, recomendar el uso de una técnica aséptica durante la inserción de los catéteres urinarios, y equipos estériles. La aclaración de conceptos entre estéril y limpio es otro aspecto que se debe tomar en consideración durante la capacitación del personal auxiliar.

GRÁFICO 21

INDICACIONES PARA LA COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

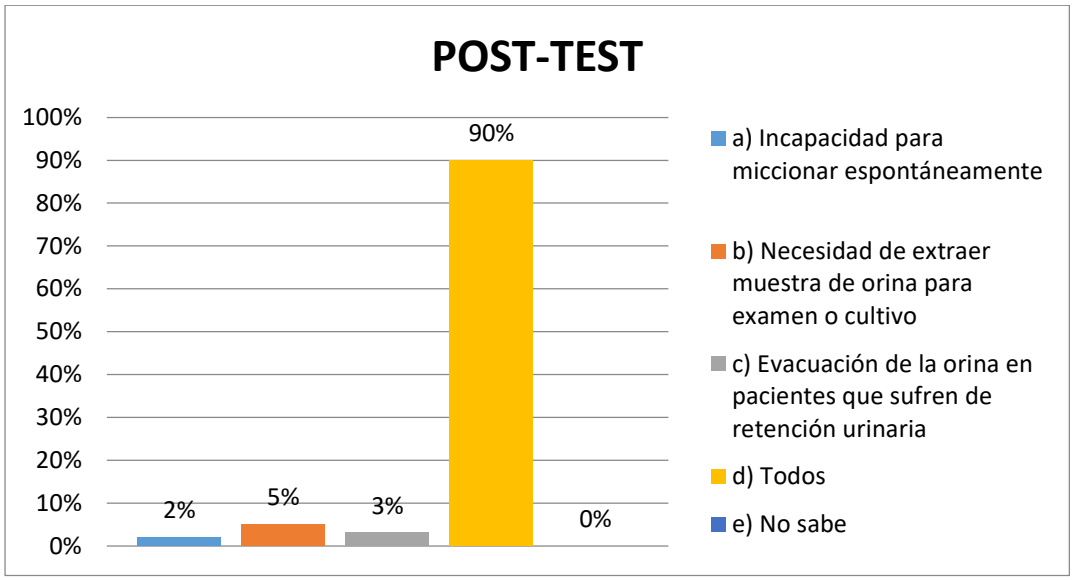
Análisis e interpretación de datos:

En cuanto a las indicaciones o situaciones para la colocación de sonda Foley, el 45% de la población responde que es la incapacidad para micciones espontáneas, 35% considera necesidad de extraer muestra de orina para examen o cultivo, 10% dice para la evacuación de la orina en pacientes que sufren de retención urinaria y el otro 10% considera que todos son indicaciones para la colocación de una sonda.

Según referencia bibliográfica todas son indicaciones para la colocación de una sonda Foley. La información es necesaria para la unificar criterios, ya que esto les permitirá estar alerta en dichas situaciones y anticiparse en la preparación del material para la cateterización oportuna del paciente que lo necesite.

GRÁFICO 22

INDICACIONES PARA LA COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



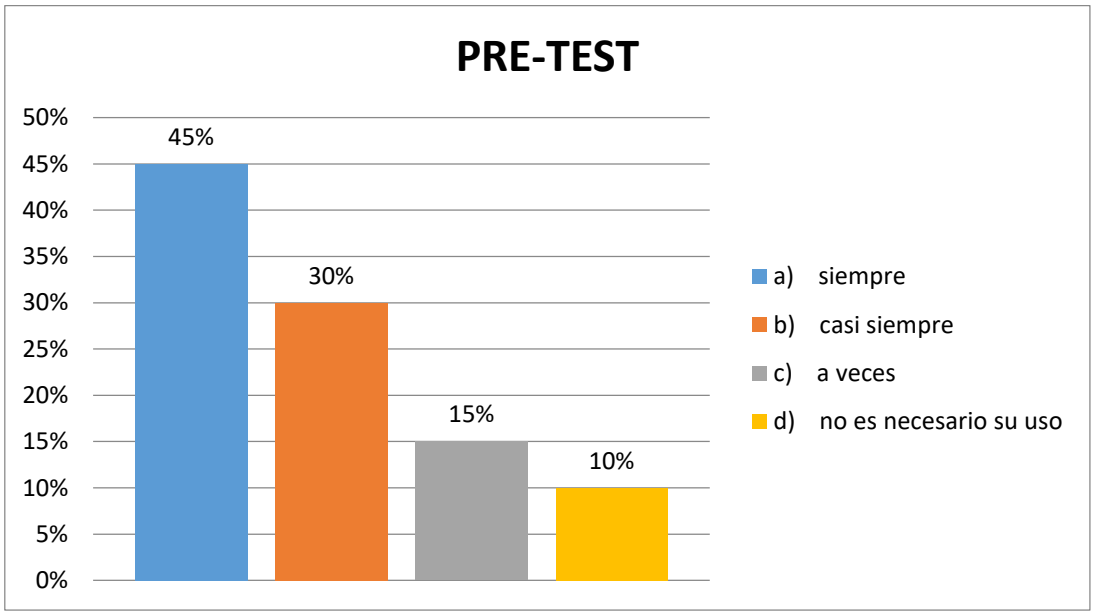
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

El post test muestra que el 90% considera que todas las opciones son situaciones a considerar. Y efectivamente según la bibliografía revisada todas las opciones del cuadro son indicaciones o situaciones para la colocación de sonda Foley. Por lo que la información específica sobre el tema mejora este índice de conocimientos.

GRÁFICO 23

FRECUENCIA DE USO DE LOS GUANTES DURANTE LA MANIPULACIÓN DE LA SONDA FOLEY O VACIADO DE LA BOLSA COLECTORA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

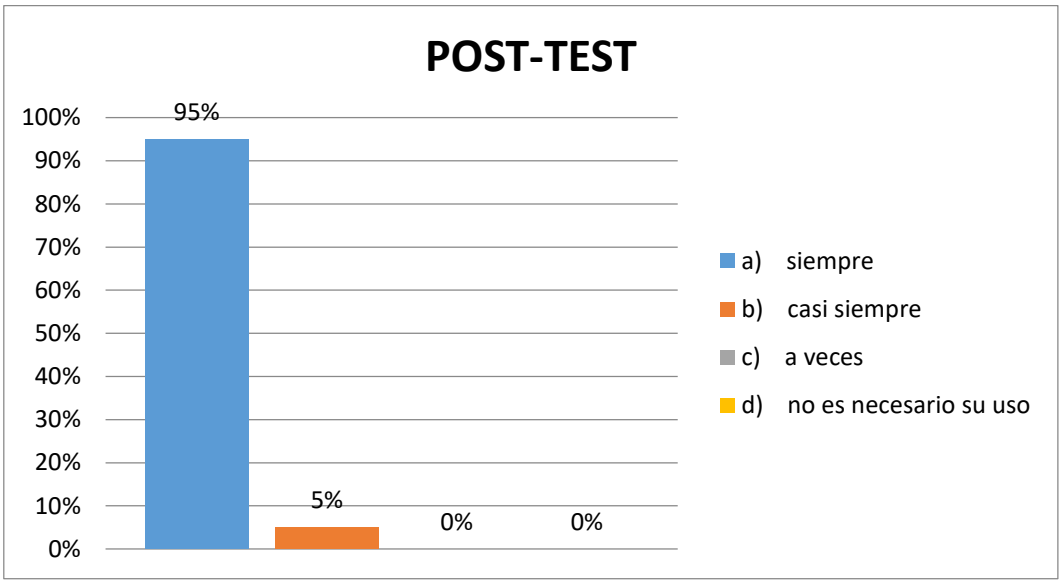
Análisis e interpretación de datos:

Se muestra en el grafico que el 45% del personal auxiliar de enfermería responde que la frecuencia del uso de guantes es siempre, el 30% indica casi siempre, 15% solo a veces y el 10% responde que no es necesario su uso.

Se evidencia el desconocimiento en cuanto a los cuidadosos en la manipulación de los catéteres y las bolsas colectoras. Considerando que el uso de guantes es una de las maneras físicas básicas para la prevención de contaminantes en estos pacientes, el personal auxiliar requiere de mayor información al respecto.

GRÁFICO 24

FRECUENCIA DE USO DE LOS GUANTES DURANTE LA MANIPULACIÓN DE LA SONDA FOLEY O VACIADO DE LA BOLSA COLECTORA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



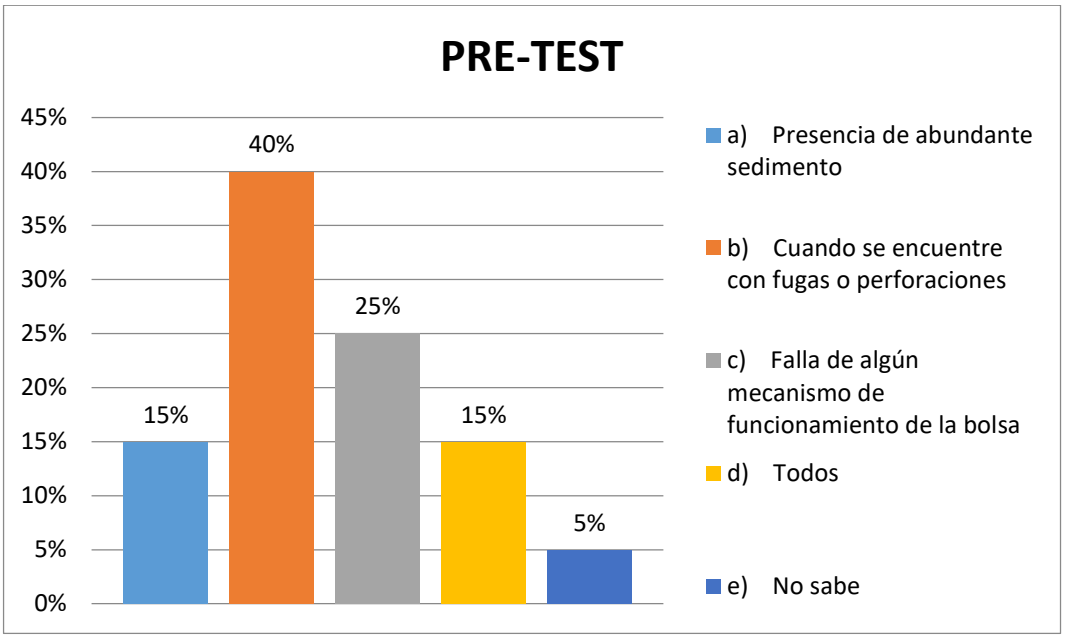
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

En la evaluación posterior a la educación se aprecia que el 95% de la población ya sabe que siempre debe hacer uso de guantes para la manipulación de las sondas y bolsas colectoras; el 5% indica que casi siempre se debe hacer uso de los guantes esto plantea la necesidad de continuar con la capacitación.

GRÁFICO 25

SITUACIONES EN LA QUE SE CONSIDERA NECESARIO EL CAMBIO DE LA BOLSA COLECTORA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

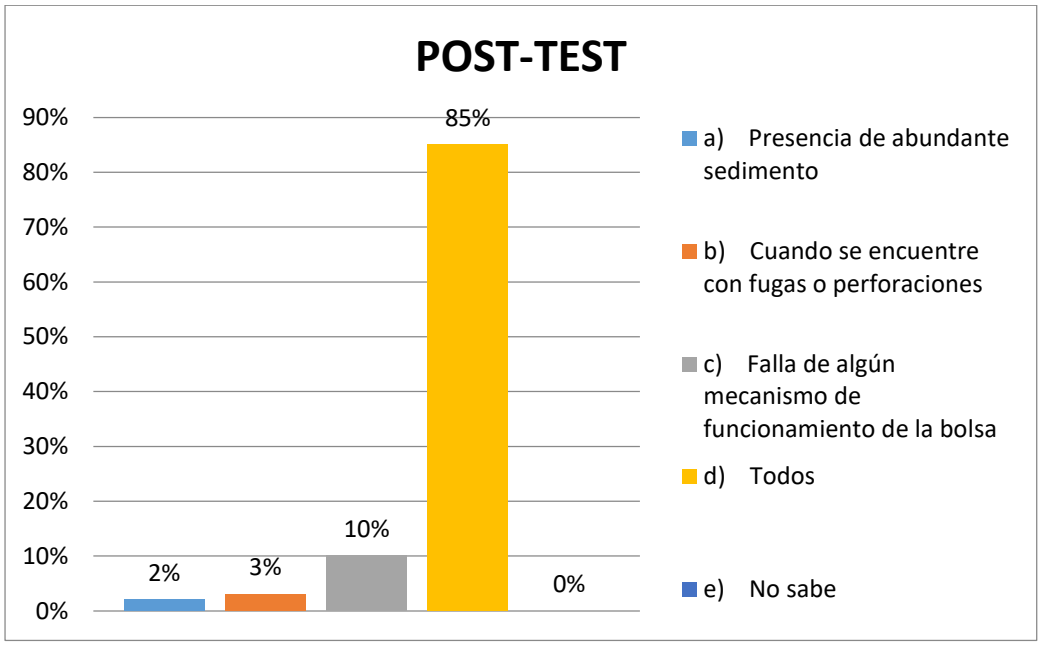
Análisis e interpretación de datos:

Según los datos que reporta la gráfica el 15% de la población considera que el cambio de la bolsa colectora se debe realizar cuando hay presencia de abundante sedimento, 40% indica que se cambiara cuando la bolsa presente alguna fuga o perforaciones, un 25% considera la falla en el mecanismo de la bolsa y un 15% tiene claro que la bolsa se debe cambiarla si se presenta cualquiera de las anteriores situaciones.

Nuevamente se explora la necesidad de proporcionar información para que este personal pueda identificar las necesidades de cambio de bolsa colectora, de tal manera disminuir el riesgo de infecciones urinarias por vías ascendente.

GRÁFICO 26

SITUACIONES EN LA QUE SE CONSIDERA NECESARIO EL CAMBIO DE LA BOLSA COLECTORA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



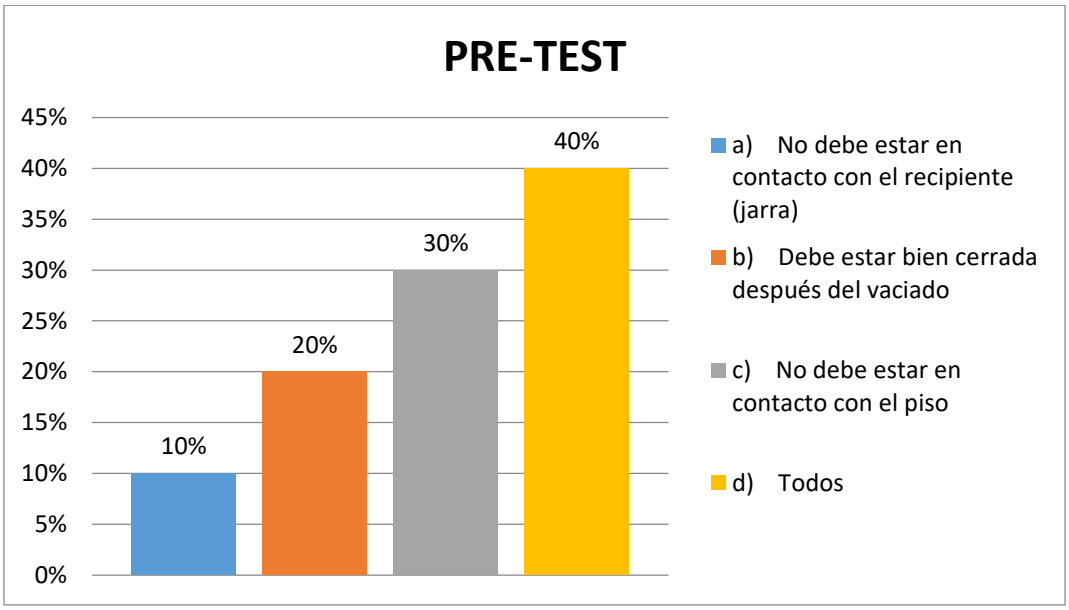
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

Posterior a las sesiones de capacitación, al respecto de las situaciones que ameritan el cambio de la bolsa colectora se puede apreciar un mejoramiento en el nivel de conocimiento porque el 85% de la población ya identifica todas las anteriores como indicaciones para el cambio de la bolsa; sin embargo, se deberá continuar la educación para lograr que el 100% tenga conocimientos claros de cómo ser participe eficiente en el cuidado de las bolsas colectoras, disminuyendo así el riesgo de infección del tracto urinario (ITU).

GRÁFICO 27

PRECAUCIONES CON LA VÁLVULA DE DRENAJE DURANTE EL VACIADO DE LA BOLSA COLECTORA DE ORINA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

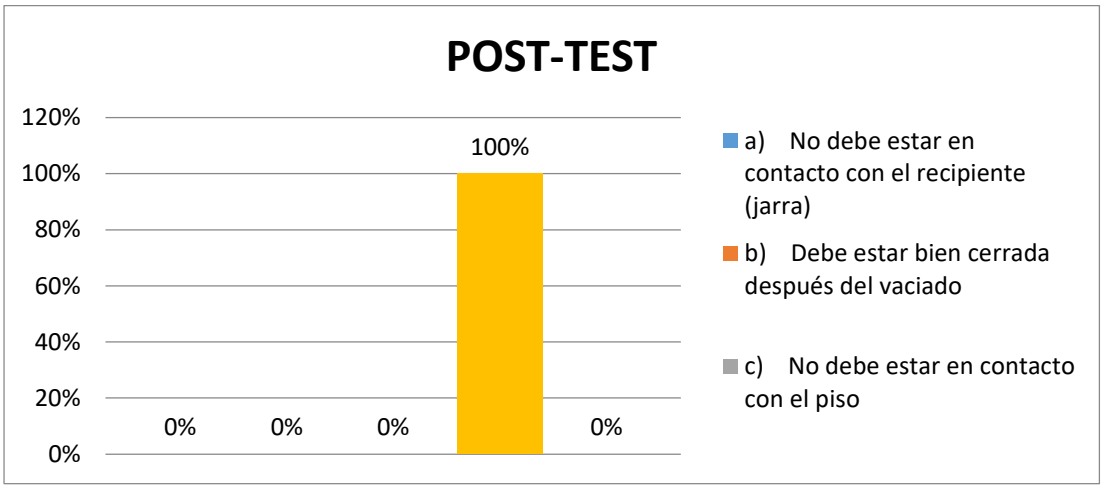
Análisis e interpretación de datos:

Durante el vaciado de la bolsa colectora de orina, la válvula de drenaje: No debe estar en contacto con el recipiente (jarra) según apreciación del 10% del personal auxiliar de enfermería, el 20% responde que debe estar bien cerrada después del vaciado, el 30% indica que no debe estar en contacto con el piso y el 40% responde todas las opciones.

Estos datos nos reflejan que solo el 40% de las encuestadas responde correctamente a la pregunta, porque es necesario realizar capacitaciones para mejorar el conocimiento sobre el tema.

GRÁFICO 28

PRECAUCIONES SOBRE LA VÁLVULA DE DRENAJE DURANTE EL VACIADO DE LA BOLSA COLECTORA DE ORINA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

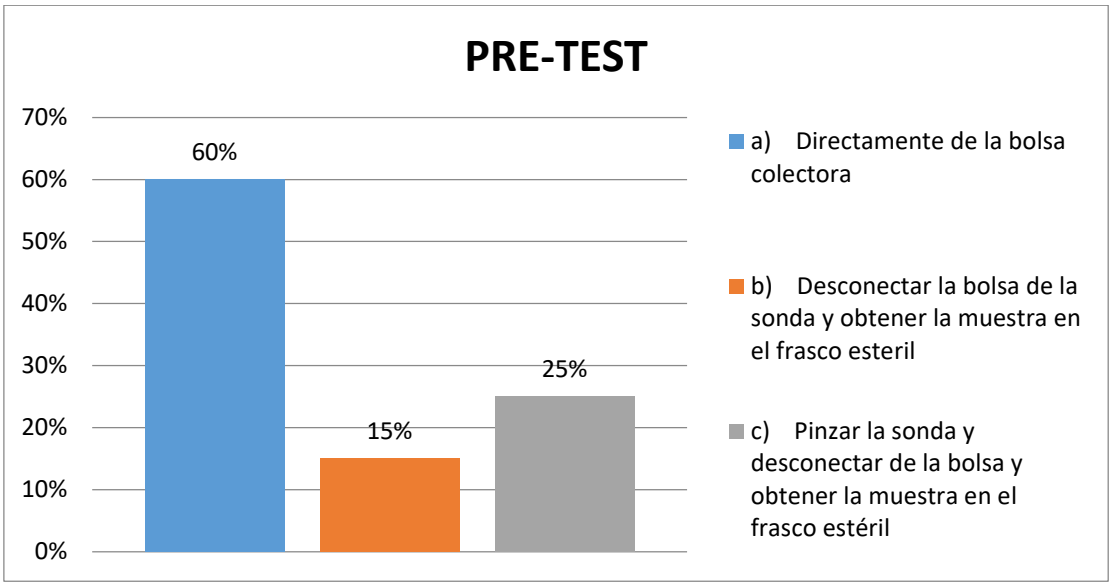
Análisis e interpretación de datos:

La teoría refiere que el catéter vesical debe estar conectado a un sistema estéril cerrado de drenaje urinario con válvula para evacuar la orina. El sistema de drenaje debe mantener cerrado para evitar la introducción de una posible infección, la bacteriuria se produce en los primeros 4 días cuando utilizan sistemas de apertura, en comparación, con los 30 días cuando se utilizan sistemas cerrados.

En concordancia el 100% del personal auxiliar de enfermería cree que, durante el vaciado de la bolsa colectora de orina, la válvula de drenaje, no debe estar en contacto con el recipiente, debe estar cerrada y no debe estar en contacto con el piso. Por lo que podemos concluir que se ha mejorado el nivel de conocimiento del personal auxiliar de enfermería.

GRÁFICO 29

RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE ORINA PARA LABORATORIO EN EL PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

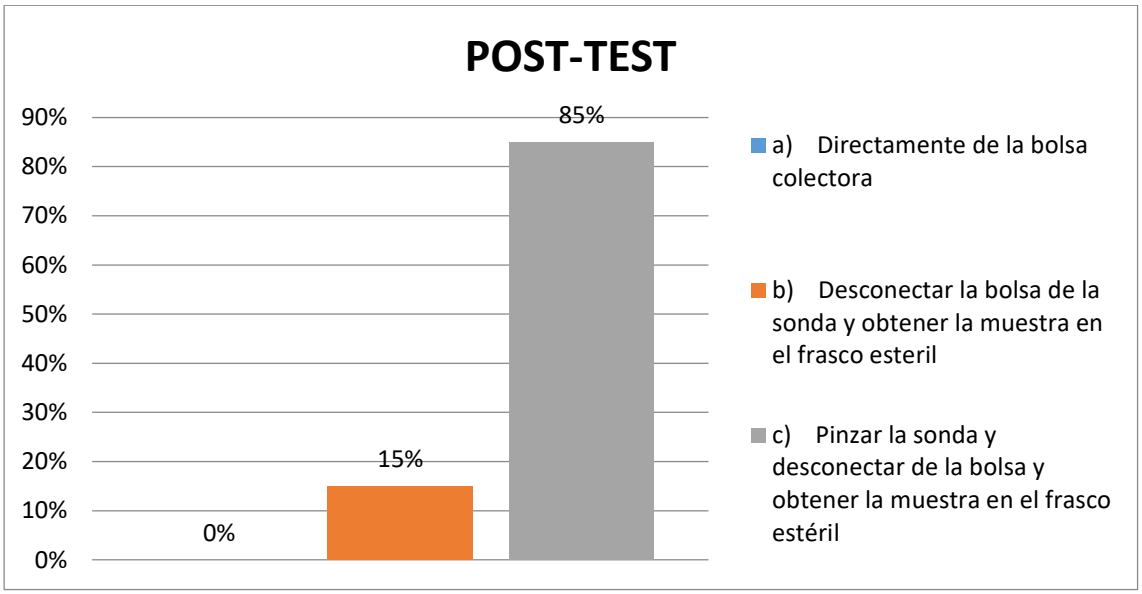
Respecto de la recolección de muestra de orina en un paciente con sonda Foley, el 60% indica que la hace directamente de la bolsa colectora, un 15% desconecta la bolsa y obtiene la muestra; solo un 25% realiza el pinzamiento de la sonda antes de la recolección y luego desconecta la bolsa para obtener la muestra, siendo este último la opción correcta.

Se puede evidenciar que la población opta por la opción que refleja su quehacer en la atención del paciente, estas acciones erróneas pueden llevar a contaminar la muestra, repercutiendo en los resultados de laboratorio.

Es preciso aclarar sobre los procedimientos correctos para evitar la contaminación de las muestras para laboratorio.

GRÁFICO 30

RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE ORINA PARA LABORATORIO EN EL PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

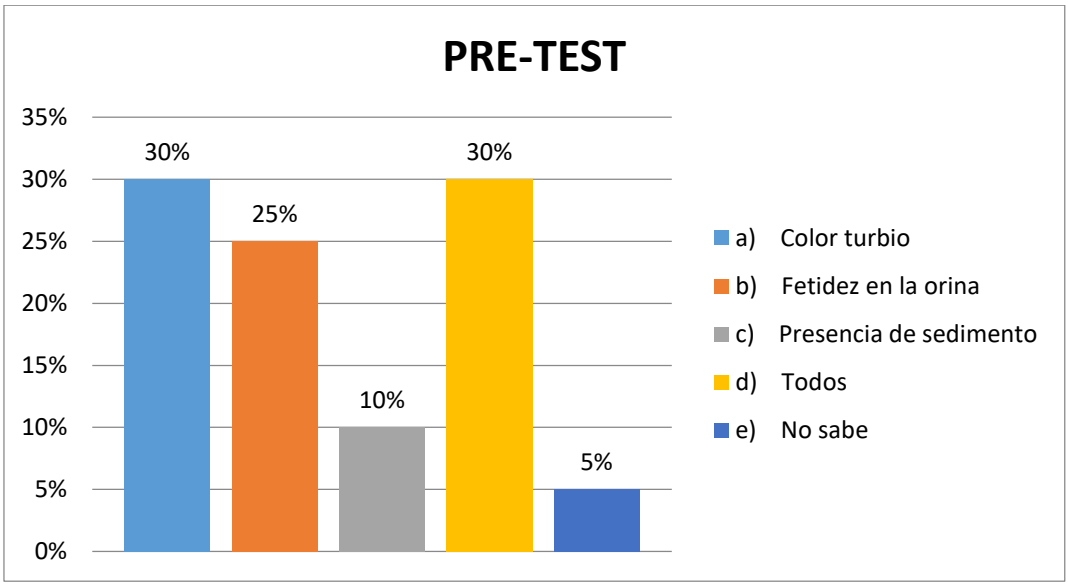
Análisis e interpretación de datos:

Luego de la educación, en el post test, el 85% del personal auxiliar de enfermería mejora sus conocimientos que es necesario pinzar la sonda y desconectar de la bolsa y obtener la muestra en el frasco estéril.

Con la extracción de una muestra de orina, de un sistema cerrado de drenaje, de forma aséptica, con el fin de poder determinar en ella, la existencia de bacteriuria significativa, se contribuye a un diagnostico fidedigno que permitirá un tratamiento oportuno.

GRÁFICO 31

ASPECTOS DE LA ORINA CON ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

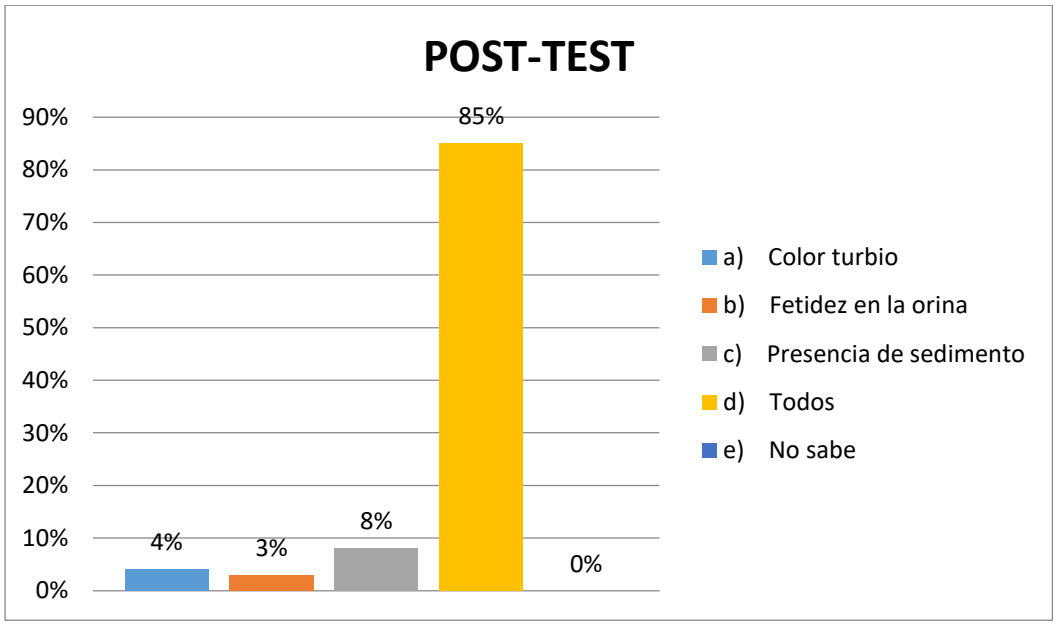
Se observa que el 30% de las encuestadas responde que el aspecto de la orina, que le hará sospechar de la presencia de una ITU es un color turbio, 25% indica la fetidez en la orina, 10% considera la presencia de sedimento, otro 30% de la población le llama la atención el color turbio, la fetidez y el sedimento como característica para sospechar una ITU y un 5% no sabe al respecto.

Si bien la mayoría de la población tiene en cuenta algunos aspectos en las características de la orina que le harían sospechar de una ITU, aún existen personas que desconocer totalmente, este factor pone en riesgo al paciente ya que se podría obviar intervenciones de prevención al descuidar la observación en el paciente sometido a sonda urinaria.

La teoría que indica que la infección del tracto urinario típicamente causa una mezcla de pequeñas cantidades de sangre, leucocitos y bacterias en la orina. Estos elementos y los cambios en su química debidos a la infección a menudo causan que la orina se vea opaca en vez de clara. La orina también puede verse ligeramente rosa, roja o café dependiendo de la cantidad de sangre que esté presente. Por la información expresada se evidencia que existe un bajo nivel de conocimiento en el personal auxiliar de enfermería.

GRÁFICO 32

ASPECTOS DE LA ORINA CON ITU SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

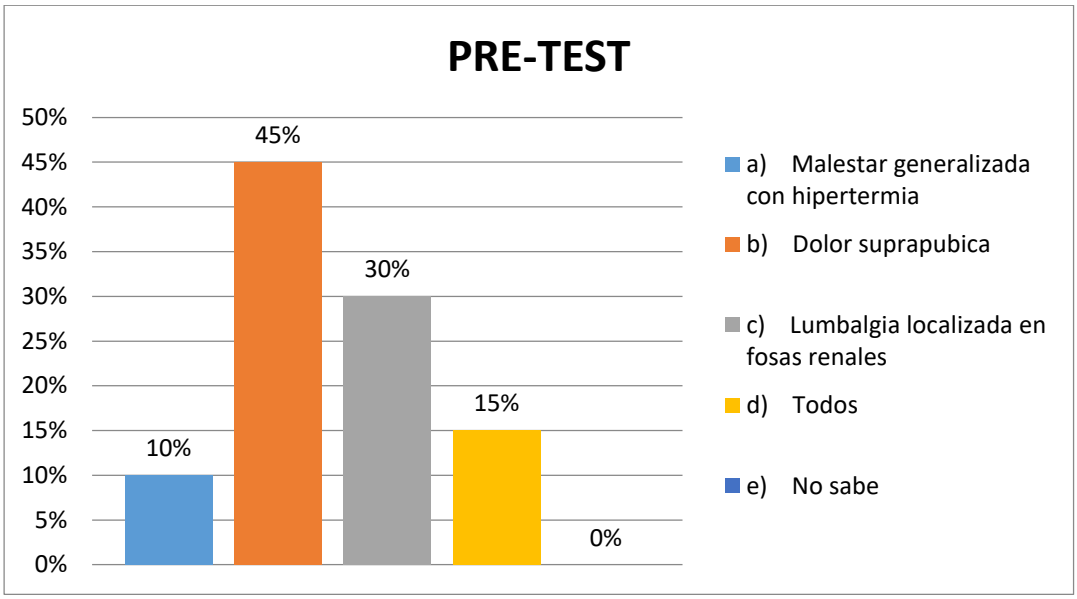
Análisis e interpretación de datos:

Después de la educación, el post test reporta que el 85% de la población mejoro su conocimiento teniendo claro que el color turbio de la orina, la fetidez y la presencia de sedimento son pautas para sospechar de una ITU,

Se puede indicar que el personal está presentando atención a la información que se le brinda, todo esto se manifestará en la una mejor atención y cuidado de pacientes con sonda orinaría.

GRÁFICO 33

SOSPECHA DE ITU EN SEGÚN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO EN RELACIÓN A LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



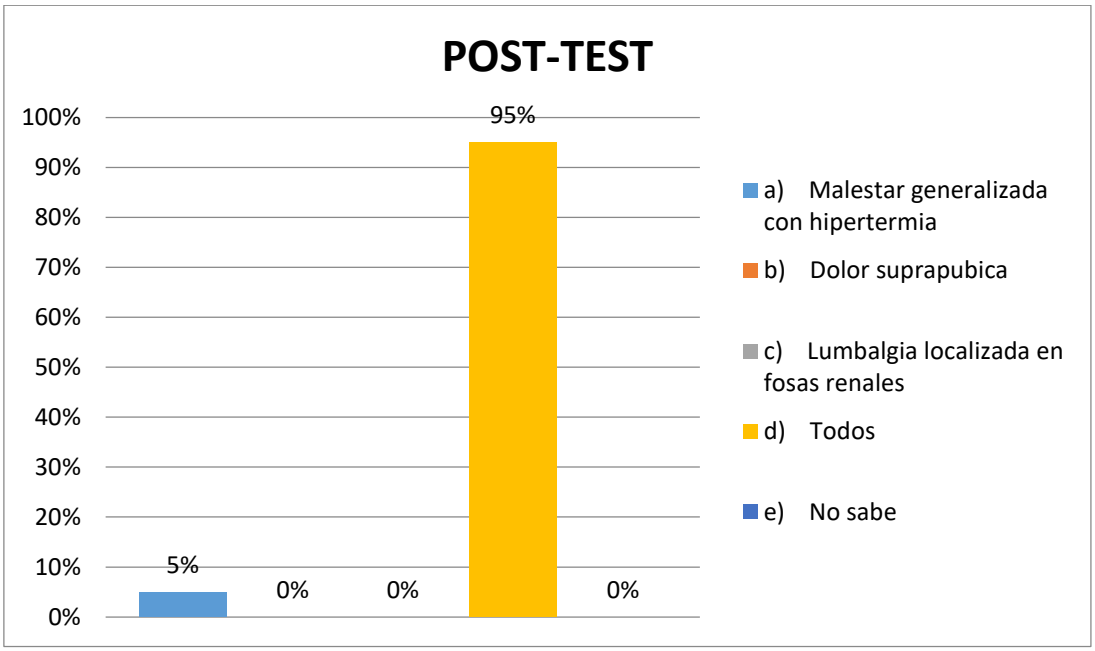
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

10% de la población considera que el malestar generalizado con hipertermia es pauta para sospechar de una ITU en el paciente con sonda Foley, 45% indica el dolor supra púbico, un 30% selecciona la lumbalgia localizada en fosas renales y solo el 15% toma en cuenta toda la sintomatología mencionada; cabe mencionar que la ITU se puede manifestar con todo lo indicado o simplemente ser asintomática por lo que el personal a cargo del cuidado de estos pacientes debe estar atento a tener mucha capacidad de observación no solo de la sintomatología del paciente, sino también cambios en las características de la orina.

GRÁFICO 34

SOSPECHA DE ITU EN SEGÚN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO EN RELACIÓN A LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

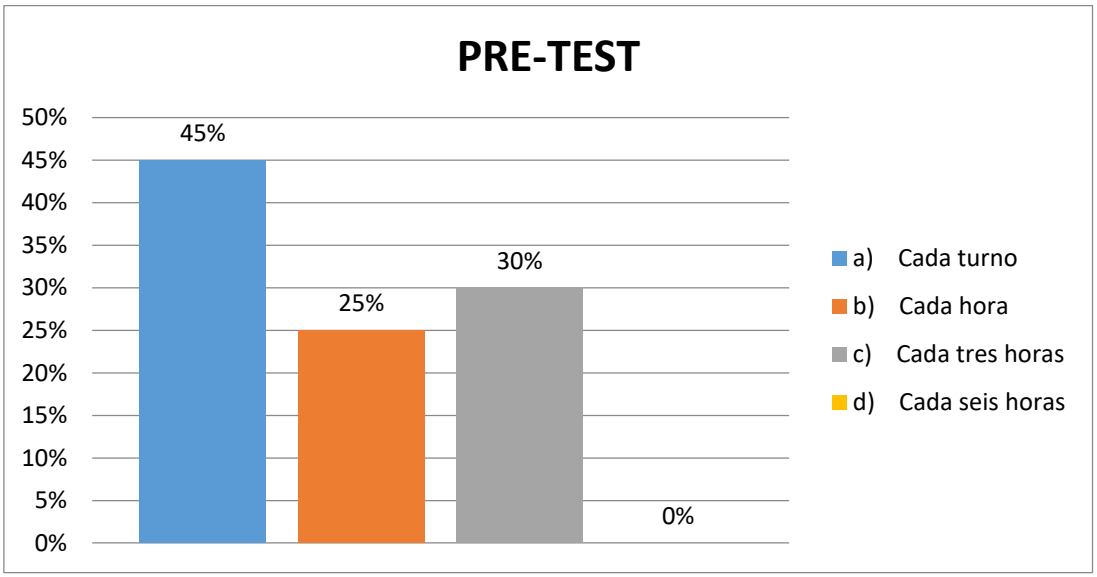
Análisis e interpretación de datos:

A posterior del proceso de capitación por medio de las sesiones educativas, el post test muestra que el 95% responde que todas las opciones son signos y síntomas de sospecha de ITU en el paciente con sonda Foley.

Si bien hay un crecimiento de mejora en el porcentaje, aun es necesario reforzar el conocimiento sobre el tema ya que todavía un porcentaje de la población no cuanta con los conocimientos solidos sobre este aspecto.

GRÁFICO 35

FRECUENCIA DE VACIADO DE BOLSA COLECTORA DE ORINA EN PACIENTES CON CONTROL DE DIURESIS HORARIA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

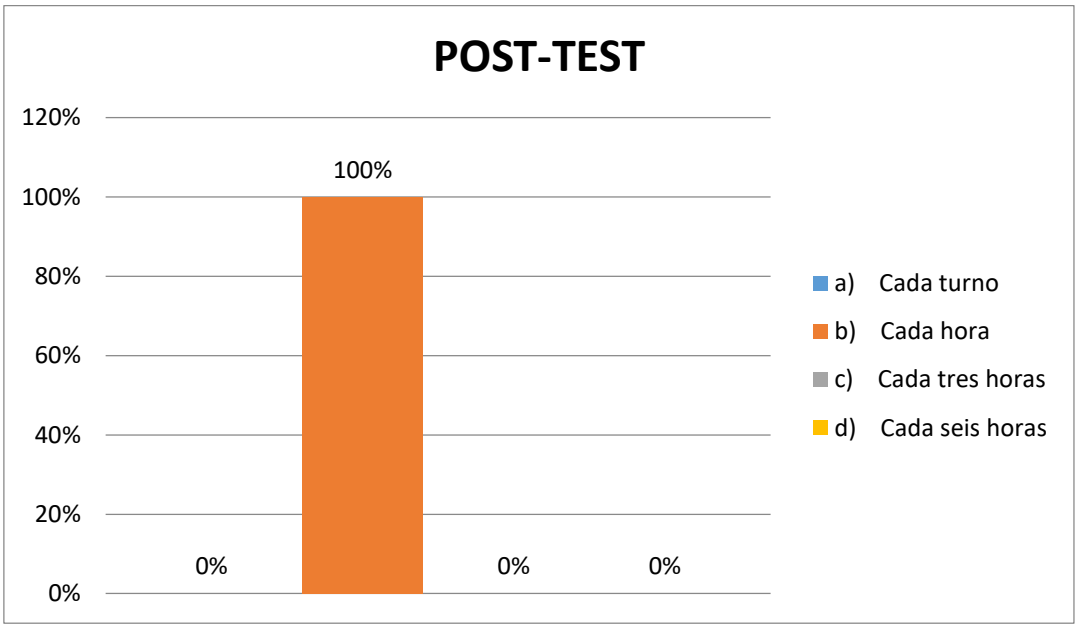
En relación a las prácticas de variables de bolsa colectora en pacientes con sonda Foley que tienen indicado control de diuresis horaria, el 45% de la población indica que el vaciado se realizará cada turno, considerando que un turno corresponde en la institución a 12 horas de jornada laboral; 25% responde correctamente que el vaciado será cada hora, un 30% refiere que el vaciado será cada 3 horas.

Se evidencia el total desconocimiento, por la mayoría del personal auxiliar, de los cuidados e importancia de hacer un control de orina horaria, del error en los cuidados puede surgir muchas complicaciones como la ITU.

En este caso específicamente el dejar la orina en la bolsa colectora por periodos largos de tiempo contribuye en riesgo de infección del tracto urinario por mecanismo ascendente. Es menester informar y supervisar este personal.

GRÁFICO 36

FRECUENCIA DE VACIADO DE BOLSA COLECTORA DE ORINA EN PACIENTES CON CONTROL DE DIURESIS HORARIA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



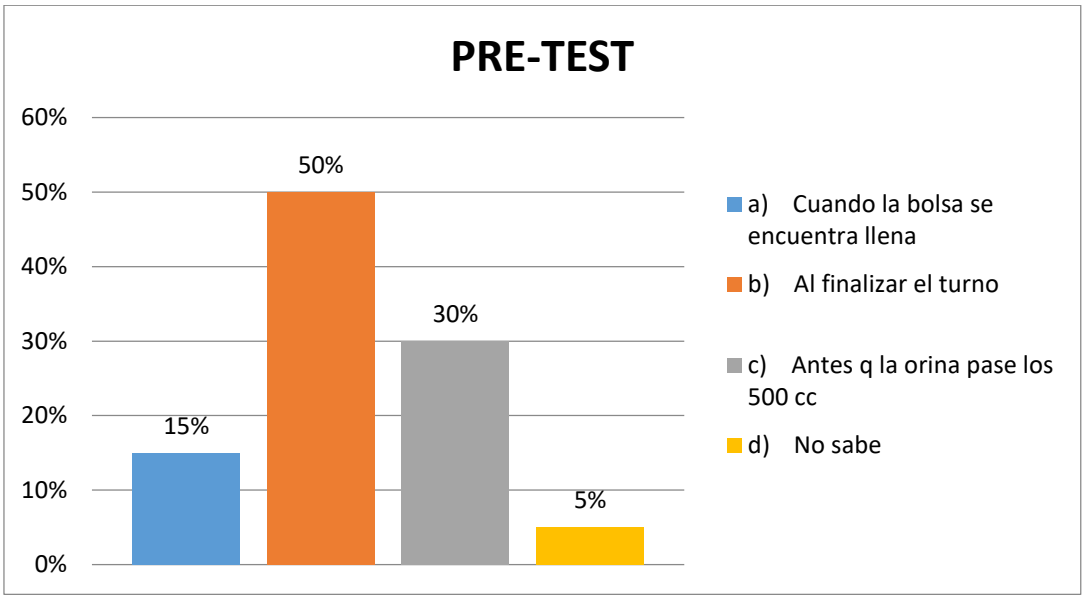
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

Proporcionada la educación al personal en estudio, el post test muestra que el 100% considera que cada hora debe realizarse el control de diuresis horaria, tal como establece la teoría que indica que es necesario comprobar que el paciente y la indicación del control de diuresis son los establecidos en la prescripción médica y manipular las bolsas colectoras de diuresis, en pacientes portadores de sonda vesical por turno, al finalizar cada turno.

GRÁFICO 37

CIRCUNSTANCIAS PARA EL VACIADO DE LAS BOLSAS COLECTORAS DE ORINA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

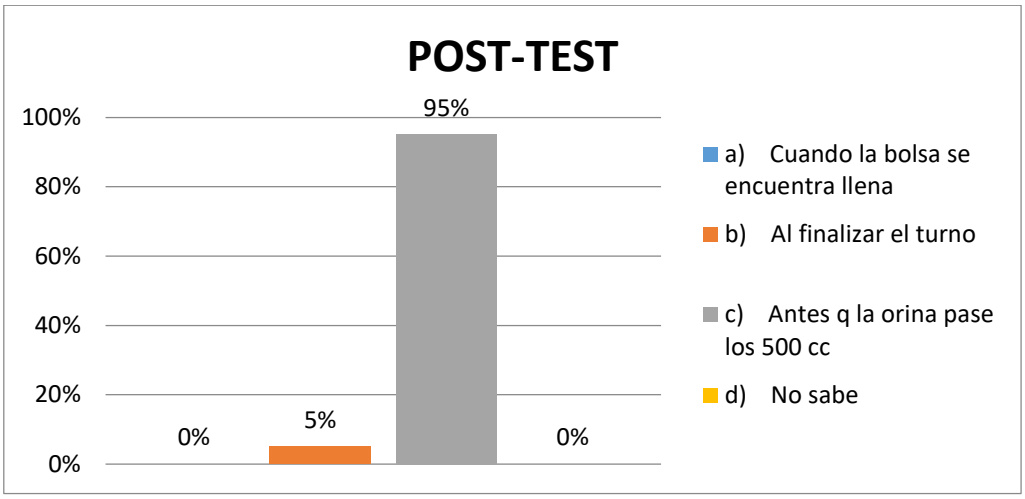
Análisis e interpretación de datos:

El 15% de la población indica que bolsa colectora se debe vaciar cuando la bolsa está llena, 50% considera que cada turno, un 30% refiere que se debe vaciar la bolsa antes de llegar a los 500 c.c. Un 5% no sabe.

Se puede observar la disponibilidad de respuestas en la población de estudio por lo que una vez más es preciso realizar la unificación de criterios.

GRÁFICO 38

CIRCUNSTANCIAS PARA EL VACIADO DE LAS BOLSAS COLECTORAS DE ORINA SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

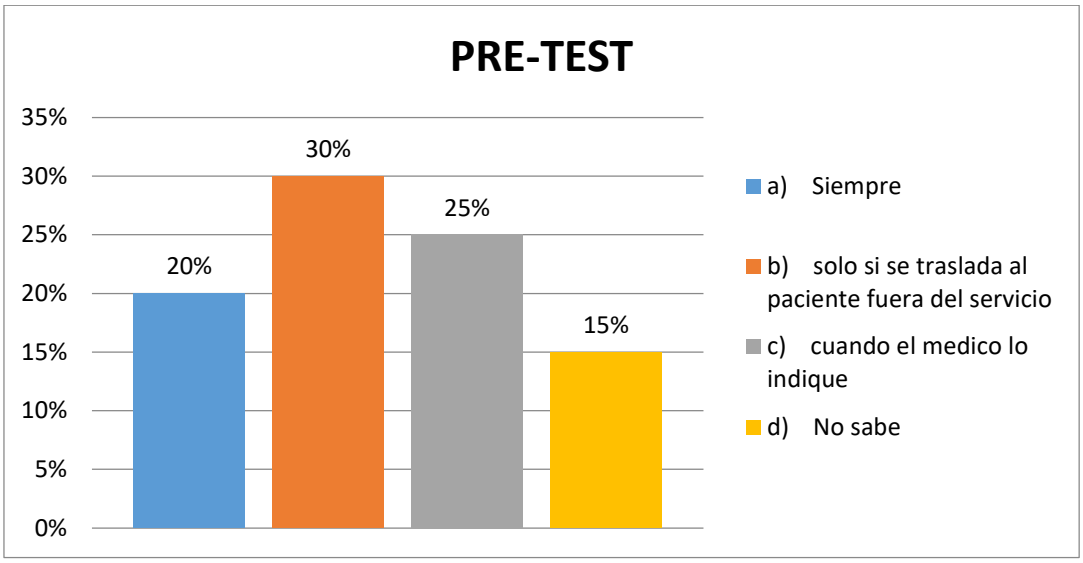
Posterior a la educación las respuestas de la población muestran que 80% responde correctamente indicando que bolsa colectora de orina en un paciente con sonda Foley debe vaciarse antes de los 500 cc de acumulo de orina.

Sin embargo, también es necesario aclarar a la población que si un paciente se encuentra en oliguria no se debe esperar a que llene esta cantidad para hacer el vaciado ya esto podría llevar más de 1 turno de 12 horas, por lo tanto, el vaciado se realizara cada turno para disminuir el riesgo de crecimiento bacteriano en la bolsa.

Por otro lado es necesario aclarar que jamás se debe esperar a que la bolsa esté completamente llena para realizar el vaciado, se evidencia la necesidad de unificar criterios respaldados con un protocolo de extracción.

GRÁFICO 39

PINZAMIENTO DE LA SONDA EN CASO DE MOVILIZACIÓN O TRASLADO DEL PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

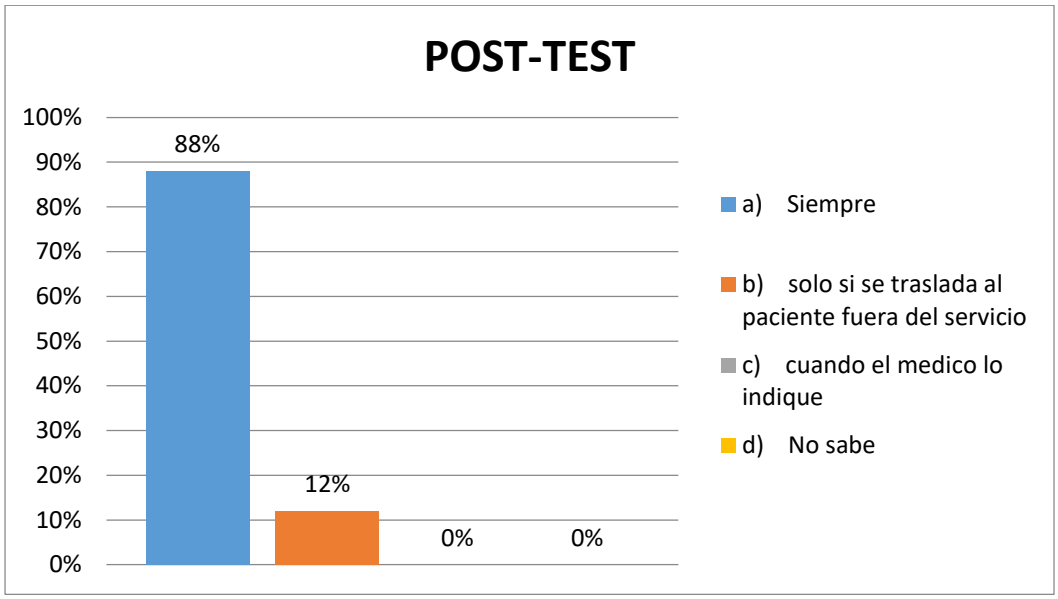
Análisis e interpretación de datos:

La gráfica muestra que para la movilización o traslado del paciente el pinzamiento de la sonda será siempre según respuesta del 20% de los encuestados, solo si se traslada al paciente fuera del servicio 30%, cuando el médico lo indique 25% y No sabe 15%.

Estos datos hacen concluir que el 80% desconoce que se debe realizar siempre el pinzamiento de la sonda en caso de movilización o traslado del paciente con sonda. Ya que según la referencia teórica en caso de tener que levantar la bolsa de diuresis por encima de ese nivel cuando se movilice o traslade de cama al paciente, se debe pinzar la sonda evitando el reflujo de la orina para evitar que esta retorne hacia la vejiga así disminuir el riesgo de infección urinaria.

GRÁFICO 40

EL PINZAMIENTO DE LA SONDA EN CASO DE MOVILIZACIÓN O TRASLADO DEL PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



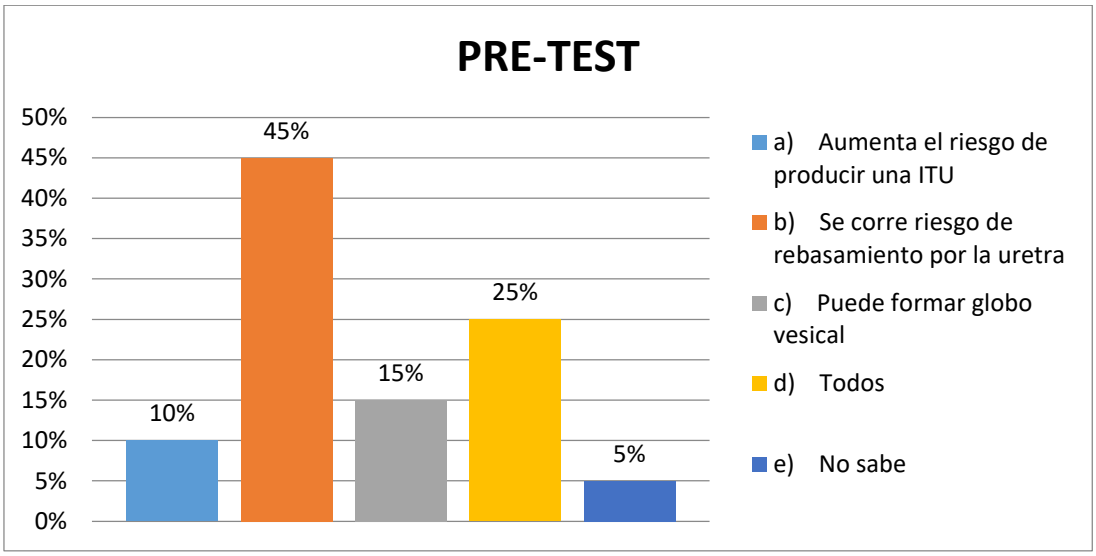
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

Posterior a la capacitación se observa que el 88%, indica que para la movilización o traslado del paciente el pinzamiento de la sonda será siempre. Lo que demuestra que, en relación a la anterior gráfica, el personal luego de las sesiones educativas ha corregido sus conocimientos sobre el pinzamiento de la sonda en caso de movilización o traslado del paciente con sonda. Por otro lado, aún se percibe que una parte de la población aún no tiene claro este cuidado específico. Por tanto, se debe recomendar la aplicación de protocolos de actuación.

GRÁFICO 41

RAZÓN DEL PORQUE EL PINZAMIENTO DE LA SONDA FOLEY NO DEBE EXCEDER LAS DOS HORAS SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

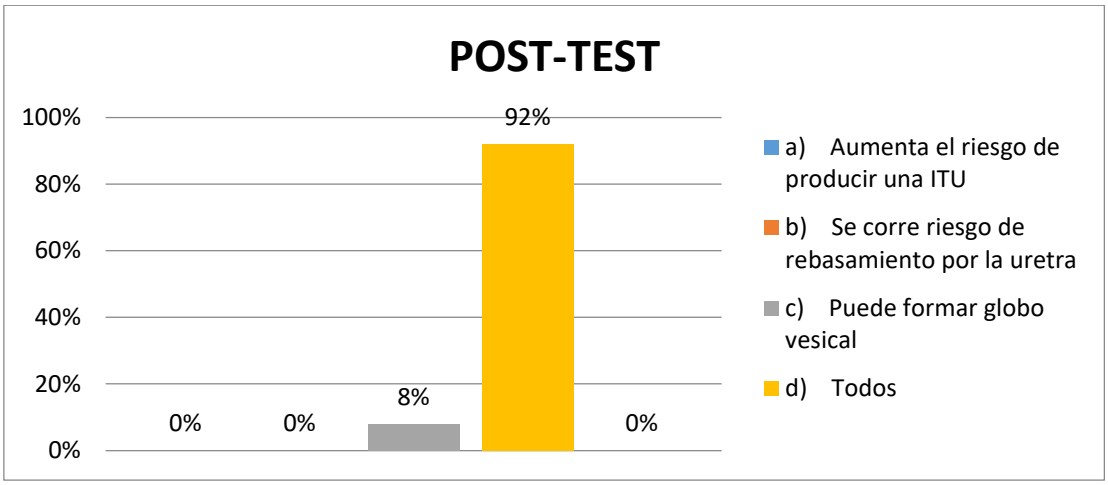
Análisis e interpretación de datos:

La encuesta del pre test denota que el 10% de la población considera que el pinzamiento de la sonda Foley no debe exceder las 2 horas porque aumenta el riesgo de producir un ITU; un 45% indica el riesgo de rebasamiento de orina por la uretra; 15% dice que puede formar globo vesical; el 25% del total, considera que todas las anteriores son las razones de no dejar más de 2 horas la sonda pinzada y el 5% no tiene conocimiento.

Se evidencia que los conocimientos de la población son estudio son parciales y la recomendación sobre este punto debe estar enfocado en disminuir el riesgo de las infecciones urinarias en caso de tener que pinzar las sondas, por lo que el personal a cargo de estos procedimientos debe tener claros los conocimientos y cuidados que debe proporcionar al paciente.

GRÁFICO 42

RAZÓN DEL PORQUE EL PINZAMIENTO DE LA SONDA FOLEY NO DEBE EXCEDER LAS DOS HORAS SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

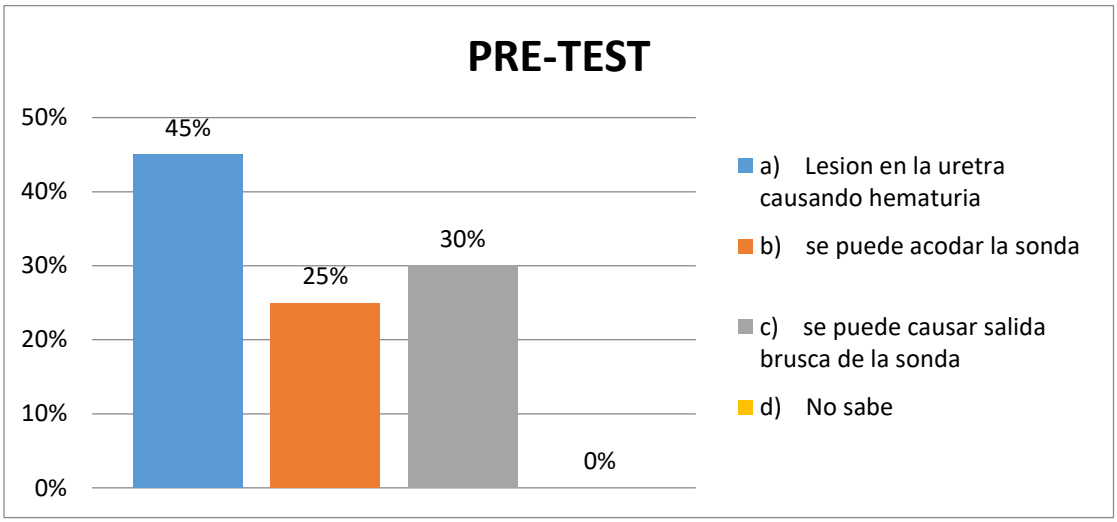
Análisis e interpretación de datos:

A posterior de las sesiones educativas, en la gráfica expresa que el 92% responde seleccionando el inciso (d), lo que quiere decir que existe una comprensión efectiva en la mayoría del personal auxiliar de enfermería.

Las razones del porque el pinzamiento de la sonda Foley no debe exceder las dos horas es porque se corre el riesgo de rebasamiento y puede formar globo vesical, lo que significa la retención de orina en la vejiga debido a la incapacidad de poder evacuarla con normalidad. Se puede producir porque exista una obstrucción o por pérdida de tono en la musculatura de la vejiga que no detecta el aumento de presión que ejerce la orina en esta, además de aumentar el riesgo de infecciones urinarias. El 8% que aún no sabe sobre este cuidado es personal que no asiste a las sesiones educativas, porque se justifica nuevamente la necesidad de los protocolos de actuación.

GRÁFICO 43

CONSECUENCIAS DE LAS TRACCIONES BRUSCAS DURANTE EL TRASLADO O MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

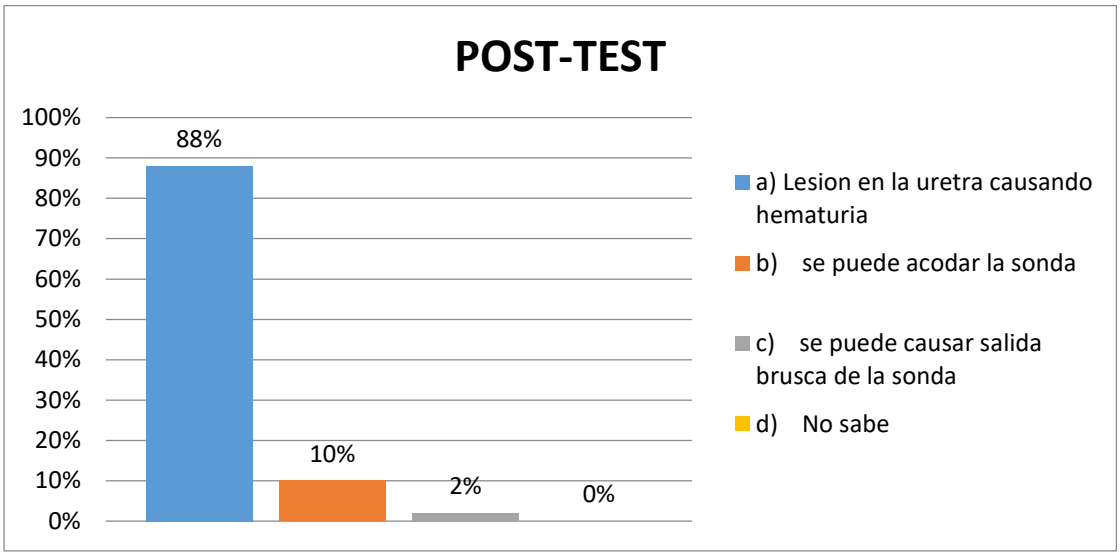
Análisis e interpretación de datos:

Los resultados de los pre-test expresados en la gráfica muestran que el 45% de los encuestados considera que se puede producir lesión en la uretra causando hematuria, durante el traslado o movilización del paciente con sonda Foley, el 25% indica que se puede acodar la sonda y el 30% cree que puede causar salida brusca de la sonda.

Si bien una mayoría del personal conoce sobre las consecuencias de un traslado brusco, es necesario un esfuerzo formativo para el resto del personal auxiliar de enfermería, ya que de producirse cualquiera de estas situaciones significaría someter al paciente a una nueva categorización con el consiguiente riesgo de infecciones urinarias y el retardo en la recuperación del mismo.

GRÁFICO 44

CONSECUENCIAS DE LAS TRACCIONES BRUSCAS DURANTE EL TRASLADO O MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



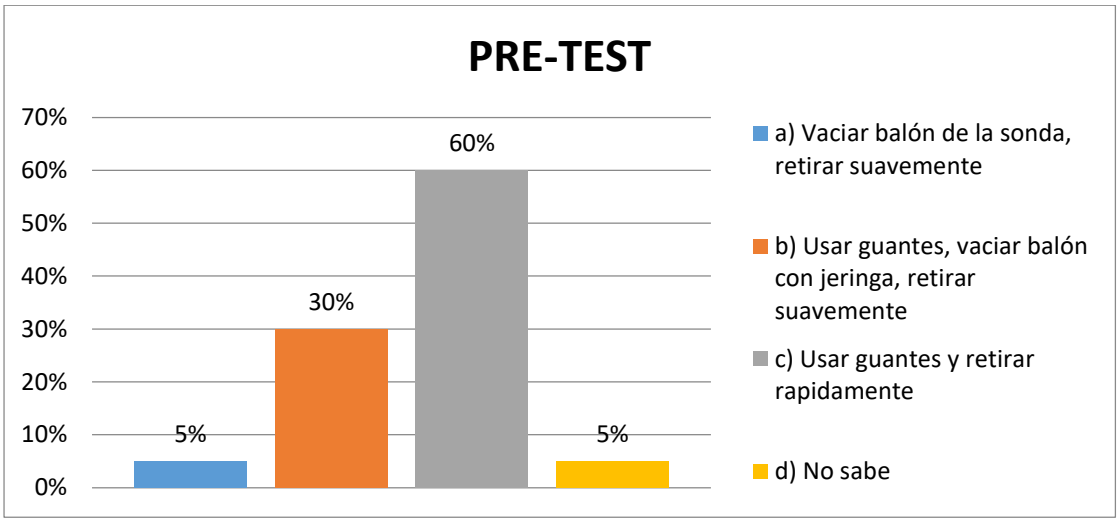
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

Se evidencia que después de la aplicación de las sesiones educativas que el 88% del personal de enfermería cuenta con el conocimiento correcto sobre las consecuencias de las tracciones bruscas durante el traslado o movilización del paciente con sonda Foley. Y solo un 12% necesita todavía un refuerzo en el área.

GRÁFICO 45

LA TÉCNICA DE RETIRADA DE SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

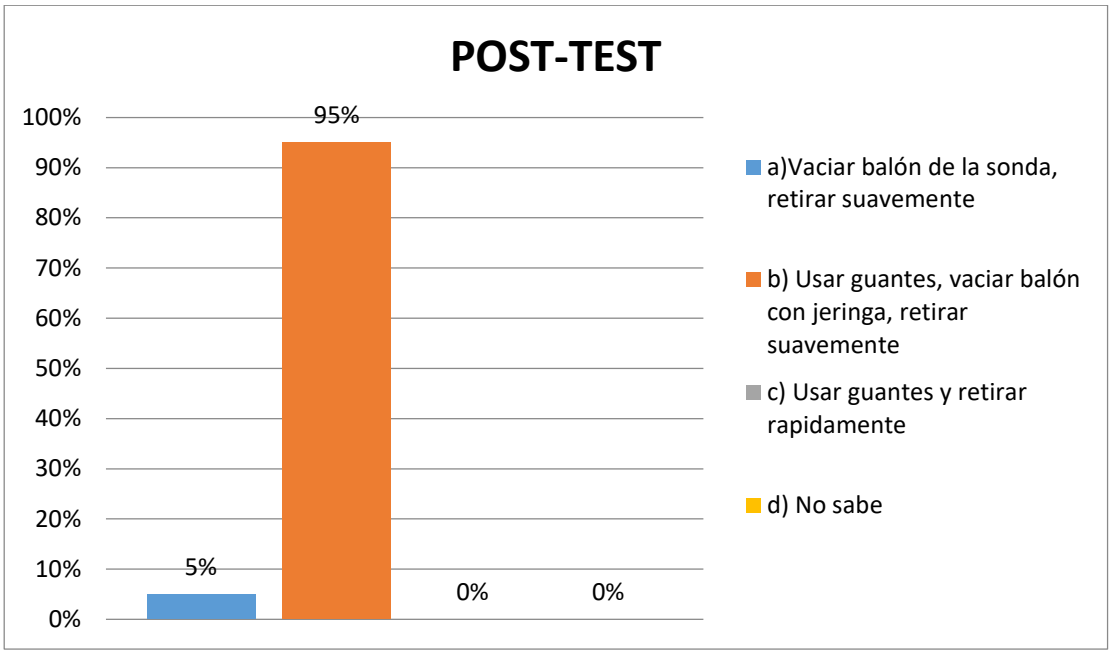
Análisis e interpretación de datos:

Considerando que estos procedimientos deben estar enfocados a prevenir las infecciones urinarias, la técnica correcta para la retirada de la sonda Foley siempre debe contemplar el uso de guantes, vaciamiento del balón y la retirada con suavidad de la sonda se obtuvo que solo el 30% de la población tiene conocimientos cabales al respecto; un 5% considera el vaciamiento del balón y la retirada, mas no considera la jeringa para este efecto, llama la atención que el 60% considera el uso de guantes y la retirada rápida descuidando el vaciamiento del balón, el 5% no sabe al respecto.

Esta falencia en los conocimientos del personal podría llevar a cometer errores que podría significar complicaciones severas prolongando la estancia hospitalaria de los pacientes exponiéndolos a mayor riesgo de infecciones.

GRÁFICO 46

LA TÉCNICA DE RETIRADA DE SONDA FOLEY SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

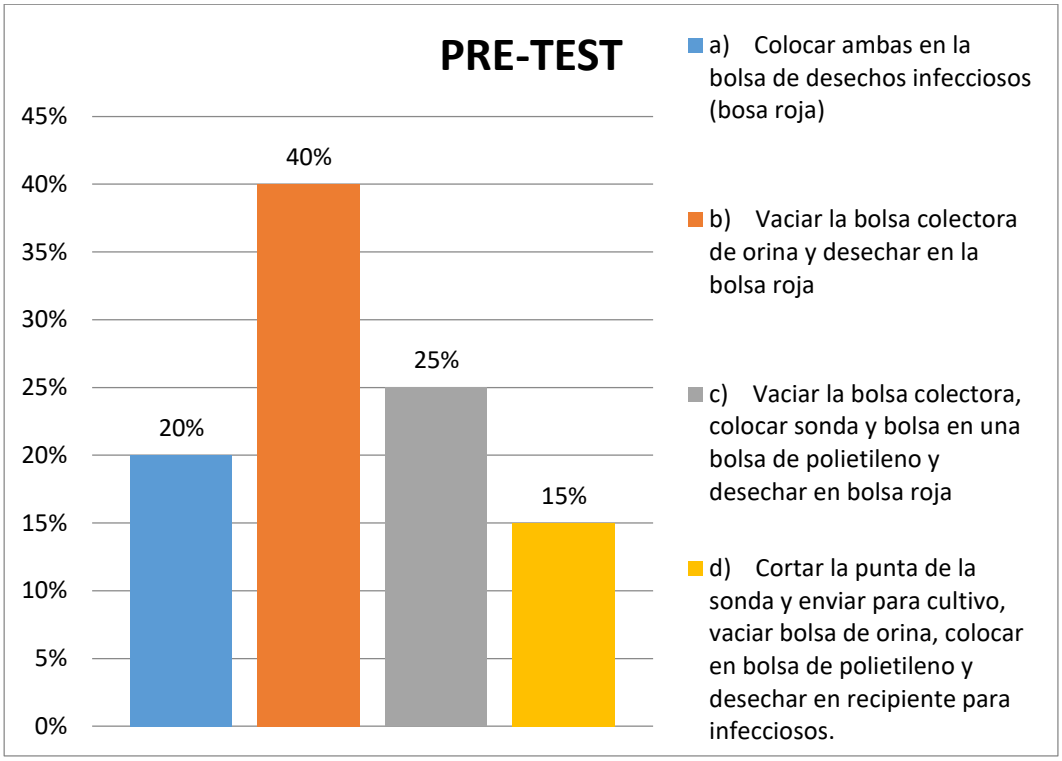
Análisis e interpretación de datos:

La grafica muestra que el 95% considera la respuesta correcta usar guantes, vaciar balón con jeringa y retirar suavemente. El 5% cree que vaciar balón de la sonda y retirar suavemente.

La evaluación post educación muestra un incremento en el nivel de conocimiento en relación a la gráfica anterior. Así se evidencia que un 95% selecciona el inciso (b) como correcto para el cuidado mencionado, sin embargo, también existe personal que requiere más educación y seguimiento durante la realización de los cuidados. Se recomienda hacer uso y aplicación de los protocolos propuestos.

GRÁFICO 47

DISPOSICIÓN Y ELIMINACIÓN DE LA SONDA Y BOLSA COLECTORA UNA VEZ RETIRADA DEL PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

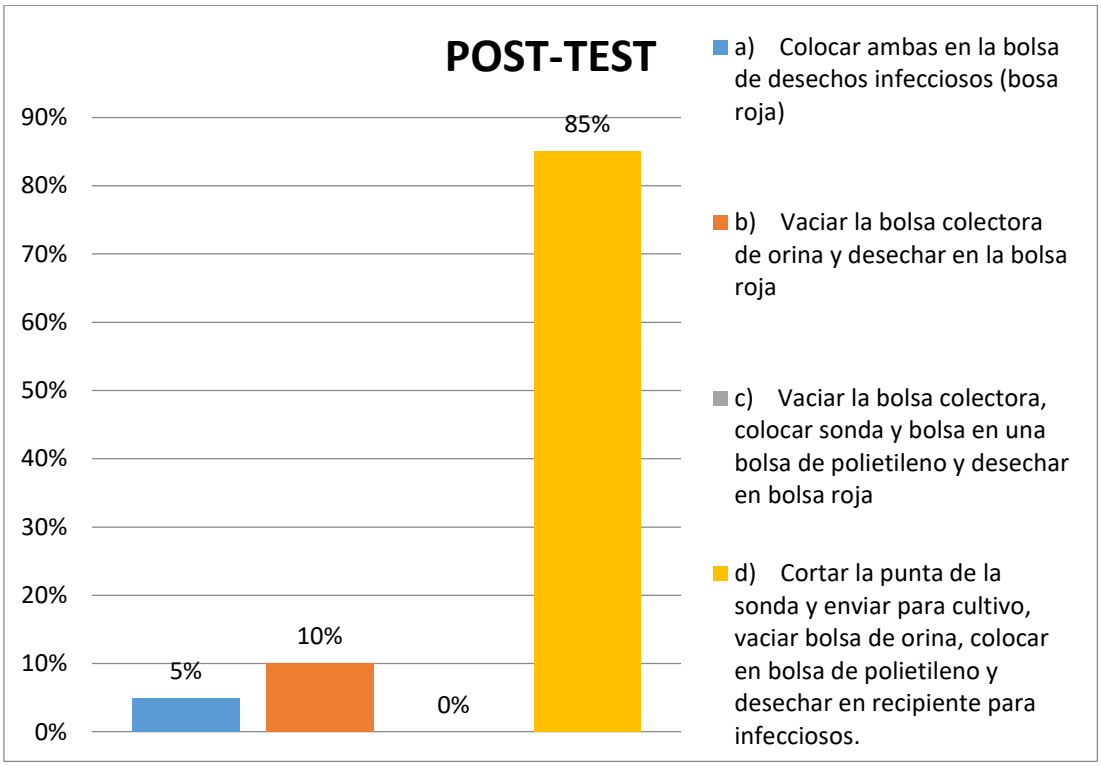
Los resultados de la encuesta de conocimiento indican que el 40% considera que se debe vaciar la bolsa colectora de orina y desechar en la bolsa roja una vez retirada la sonda y bolsa colectora, el 25% indica que se debe vaciar la bolsa colectora, colocar la sonda y bolsa de polietileno y desechar en la bolsa roja, 20% manifiesta qué se debe colocar ambas en la bolsa de deshechos infecciosos y 15% responde cortar la punta de la sonda y enviar para cultivo, vaciar bolsa de orina, colocar en bolsa de polietileno y desechar en recipiente para infecciosos.

Tomando en cuenta que este último procedimiento es el correcto, se logra evidenciar deficiencias en el nivel de conocimientos en el procedimiento correcto una vez retirada la sonda y bolsa colectora.

Es preciso que las instituciones no mantengan él envió de la punta de la sonda para el análisis en laboratorio ya que esto permitiría un tratamiento oportuno en caso de existir una infección urinaria.

GRÁFICO 48

DISPOSICIÓN Y ELIMINACIÓN DE LA SONDA Y BOLSA COLECTORA UNA VEZ RETIRADA DEL PACIENTE SEGÚN RESPUESTA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA CLÍNICA COPACABANA ENERO – JUNIO 2018



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas, 2018.

Análisis e interpretación de datos:

Según los resultados del post test, el gráfico muestra que el 85% responde la opción d) de cortar la punta de la sonda y enviar para cultivo, vaciar bolsa de orina, colocar en bolsa de polietileno y desechar en recipiente para infecciosos. Lo que quiere decir que la capacitación ha tenido efecto positivo y se cuenta ahora con un personal más cualificado.

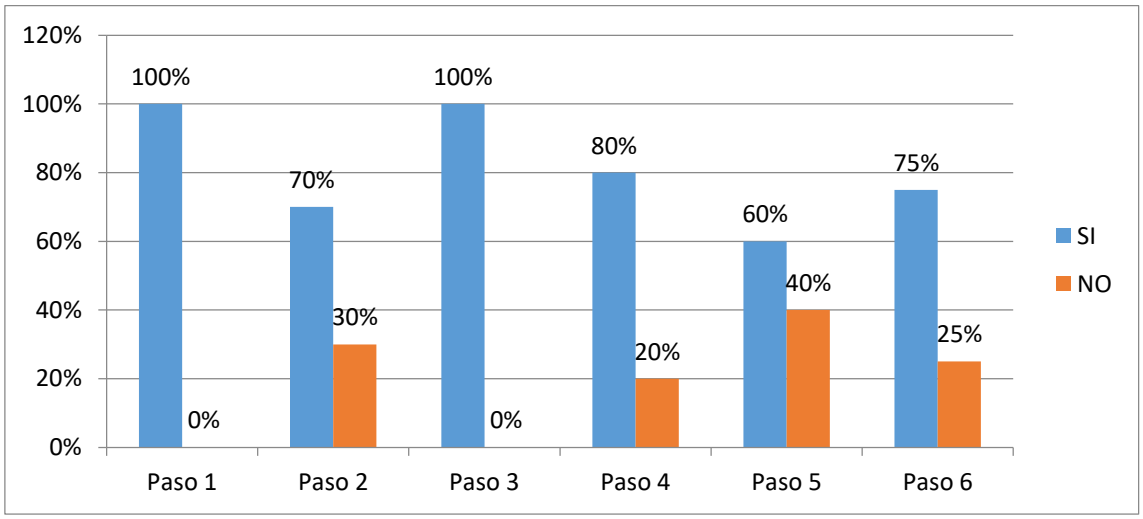
5.2. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACUERDO A LA LISTA DE COTEJO, POR EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA COPACABANA

Una vez aprobados y socializados los protocolos propuestos se procedió a evaluar las actitudes y prácticas de la población en estudio, cuyos resultados se presentan a continuación.

GRÁFICA 49

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 1

LAVADO DE MANOS EN LOS PASOS DEL 1 AL 6



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

1. Reúne el equipo
2. Retira alhajas (reloj y anillos)
3. Abre la llave y graduar el volumen del agua
4. Toma el jabón, lo humedece y enjabona las manos
5. Lava el jabón y lo coloca en la jabonera enjabonar la llave del chorro y cerrarla
6. Fricciona las manos en el orden siguiente:

- Palmas
- Espacios interdigitales
- Dorso de las manos
- Muñeca hasta el tercio medio del antebrazo y limpiar las uñas

Análisis e interpretación:

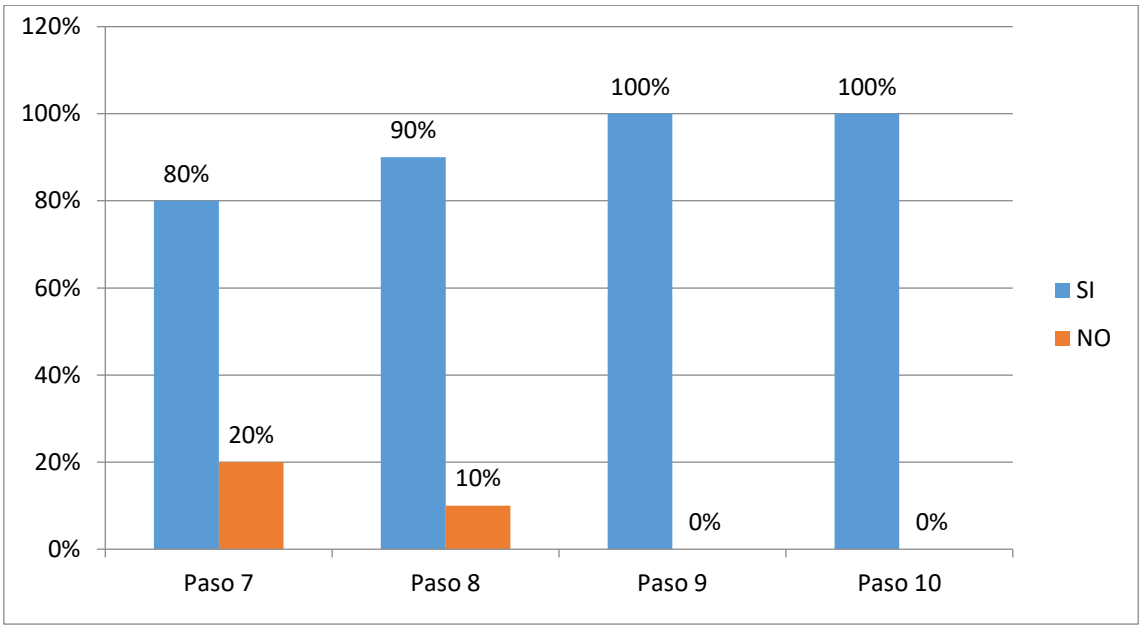
- El paso 1 se cumple a cabalidad
- El paso 2 se observa que un 30% no Retira alhajas (reloj y anillos)
- El paso 3 se cumple a cabalidad
- Paso 4, solo el 80% sigue la normativa, el 20% lo hace muy superficialmente.
- Paso 5, en 40% no lava el jabón y lo coloca en la jabonera y enjabonar la llave del chorro y cerrarla
- El paso 6, el 25% no sigue el protocolo.

Se puede evidenciar que aun con la educación, la demostración durante las sesiones clínicas y la existencia de los protocolos, el personal auxiliar todavía es renuente a realizar los procedimientos según la normativa.

GRÁFICA 50

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 1

LAVADO DE MANOS EN LOS PASOS DEL 7 AL 10



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

7. Abre la llave del chorro, enjuaga sus manos sosteniéndolas hacia arriba.
8. Repite los pasos del 3 al 7
9. Lava y cierra la llave del chorro
10. Seca las manos presionando en forma rotativa de los dedos hacia el tercio medio del antebrazo

Análisis e interpretación:

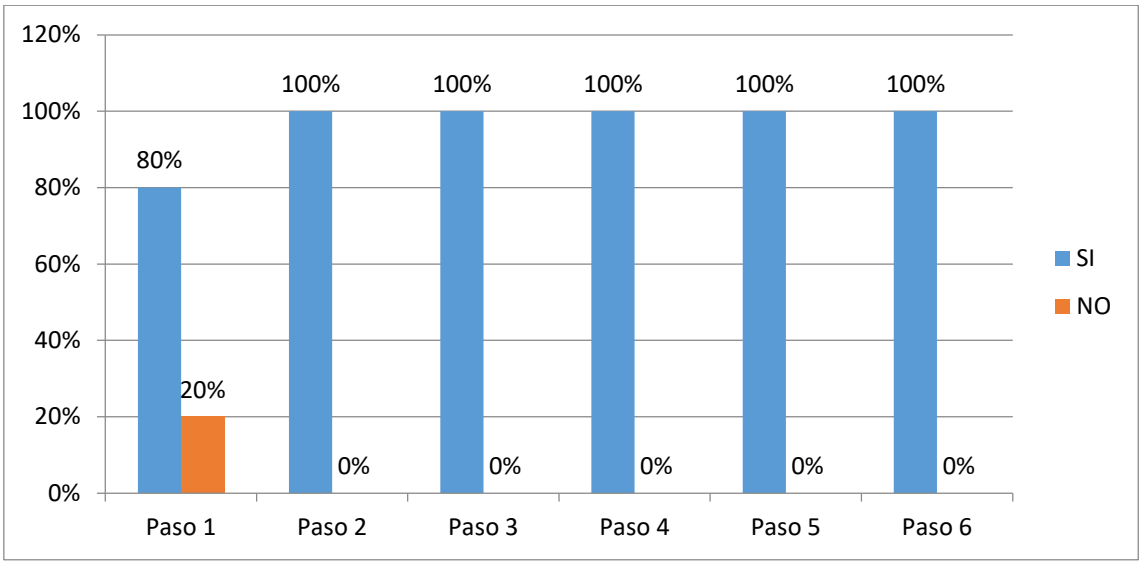
El paso 7, el 20% del personal no cumple la normativa

El paso 8, persiste y no realizo lo recomendado

Los pasos 9 y 10 son realizados por el 100% del personal auxiliar de enfermería.

GRÁFICA 51

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 2 PREPARACIÓN DE MATERIALES PARA COLOCADO DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 6



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

1. Se realiza lavado de manos clínico antes de la preparación del material.
2. Explica el procedimiento y la razón del mismo al paciente
3. Respeta la intimidad del paciente
4. Solicita a la central el equipo de cateterización.
5. Prepara las soluciones antisépticas
6. Prepara cinta adhesiva

Análisis e interpretación:

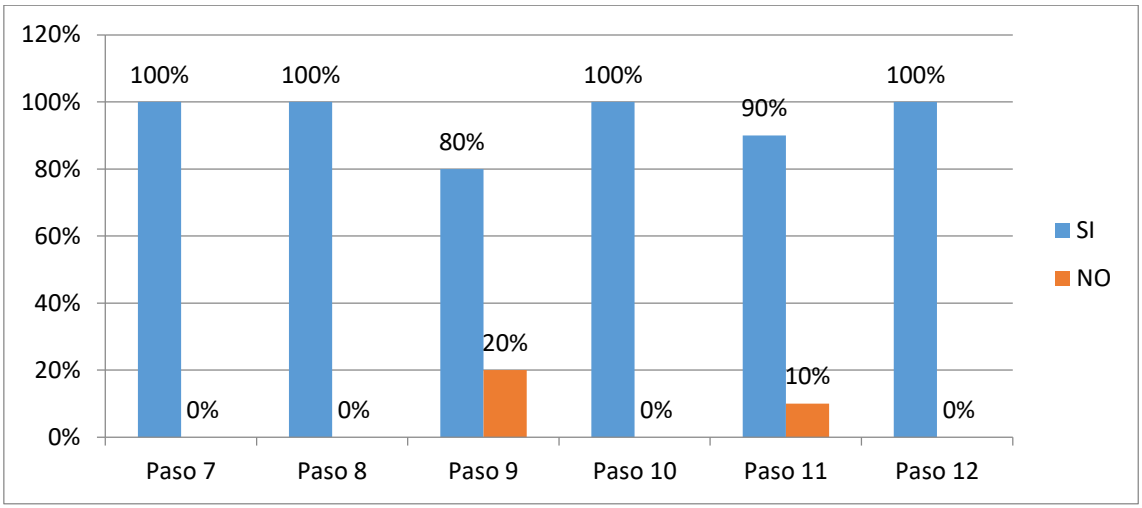
Respecto de la preparación de material para el colocado de la sonda Foley se evidencia que:

Los pasos 2, 3, 4, 5 y 6 lo realizan a cabalidad.

El paso 1, un 20% del personal no lava sus manos antes de este paso, considerando que el lavado de manos es el principal medio de contaminación, este personal está incurriendo en un grave error.

GRÁFICA 52

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 2 PREPARACIÓN DE MATERIALES PARA COLOCADO DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 7 AL 12



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

7. Prepara jeringas
8. Prepara bolsa colectora
9. Prepara guantes estériles
10. Prepara guantes de manipulación
11. Prepara chata o riñonera
12. Prepara ampollas de agua destilada

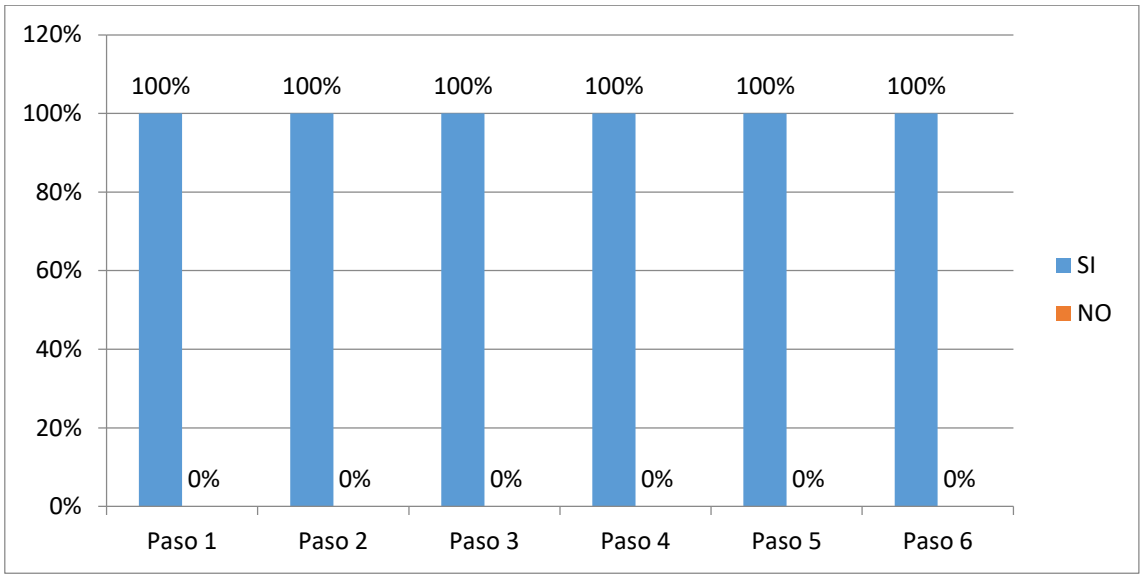
Análisis e interpretación:

Los pasos 7, 8, 10 y 12 lo realizan a cabalidad

En el paso 9 solo el 80% del personal prepara guantes estériles; 90% prepara chata o riñonera, este hecho retarda el procedimiento porque deben salir a buscarlo varias veces, exponiendo al paciente innecesariamente.

GRÁFICA 53

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 3 ASISTENCIA DURANTE COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 6 (Sondaje vesical masculino)



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

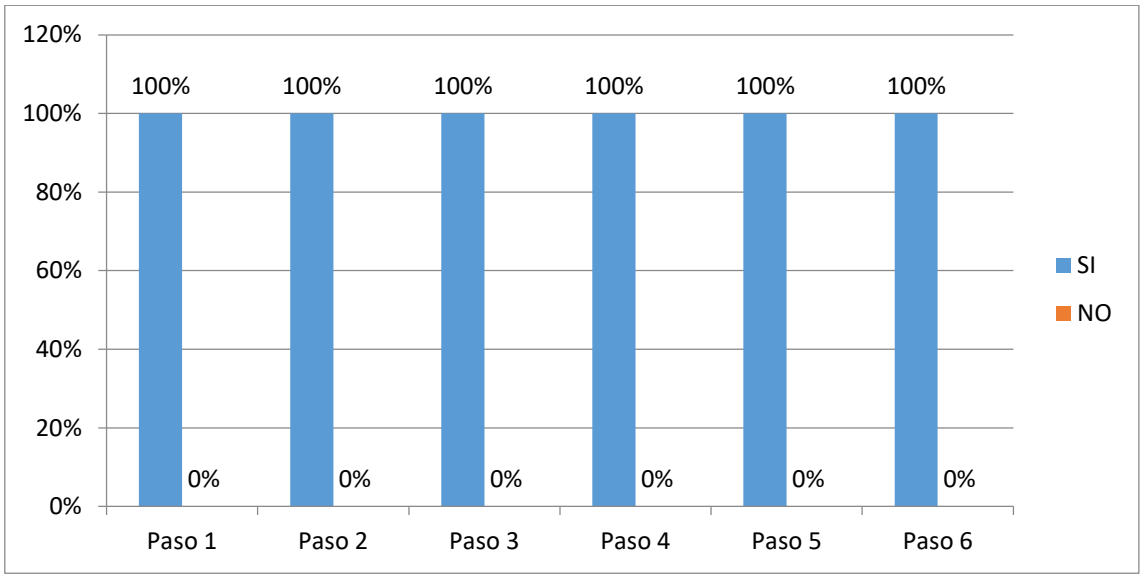
1. Toma las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía
2. Manipula el catéter de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles.
3. Conecta el catéter al sistema colector. Usando sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa
4. Sujeta el pene con una gasa, lo coloca en posición vertical y retrae el prepucio.
5. Lubrica el catéter y uretra abundantemente
6. Ejerce una pequeña tracción, para luego introducir el catéter suavemente hasta que salga orina.

Análisis e interpretación:

El protocolo de asistencia durante la colocación de la sonda Foley es cumplido a cabalidad por el 100% de la población en estudio.

GRÁFICO 54

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 3 ASISTENCIA DURANTE COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 7 AL 12 (Sondaje vesical masculino)



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

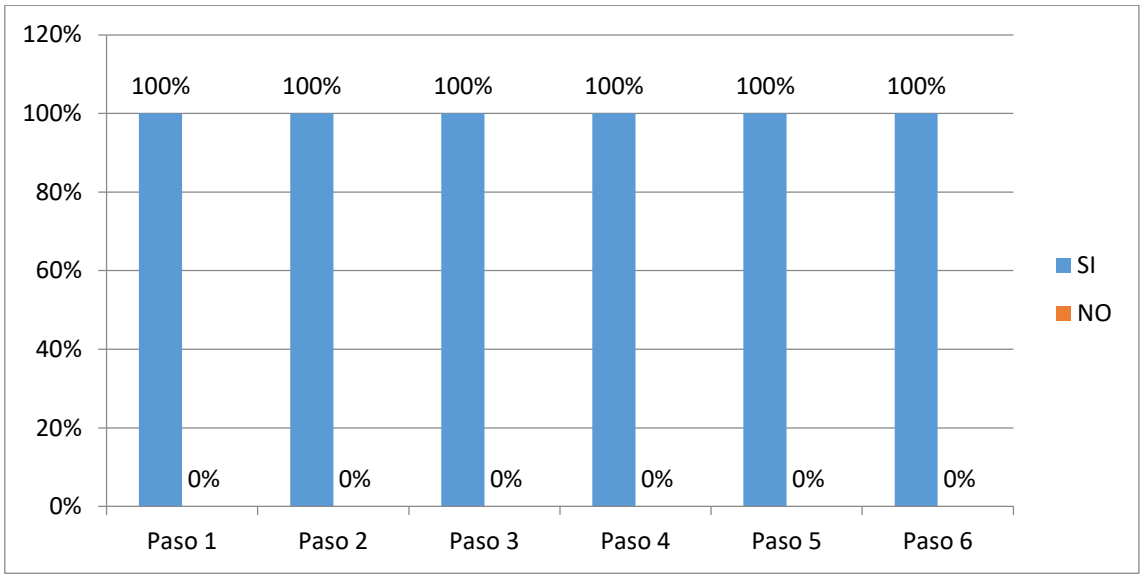
7. Infla el globo con 8-10 ml de agua destilada estéril y tracciona levemente, hasta notar resistencia, para asegurar su anclaje
8. Limpia el glande de residuos.
9. Regresa el prepucio a su posición, para evitar parafimosis
10. Fija la sonda en la cara anterior del muslo
11. La bolsa colectora queda fijada al soporte
12. Lavado de manos, según protocolo, tras la finalización de la técnica.

Análisis e interpretación:

El protocolo de asistencia durante la colocación de la sonda Foley es cumplido a cabalidad por el 100% de la población en estudio.

GRÁFICO 55

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 3 ASISTENCIA DURANTE COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 6 (Sondaje vesical femenino)



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

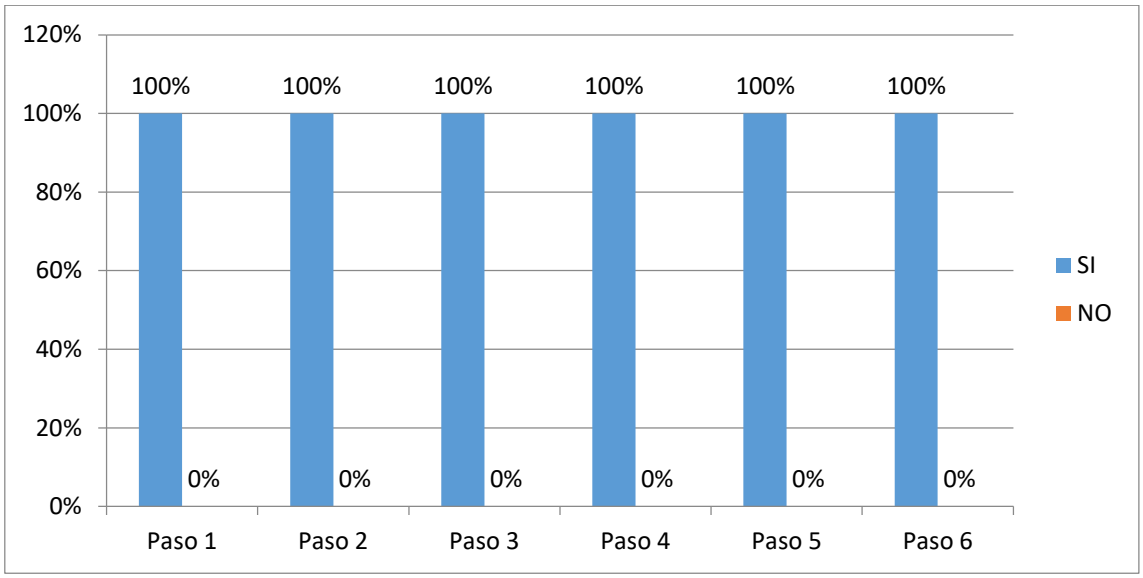
1. Toma las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía
2. Manipula el catéter de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles.
3. Conecta el catéter al sistema colector. Usando sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa
4. Pincelea con clorhexidina al 0,02% los genitales externos.
5. Lubrica el catéter y uretra abundantemente.
6. Introduce el catéter suavemente, para no provocar traumatismos, por el meato hasta que salga orina

Análisis e interpretación:

El protocolo de asistencia durante la colocación de la sonda Foley es cumplido a cabalidad por el 100% de la población en estudio.

GRÁFICO 56

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 3 ASISTENCIA DURANTE COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 7 AL 11



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

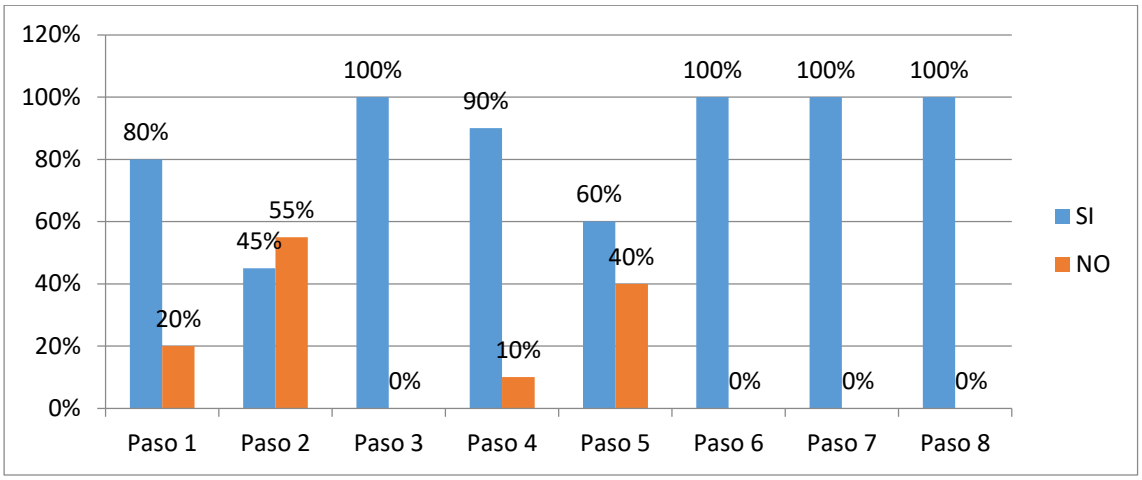
7. Infla el globo con 8-10 ml de agua destilada estéril y tracciona levemente, hasta notar resistencia, para asegurar su anclaje
8. Limpia el glande de residuos.
9. Regresa el prepucio a su posición, para evitar parafimosis
10. Fija la sonda en la cara anterior del muslo
11. La bolsa colectora queda fijada al soporte

Análisis e interpretación:

El protocolo de asistencia durante la colocación de la sonda Foley es cumplido a cabalidad por el 100% de la población en estudio.

GRÁFICA N° 57

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 4 PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 8



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

1. Comprueba la identidad del paciente.
2. Informa al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicita su colaboración
3. Proporcionar intimidad
4. Coloca al paciente (varón) en decúbito supino, con las piernas separadas
5. Da a conocer al paciente que el procedimiento es molesto y en ocasiones doloroso
6. Pide al paciente no hacer movimientos bruscos; la sonda se introducirá con suavidad y lentamente, con la finalidad de disminuir las molestias que causa
7. Pide al paciente su cooperación para hacer el procedimiento menos traumático
8. Pide al paciente confiar en el procedimiento ya que la aprensión puede hacer imposible el paso de la sonda por espasmos en el esfínter externo

Análisis e interpretación:

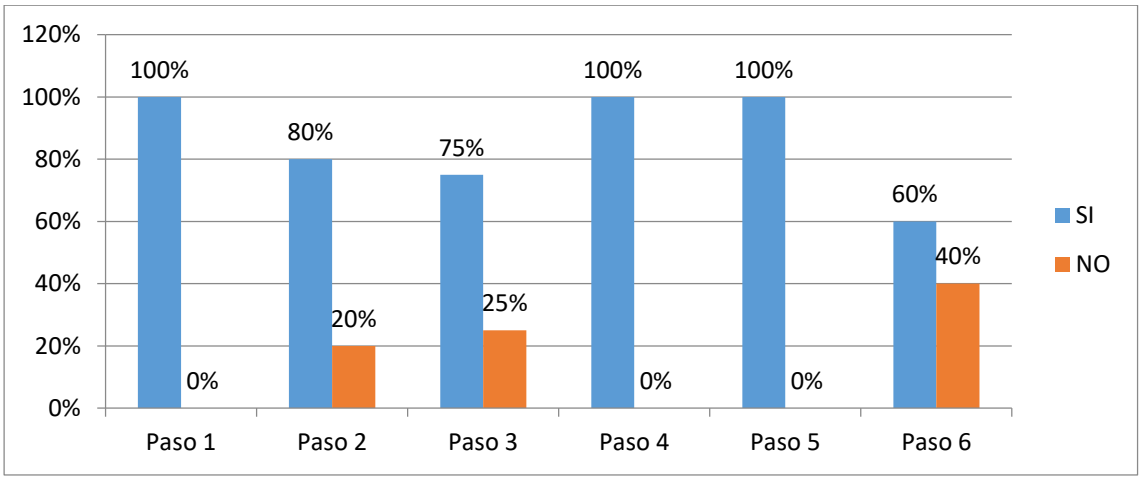
Durante la preparación del paciente para la colocación de la sonda Foley se observa que aún existen falencias en el cumplimiento de los protocolos; solo los pasos 3, 6, 7 y 8 se cumple a cabalidad, el 20% no identifica al paciente, 55%

no proporciona información sobre el procedimiento, 10% no coloca al paciente varón con las piernas separadas, un 40% no coloca en posición correcta independientemente sea el paciente hombre o mujer.

Es preocupante la falta de conocimiento con el paciente y el personal auxiliar de enfermería durante la realización del procedimiento, esto afecta en la predisposición para colaborar y hacer menos traumático el procedimiento.

GRÁFICO 58

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 5
IDENTIFICACIÓN Y FIJACIÓN DE LA SONDA EN LOS PASOS DEL 1 AL 6



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

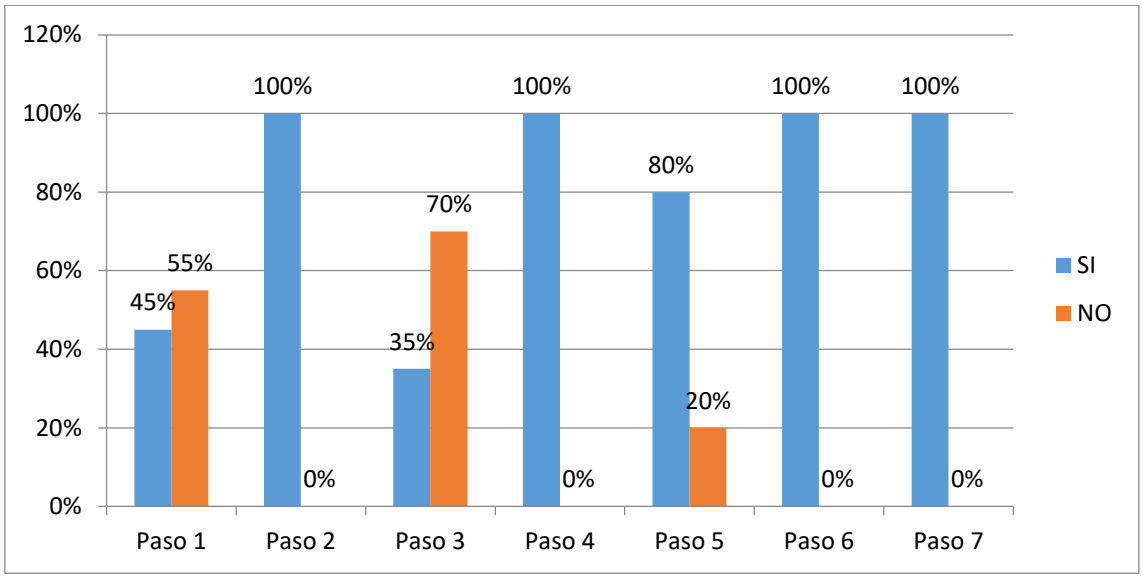
1. Coloca la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga
2. Mantiene la fijación correcta de la sonda vesical en el muslo del paciente
3. Verifica que el catéter del sistema cerrado y la sonda se encuentra libre de obstrucciones o acodaduras.
4. Verifica y cambia las cintas de sujeción de la sonda en caso necesario
5. Identificar con fecha, hora y nombre de la persona que puso la sonda
6. Registra el procedimiento en notas de enfermería

Análisis e interpretación:

El protocolo de identificación y fijación de la sonda Foley tiene un incumpliendo de entre 20 a 40%, en los diferentes pasos a realzarse, si llama atención que el 40% la población estudiada no cumple con el paso 6 es decir no registra el procedimiento en las notas de enfermería constituyendo esto en grave error, se de recomendar la importancia del registro ya que constituye en respaldo de todo el accionar de enfermería puesto que certifica la atención oportuna del paciente.

GRÁFICA N° 59

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 6 VACIAMIENTO DE LA BOLSA COLECTORA DE ORINA EN LOS PASOS DEL 1 AL 7



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

1. Se realiza lavado de manos antes de descartar la orina de la bolsa colectora y/o manipulación de la sonda Foley y el sistema cerrado.
2. Se coloca los guantes de manipulación
3. Verifica el nivel de orina en la bolsa
4. Abre la llave de paso de bolsa
5. Tiene cuidado de vaciar el contenido en el recipiente para este efecto (jarra)
6. Cierra la llave de seguridad
7. Desclampa el trayecto

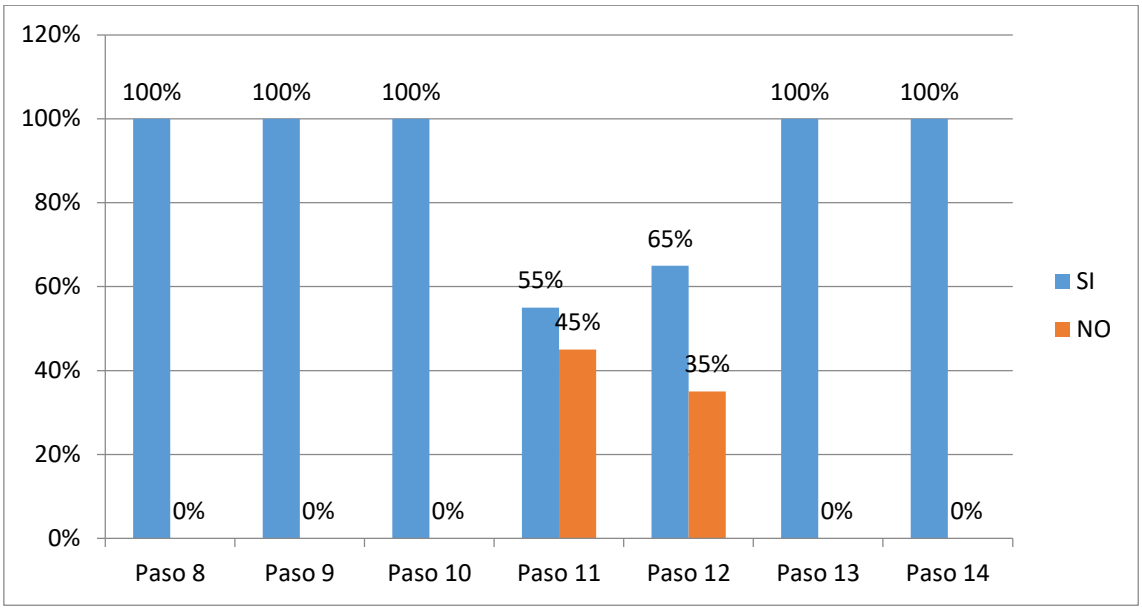
Análisis e interpretación:

Según la evaluación de aplicación del protocolo de vaciamiento de la bolsa colectora de orina en los pasos 2,4, 6 y 7 se cumplen a cabalidad por todo el personal, sin embargo, el lavado de manos solo lo realiza el 45%; el nivel o

cantidad de orina en la bolsa no es evidenciado por un 70% del personal, es importante recomendar su averiguación puesto que permite evaluación el funcionamiento renal del paciente. Un 20% no se abre la llave de drenaje para el vaciado tenido que revisar nuevamente el procedimiento y encontrar el error.

GRÁFICA N° 60

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 6 VACIAMIENTO DE LA BOLSA COLECTORA DE ORINA EN LOS PASOS DEL 8 AL 14



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

8. Coloca la bolsa en el soporte del catre (fija adecuadamente)
9. Verifica que la bolsa no quede en suelo
10. Verifica la fijación en todo el trayecto del tubo
11. Deja cómodo al paciente
12. Cuantifica la orina
13. Lava el material
14. Registra en notas

Análisis e interpretación:

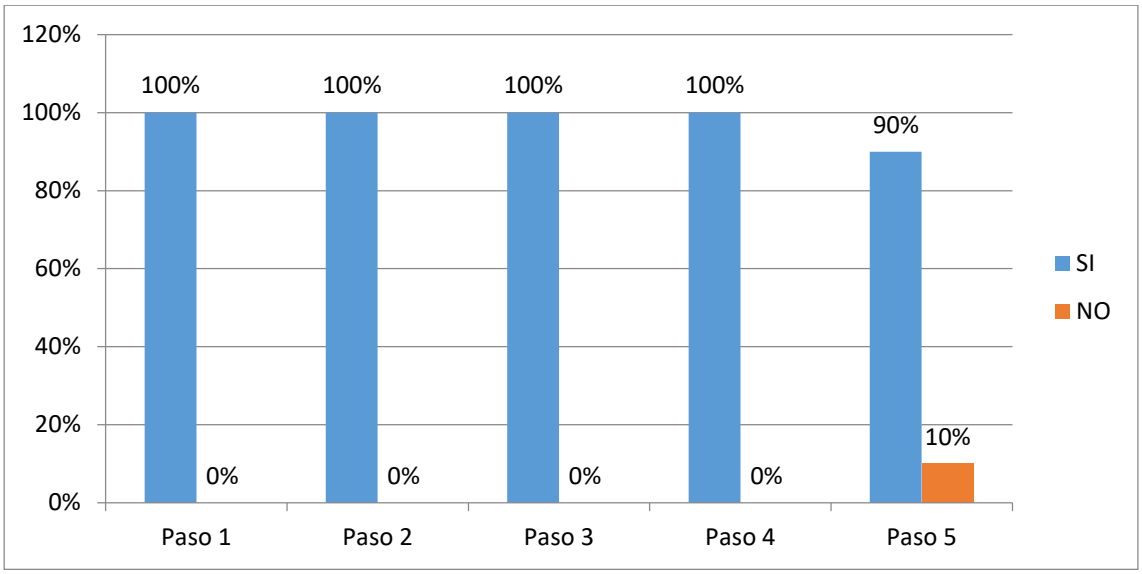
Según la representación gráfica del personal auxiliar de enfermería se ve que los pasos 7,8 y 9 son realizados por el 100% cumpliendo los pasos que indica los protocolos.

Sin embargo, aún existen falencias en el paso 11 y 12. Por lo es preciso que se recomiende la aplicación de los protocolos, puesto que de alguna manera contribuirá a disminuir los errores para mejorar la calidad de atención en este servicio.

GRÁFICO 61

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 7

RETIRO DE LA SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 5



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

1. Si hay orina en la bolsa, lo vacía.
2. Se lava sus manos
3. Reúne los materiales necesarios
4. Conecta la jeringa con la vía del balón de la sonda
5. Aspira hasta que el agua del balón se vacíe en la jeringa

Análisis e interpretación:

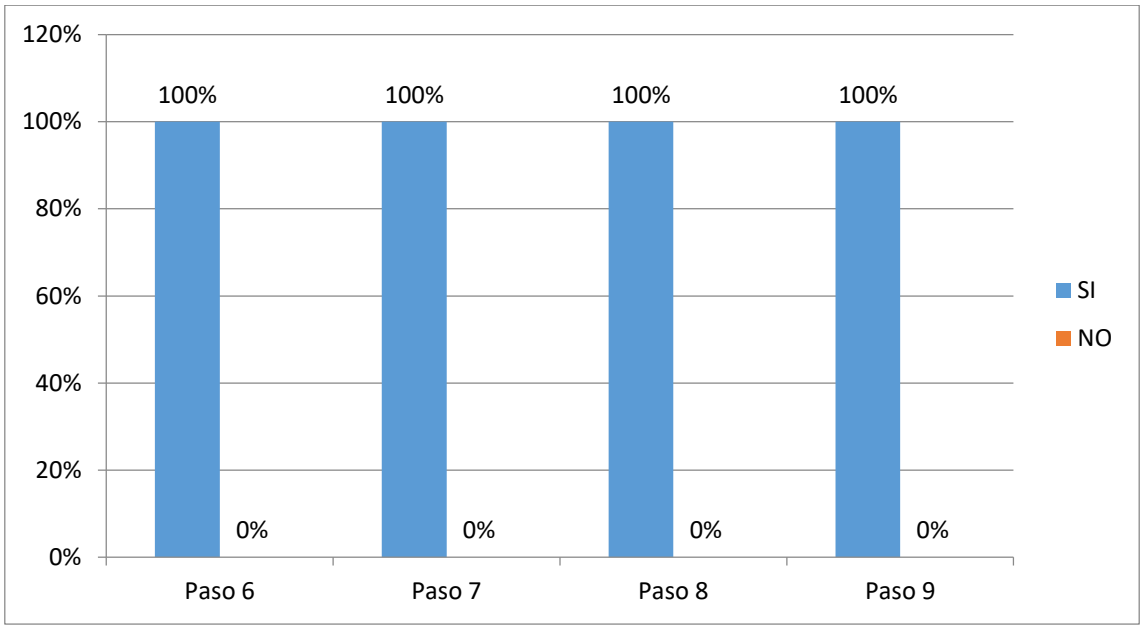
Los pasos 1, 2, 3 y 4 cumplen con el 100%

El 10% no cumple el paso correcto de desinflar el balón de la sonda para su retirada. Una vez más se evidencia que el personal auxiliar comete errores que podría traer consecuencias muy graves para el paciente y obviamente desmerecerse el trabajo, se recomienda que el personal cumpla a cabalidad con los procedimientos.

GRÁFICO 62

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 7

RETIRO DE LA SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 6 AL 9



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

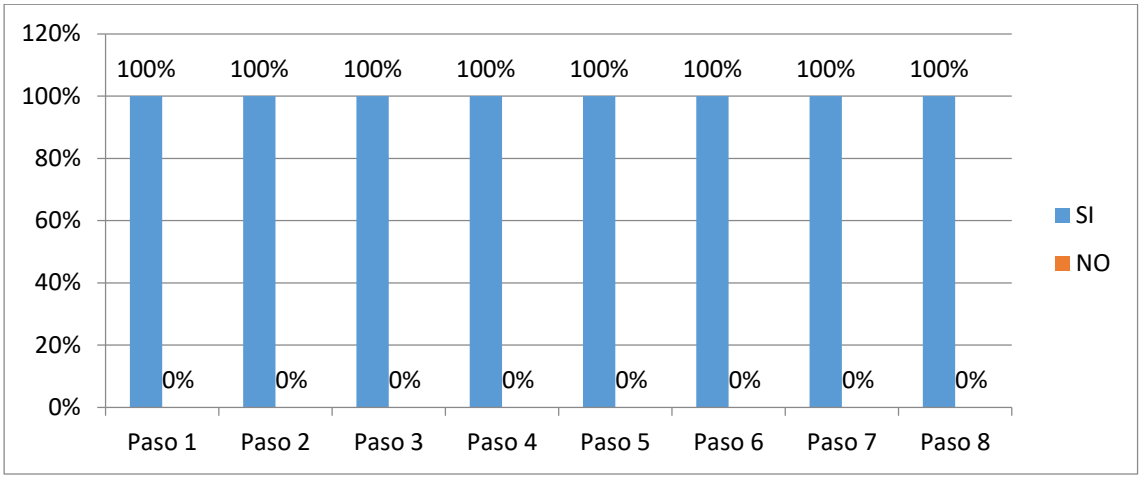
6. Una vez que el balón esté vacío, jala suavemente de la sonda para quitarla.
7. Tira la sonda usada y la jeringa a la basura. Coloca la sonda y la jeringa en la bolsa de deshecho.
8. Si se ha derramado algo de agua u orina, limpia con una toalla.
9. Lava sus manos otra vez

Análisis e interpretación:

Los pasos 6, 7, 8 y 9 se cumplen por el 100% del personal auxiliar de enfermería.

GRÁFICO 63

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 8 MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 1 AL 8



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

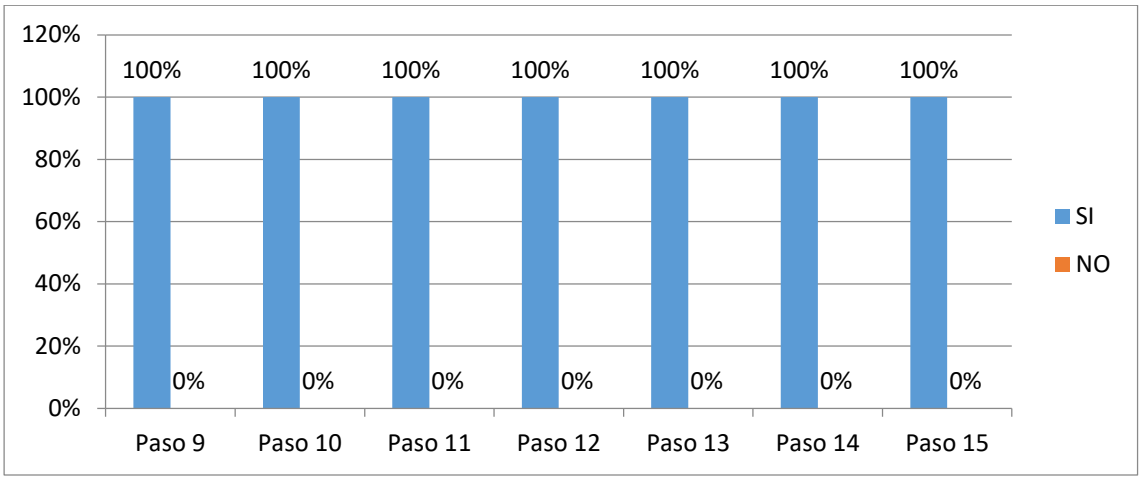
1. Prepara el material.
2. Solicita la colaboración del paciente y familia.
3. Se coloca los guantes no estériles.
4. Coloca la cama en posición y altura adecuada y frenada.
5. Protege vías, drenajes, sondas y otros dispositivos que pueda tener el paciente.
6. Coloca de frente a la dirección del movimiento para evitar el giro de la espalda
7. Adopta una postura de base amplia para aumentar la estabilidad y mantener el equilibrio.
8. Contraer los músculos glúteos, abdominales, de las piernas y los brazos

Análisis e interpretación:

Todos los pasos se cumplen con los procedimientos indicados en un 100%.

GRÁFICO 64

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 8 MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY EN LOS PASOS DEL 9 AL 15



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

9. Coloca dispositivos de apoyo necesarios para mantener la alineación corporal (almohadas, estribo, bota de pie...)
10. Vigila del estado general del paciente.
11. Deja al paciente en una postura cómoda.
12. Retira el material utilizado
13. Retira los guantes.
14. Realiza lavado de manos y/o utilización de solución alcohólica.
15. Registra los cuidados realizados en los registros de enfermería

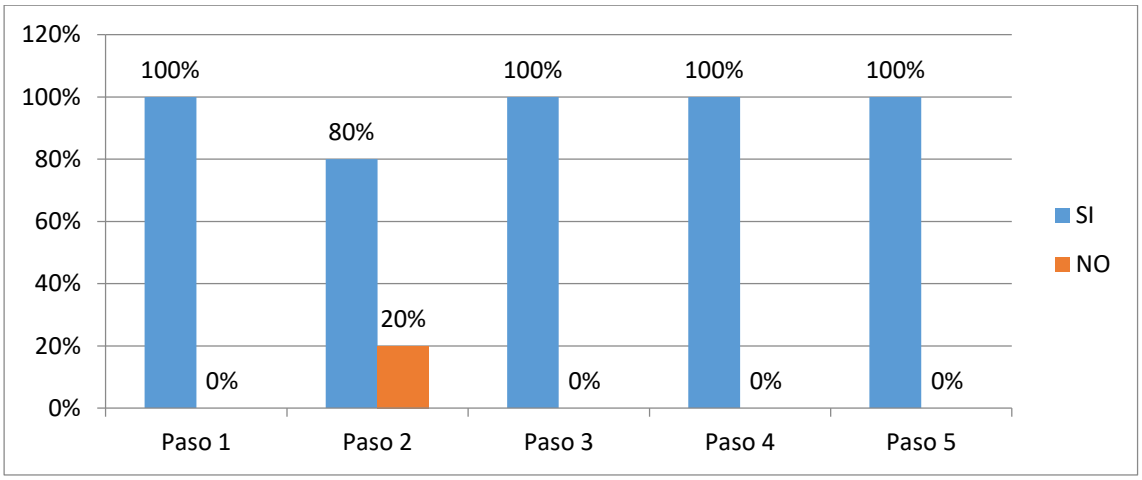
Análisis e interpretación:

Todos los pasos se cumplen con los procedimientos indicados en un 100%

GRÁFICO 65

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 9

ASEO PERINEAL EN LOS PASOS DEL 1 AL 5



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

1. Valora el área genital en el momento del aseo perineal
2. Preparar todo el material necesario junto a la cama del paciente.
3. Coloca al paciente en decúbito supino, si es posible, con las rodillas ligeramente flexionadas y las piernas separadas.
4. Realizar la higiene de manos.
5. Colocarse guantes no estériles.

Análisis e interpretación:

El 100% del personal auxiliar cumple con el procedimiento en los pasos 1,3, 4 y 5.

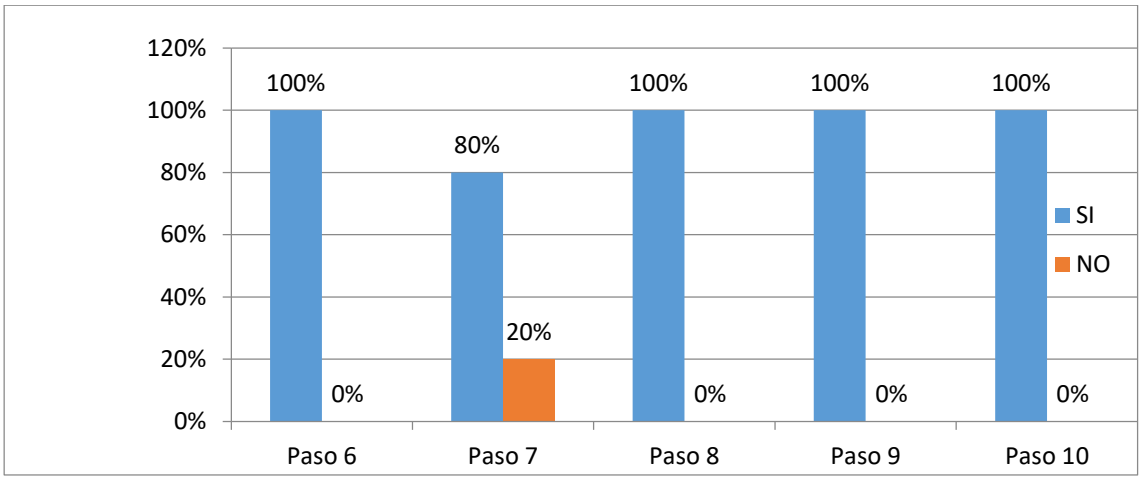
Existe mayor falencia en el paso 2, donde el 60% no cumple con preparar todo el material necesario junto a la cama del paciente.

Las falencias que aún existen en este aspecto podrían deberse al hecho de no leer los protocolos.

GRÁFICO 66

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 9

ASEO PERINEAL EN LOS PASOS DEL 6 AL 10



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

6. Preparar las palanganas (2) con agua
7. Retirar la ropa innecesaria que cubre la cama, descubrir la zona genital del paciente y cubrirlo parcialmente con una sábana.
8. Colocar un protector de cama debajo de la zona perineal.
9. Realiza correctamente el secado del área genital al finalizar el procedimiento.
10. Realiza el cambio de la fijación de la sonda Foley después del aseo perineal

Análisis e interpretación:

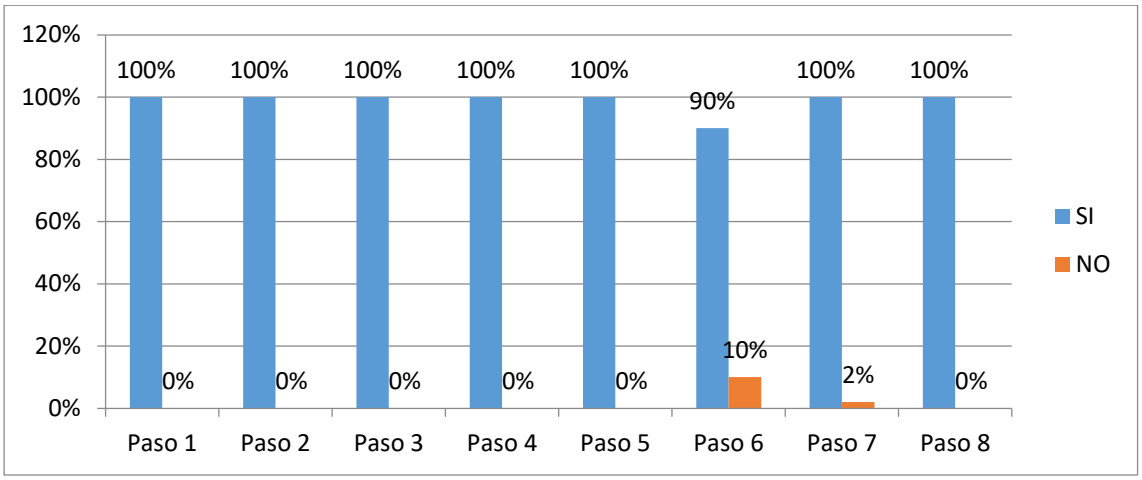
Los pasos 6, 8, 9 y 10 se cumplen al 100%.

Un 20% del personal auxiliar de enfermería no cumple el paso 7, con utilizar una sabanilla doblada en triangulo para cubrir correctamente las piernas, si la sala no cuenta con biombo y cortinas que permite dar privacidad a la paciente.

Las falencias por parte del personal auxiliar en cuanto a cumplir en todos los pasos según protocolo se deben en gran medida a que su formación no contempla desempeño en estas áreas.

GRÁFICO 67

EVALUACIÓN SEGÚN LISTA DE COTEJO DE PROTOCOLO N° 10 ELIMINACIÓN Y DISPOSICIÓN DE LA SONDA FOLEY Y LA BOLSA COLECTORA EN LOS PASOS DEL 1 AL 8



Fuente: Elaboración propia en base a lista de cotejo, 2018.

Ítems de evaluación según protocolo:

1. Lavarse las manos, según protocolo.
2. Colocarse los guantes
3. Una vez retirada la sonda vaciar la bolsa colectora de orina según protocolo
4. Cortar la punta de la sonda Foley para mandar a cultivo (previa prescripción médica)
5. Desechar la sonda Foley y la bolsa colectora en una bolsa de polietileno.
6. Eliminar el contenido de la bolsa de polietileno y los guantes usados en el recipiente para infecciosos (bolsa roja) en el basurero del baño.
7. Lavarse las manos según protocolo.
8. Retirarse los guantes dejando la cara externa hacia adentro y depositarlo en el mismo recipiente para infecciosos.

Análisis e interpretación:

Se cumple al 100% del personal con los pasos 1, 2, 3, 4, 5, y 8.

En el paso 6 el 10% obvia colocar en el recipiente o basurero de desechos infecciosos en (bolsa color rojo). Y en el paso 7 un 2% obvia lavarse las manos según protocolo.

Se puede decir que el personal está cumpliendo con las recomendaciones del protocolo y que si bien hay algunas falencias es importante que asúmanla responsabilidad de trabajar en esta área y continuar mejorando.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A partir de los resultados de la aplicación de instrumentos, actividades de seguimiento y la aplicación de protocolos con la lista de cotejo se llegó a las siguientes conclusiones, dando alcance a los objetivos de investigación a partir de la información obtenida.

CONCLUSIONES

- La hipótesis que se planteó a inicio de la investigación fue comprobada con los resultados del mismo, es decir que por medio de la aplicación del pre test, permitió establecer que el nivel de conocimiento del personal auxiliar de enfermería en el manejo y cuidado de los catéteres vesicales de pacientes del servicio de internación de la Clínica Copacabana es bajo. Lo que pone de manifiesto la necesidad de que se creen estrategias para lograr que todo el personal mejore o fortalezca su nivel de conocimiento. Sin embargo, se tiene fortaleza de conocimiento sobre la correcta técnica para la colocación de una sonda Foley que debe ser siempre estéril, asimismo que, durante el vaciado de la bolsa colectora de orina, las precauciones con la válvula de drenaje durante el vaciado de la bolsa colectora y que la frecuencia del uso de guantes es siempre. Por tanto se ratifica la hipotecas planteada.

- Los resultados del post test muestran una mejoría notable en los conocimientos, sin embargo, se perciben algunas diferencias sobre situaciones como el cambio de la bolsa colectora, la necesidad de pinzar la sonda antes de una recolección de muestra de orina y la valoración y descripción de las características de la orina.

- Con la realización de talleres educativos sobre aplicación de protocolos de enfermería en manejo, cuidado y manipulación de sonda vesical. Se ha mejorado el nivel de conocimiento en el personal auxiliar de enfermería.

- La implementación de los protocolos de atención de enfermería para el manejo, cuidado y manipulación de sondas vesicales, en la clínica Copacabana fue aceptada. Y el personal de enfermería está de acuerdo con implementarla.

- La evaluación de la aplicación de los de los protocolos con la lista de cotejo, permitió valorar una mejora en la práctica del cuidado de los pacientes con sonda Foley, disminuyendo así el riesgo de infecciones urinarias; sin embargo, existen aún algunas falencias lo que denota la necesidad de la educación continuada para este personal.

- Finalmente se ha percibido un cambio positivo en las actitudes de la población en estudio. Ya que ahora cuentan con los protocolos elaborados como una herramienta que contribuya a la mejora de la prestación de cuidados. Para ello, deberán ser periódicamente evaluados y revisados, con objeto de adaptarlos a las nuevas recomendaciones y necesidades.

RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones planteadas se puede establecer las siguientes recomendaciones

a) Para la institución

Seguimiento oportuno y sistemático en la atención a los cuidados, prácticas y actitudes del personal auxiliar de enfermería en el manejo y cuidado de los catéteres vesicales de pacientes del servicio de internación.

Brindar una mejor orientación y capacitación al personal auxiliar de enfermería sobre los cuidados, prácticas y actitudes del personal auxiliar de enfermería en el manejo y cuidado de los catéteres vesicales.

A las enfermeras de la Clínica Copacabana respaldar su actuación en el cuidado de los pacientes con la aplicación de los protocolos de enfermería, los mismos que garantizan un adecuado cuidado del paciente.

b) Para la universidad

Fomentar la elaboración de protocolos de enfermería por parte de los estudiantes como trabajo productivo en cada una de las áreas de formación profesional.

c) Para futuros estudios

Sirva de referencia para futuros trabajos de investigación con la finalidad de profundizar el tema.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Intramed-Medicina General. [Internet]. 2015. Disponible en: Http://www. Intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=70753

2. Grasa Lambea, I. Cateterismo vesical y mantenimiento de la sonda: guía de actuación en atención primaria. 2012.

3. Alvarado R. infecciones intrahospitalarias por sonda Foley. [Internet]. 2015. Disponible en: es.slideshare.net/RocoAlvarado/infecciones-intrahospitalarias-por-sonda-Foley.

4. D'angelo Silvia Beatriz. Población y Muestra. [Internet]. 2013. Disponible en:https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/POBLACI%C3%93N%20Y%20MUESTRA%20(Lic%20DAngelo).pdf

5. Clínica Copacabana. Sitio web de la Clínica Copacabana S.R.L. [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.clinicacopacabana.com/

6. Zerrillo L. Anatomía Urinaria. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.cpu.usmp.edu.pe/intranetcpu/ppt07/7-Lima-Zerillo-Anatomia Urinario.pdf

7. Blanca Cutillas Arroyo. Sistema Urinario: Anatomía. [Internet]. 2015. Disponible en: https://bit.ly/2KXdPQ4

8. Tortora GJ, Derricskon B. Principios de la Anatomía y Fisiología. 2012.

9. Nachon Horacio N. Ciencias Biológicas. [Internet]. 2015. Disponible en: http://hnncbiol.blogspot.com/2008/01/anatomia-y-fisiologiadelsistema_21.

10. Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM. Gray. Anatomía para estudiantes. 2010.
11. Ana Rosa Argüelles Martínez. 2011. cateterismo o sondaje vesical. p. 2
12. Hospital de Buenos Aires. Recomendaciones del Comité de Control de Infecciones. 2013.
13. Agencia de calidad de Sanitaria de Andalucía. Protocolo cuidado y mantenimiento sonda vesical. Andalucía: UGC; 2016.
14. Claudia Leija Hernández, Lucila Rojas Saldaña, Rebeca Becerril Rocha. Técnica de cateterización vesical. 2010.
15. Juan Echevarría-Zarate, Elsa Sarmiento Aguilar, Fernando Osores-Plenge. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. 2006.
16. José Manuel robles Brabezo. Cuidados de enfermería en el sondaje vesical: evaluación y mejora en las unidades médico quirúrgicas del hospital Rafael Méndez. 2013.
17. Jiménez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa; Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño, Rosario et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas. [Internet]. 2010; 6(1). Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php
18. S. Martínez Gorostiaga. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. 2017.

19. Sánchez Ancha, Yolanda; González Mesa, Francisco Javier; Molina Mérida, Olga; Guil García, María. Guía para la elaboración de protocolos. 2009.

20. Mónica Macal Arriaza. Investigación acción sobre técnica de colocación y manejo del catéter vesical en el hospital de Chiquimula. 2014.
21. MedlinePlus. Clínica de estudios para drogas y tratamientos. [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/

22. Coloplast–División de Incontinencia. Guía del sondaje vesical intermitente. Madrid: Coloplast Productos MédicosSA; 2012.

23. Drugs.com. [Internet]. Paris. Medical Disclaimer; 2000 [actualizado 15 septiembre 2008; citado 20 abril 2018]. Disponible en: https://www.drugs.com/cg_esp/cistostom%C3%ADasuprap%C3%BAbica-e-inserci%C3%B3n-de-cat%C3%A9ter-aftercare-instructions.html.

24. ccoporvenir. Genito urinario [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.ccoporvenir.com/wp/wp-content/uploads/2015/11/GEGenito urinario.pdf

25. Hospital general universitario Gregorio marañón. Cistotomía supra púbica. 2009.

26. Centty D. Arequipa. Manual Metodológico para el Investigador Científico; 2006.

27. Laura Martínez García. Tipos de diseños de investigación. 2012.

28. Navarro Ameller Juan Manuel. Metodología Jurídica. Sucre Bolivia. 2016.

29. Pita Fernández S. Tipos de estudios clínicos epidemiológicos. 2015.

30. Domínguez. Metodología de la Investigación. Lima: ULADECH; 2015

ANEXOS

ANEXO Nº 1

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ENCUESTA

La presente encuesta se realiza con fines de investigación para determinar los conocimientos teóricos y prácticos del personal auxiliar de enfermería acerca del cuidado de catéteres vesicales en pacientes del servicio de internación de la Clínica Copacabana. Es preciso indicarle que la información que se proporcione es de carácter confidencial y agradeciendo de ante mano su gentil colaboración.

INSTRUCCIONES: Encierre con un círculo la respuesta correcta (solamente una opción)

1.- ¿Cuál es el agente causal de la ITU?

a) Estreptococos
b) Echericha-coli
c) No sabe

2.- ¿Qué tipo de sonda es el más usado para el cateterismo urinario en la Clínica Copacabana?

a) Nelaton
b) Sonda Foley Rush
c) Sonda tiemann
d) Todos
e) No sabe

3.- ¿Cuál de las siguientes, es la causa principal del bloqueo de flujo urinario en un paciente con sonda Foley?

a) Una infección
b) Obstrucción en el trayecto de la sonda
c) Codadura en el trayecto
d) No sabe

4.- ¿Qué es una infección del tracto urinario?

a) Presencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.
b) Enfermedad renal crónica
c) No sabe

5.- ¿Cuáles son los materiales indispensables en la colocación de la sonda Foley?

a) Mesa auxiliar, bandeja, guantes estériles y de manipuleo, solución antiséptica, gasas estériles, lubricante hidrosoluble, jeringa de 10 cc, agua estéril, sonda Foley, bolsa colectora y micropor.
b) Bandeja, guantes de manipuleo, lubricante, un vaso de agua, sonda, jeringa de 10cc y micropor
c) No sabe

6.- ¿Cuál de las siguientes, considera como la correcta opción para fijar las sondas?

a) Con cinta hipoalergenica, en cara interna del muslo
b) Evitar la tracción excesiva de la sonda
c) Con cinta hipoalergenica, en cara interna del muslo, Identificación fecha y hora y nombre de la persona que coloco la sonda
d) Todos
e) No sabe

7.- ¿Qué complicación trae un inadecuado cuidado de la sonda Foley?

a) Cálculos urinarios, coágulos en la vía urinaria e hipertrofia prostática
b) Uretritis, estenosis uretral, hematuria, perforación de la vejiga y obstrucción de la sonda
c) Infección de la vía urinaria
d) No sabe

8.- ¿Cuál es número máximo de permanencia de una sonda Foley?

a) 25 días
b) 15 días
c) 7 días
d) No sabe

9.- ¿Con que frecuencia se debe realizar el aseo perineal en un paciente con sonda Foley?

a) Cada Turno
b) Cada día
c) Las veces que sea necesaria

10.- Cuál de las siguientes es la técnica más adecuada para la colocación de una sonda Foley

a) Siempre estéril
b) Técnica limpia
c) No sabe

11.- Cuales de las siguientes considera indicaciones para la colocación de una sonda Foley

a) Incapacidad para miccionar espontáneamente
b) Necesidad de extraer muestra de orina para examen o cultivo
c) Evacuación de la orina en pacientes que sufren de retención urinaria
d) Todos
e) No sabe

12.- Durante la manipulación de la sonda Foley o vaciado de la bolsa Colectora considera que el uso de guantes será:

a) siempre
b) casi siempre
c) a veces
d) no es necesario su uso

13.- ¿En qué situaciones se debe realzar el cambio de la bolsa colectora?

a) Presencia de abundante sedimento
b) Cuando se encuentre con fugas o perforaciones
c) Falla de algún mecanismo de funcionamiento de la bolsa
d) Todos
e) No sabe

14.- Que precauciones se debe tener con la válvula de drenaje durante el vaciado

a) No debe estar en contacto con el recipiente (jarra)
b) Debe estar bien cerrada después del vaciado
c) No debe estar en contacto con el piso

d) Todos

15.- La recolección de una muestra de orina para laboratorio en el paciente con sonda Foley será:

a) Directamente de la bolsa colectora
b) Desconectar la bolsa de la sonda y obtener la muestra en el frasco estéril
c) Pinzar la sonda y desconectar de la bolsa y obtener la muestra en el frasco estéril

16.- ¿Qué aspectos de la orina, le harán sospechar de la presencia de una ITU?

a) Color turbio
b) Fetidez en la orina
c) Presencia de sedimento
d) Todos
e) No sabe

17.- ¿Qué signos y síntomas del paciente con sonda Foley le harán sospechar de una ITU?

a) Malestar generalizado con hipertermia
b) Dolor suprapúbico
c) Lumbalgia localizada en fosas renales
d) Todos
e) No sabe

18.- Si usted debe controlar la diuresis horaria del paciente, la bolsa colectora deberá vaciarse:

a) Cada turno
b) Cada hora
c) Cada tres horas
d) Cada seis horas

19.- El vaciado de las bolsas colectoras de orina se debe realizar:

a) Cuando la bolsa se encuentra llena
b) Al finalizar el turno
c) Antes q la orina pase los 500 cc
d) No sabe

20.- Para la movilización o traslado del paciente el pinzamiento de la sonda será:

a) Siempre
b) solo si se traslada al paciente fuera del servicio
c) cuando el médico lo indique
d) No sabe

21.- El pinzamiento de la sonda Foley no debe excederlas dos horas porque:

a) Aumenta el riesgo de producir una ITU
b) Se corre riesgo de rebasamiento por la uretra
c) Puede formar globo vesical
d) Todos
e) No sabe

22.- Las tracciones bruscas de la sonda Foley durante el traslado o movilización del paciente puede tener como consecuencia:

a) se puede producir daño en la uretra causando hematuria
b) se puede acodar la sonda
c) se puede causar salida brusca de la sonda
d) No sabe

23.-La técnica de retirada de sonda Foley debe realizarse:

a) Vaciar balón de la sonda, retirar suavemente
b) Usar guantes, vaciar balón con jeringa, retirar suavemente
c) Usar guantes y retirar rápidamente
d) No sabe

24.- ¿Cuál es el procedimiento correcto para la disposición y eliminación de la sonda y bolsa colectora una vez retiradas del paciente?

a) Colocar ambas en la bolsa de desechos infecciosos (bosa roja)
b) Vaciar la bolsa colectora de orina y desechar en la bolsa roja
c) Vaciar la bolsa colectora, colocar sonda y bolsa en una bolsa de polietileno y desechar en bolsa roja
d) Cortar la punta de la sonda y enviar para cultivo, vaciar bolsa de orina, colocar en bolsa de polietileno y desechar en recipiente para infecciosos.

ANEXO N° 2

CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES ENERO – JUNIO 2018

N°	ACTIVIDADES	MESES GESTIÓN 2017						MESES GESTIÓN 2018					
		JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
1	Elección del tema de investigación.												
2	Aprobación del tema de investigación.												
3	Elaboración del perfil de investigación.												
4	Aprobación del perfil de investigación.												
5	Solicitud escrita a la clínica Copacabana para la autorización de la presente investigación.												
6	Búsqueda de información y recolección de datos mediante un acercamiento al personal de enfermería de la clínica Copacabana.												

N°	ACTIVIDADES	MESES GESTIÓN 2017						MESES GESTIÓN 2018					
		JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
7	Elaboración de instrumentos pre test y post test.												
8	Elaboración de protocolos de enfermería para el manejo y cuidado de pacientes con catéteres vesicales.												
9	Elaboración de lista de cotejo en base a protocolos de enfermería.												
10	Carta de solicitud para la aplicación de instrumentos.												
11	Entrega de protocolos de enfermería a la jefa de enfermeras de la clínica Copacabana												
12	Aplicación del cuestionario (pre test)												
13	Ejecución de las sesiones educativas dirigidas al personal auxiliar de enfermería.												

N°	ACTIVIDADES	MESES GESTIÓN 2017						MESES GESTIÓN 2018					
		JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
14	Aplicación del cuestionario (post test)												
15	Aplicación de la lista de cotejo al personal auxiliar de enfermería en base a los protocolos												
16	Realizar la tabulación de los resultados del cuestionario (pre y post test).												
17	Elaboración de las gráficas porcentuales con el respectivo análisis de los resultados obtenidos												
18	Tabulación de los resultados de la evaluación de la lista de cotejo.												
19	Elaboración de las gráficas porcentuales con el respectivo análisis												
20	Elaboración y presentación del informe final con las conclusiones y recomendaciones												

ANEXO N° 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE TRABAJO DE CAMPO EN LA CLÍNICA COPACABANA

Responsable: Vanessa Rojas Vargas **Población:** 24 Auxiliares de Enfermería **Año:** 2018

N°	ACTIVIDADES	SEMANAS Y DÍAS DEL MES DE MARZO																	
		PRIMERA SEMANA					SEGUNDA SEMANA					TERCERA SEMANA					CARTA SEMANA		
		5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28
1	Presentación de carta de solicitud de trabajo de campo en la clínica Copacabana																		
2	Reunión de coordinación con el responsable de Administración de la Clínica																		
3	Comunicado para talleres de capacitación																		
4	Aplicación del pre test al personal auxiliar de enfermería (primer turno)																		
5	Taller de capacitación (primer turno)																		
6	Aplicación del post test al personal auxiliar de enfermería (primer turno)																		
7	Aplicación del pre test al personal auxiliar de enfermería (Segundo turno)																		
8	Taller de capacitación (Segundo turno)																		
9	Aplicación del post test al personal auxiliar de enfermería (Segundo turno)																		
10	Evaluación y aplicación de los protocolos propuestos mediante una lista de cotejo.																		

ANEXO N° 4

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA AL PERSONAL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA COPACABANA

TEMA: Protocolos de atención de enfermería para el manejo, cuidado y manipulación de sondas vesicales.

OBJETIVO: Capacitar al personal auxiliar de enfermería, de la Clínica Copacabana sobre aplicación de protocolos de enfermería de manejo, cuidado y manipulación de sonda vesical. Para disminuir el riesgo de infección asociada a catéter vesical y efectivizar el desempeño en la atención de los pacientes sometidos a estos procedimientos.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Impulsar y fortalecer los conocimientos científicos, las capacidades, habilidades y destrezas del personal Auxiliar de Enfermería que participan en la atención directa de pacientes con cateterismo vesical.
- Establecer protocolos que permitan estandarizar los criterios de actuación en la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical.
- Identificar cuáles son las inquietudes y necesidades de aprendizaje personal de cada servicio y de cada turno, conjuntamente con los supervisores de área para establecer los temas de mayor importancia a ser tratados.
- Motivar al personal auxiliar de enfermería a la actualización de las normas y/o protocolos de los distintos servicios que se utilizaran como herramienta para el desempeño eficaz de sus funciones.

POBLACIÓN: 24 Auxiliares de Enfermería, quienes realizan el cuidado y la manipulación de los catéteres vesicales (sondas Foley) durante la estadía hospitalaria de los pacientes sometidos a estos procedimientos.

POSTULANTE: Vanessa Rojas Vargas

LUGAR: Auditorio de la Clínica Copacabana, Municipio de Cochabamba.

FECHA: 05 de marzo de 2018.

PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA

RESPONSABLE: Vanessa Rojas Vargas **POBLACIÓN:** 24 Auxiliares de Enfermería **FECHA:**13 de febrero de 2018.

CONTENIDO	METODOLOGÍA/ ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIAL	EVALUACIÓN
1. INTRODUCCIÓN aplicación de protocolos de enfermería de manejo, cuidado y manipulación de sonda vesical **2. PROTOCOLOS** • **PROTOCOLO N° 1** *lavado de manos* • **PROTOCOLO N° 2** preparación de materiales para sonda Foley • **PROTOCOLO N° 3** *asistencia durante colocación de sonda Foley* • **PROTOCOLO N° 4:** *preparación del paciente* • **PROTOCOLO N° 5** identificación y fijación de la sonda	**Metodología** 1. Participativa 2. Evaluativa **Actividades** **Antes de la sesión** 1. Presentación 2. Aplicación del pre test **Durante la sesión** 3. Explicación del tema 4. Ronda de preguntas **Al finalizar la sesión** 5. Retroalimentación	5 min 15 min 60 min	• Diapositivas • Pizarra • Data Display • protocolos • test de evaluación	**Antes de la sesión** 1. Indicación de los conocimientos previos sobre el tema (Lluvia de ideas) **Durante la sesión** 2. método interrogatorio **Al finalizar la sesión** 3. Evaluación

• **PROTOCOLO N° 6:** *vaciamiento de la sonda* • **PROTOCOLO N° 7:** *retiro de la sonda Foley* • **PROTOCOLO N° 8** toma de muestra de orina para laboratorio en pacientes con sonda Foley • **PROTOCOLO N° 9** movilización y traslado del paciente con sonda Foley • **PROTOCOLO N° 10:** *Aseo perineal* **3. EVALUACIÓN**.	6. Agradecimientos	15 min 10 min 5 m**in**		escrita por medio de la aplicación del post test

ANEXO Nº 5

PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA

PROTOCOLO Nº 1

LAVADO DE MANOS

CONCEPTO

El lavado de manos es la medida más importante para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos. Está demostrada que las manos del personal sanitario son la vía de transmisión de la mayoría de las infecciones cruzadas y de algunos brotes epidémicos.

OBJETIVOS

- Eliminar suciedad y microorganismos transeúntes de la piel
- Evitar propagación de enfermedades
- Fomentar hábitos de higiene

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

- Es el más simple, importante y efectivo componente en la prevención de la transmisión de la infección.
- Está diseñado para remover microorganismos que pueden haber sido tomados del medio ambiente.
- Previene la transmisión de esos microorganismos a otros pacientes, personal y/o equipos.

MATERIALES

- Lavamanos
- Clorhexidina (Gel)
- Toalla de tela o Papel toalla

- Depósito para el sucio

PROCEDIMIENTOS

11. Abrir la llave del caño hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.
12. Humedezca sus manos.
13. Aplicar en la palma de la mano Clorhexidina al 2%
14. Realice el frotado hasta obtener espuma en toda la superficie de las manos
15. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí.
16. Realice el frotado de la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa
17. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí, con los dedos entrelazados.
18. . Realice el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
19. Realice el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa
20. Enjuáguese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirla
21. Cierre la espita del caño con la misma toalla que utilizó.

RECOMENDACIONES

- Cerciorarse que los elementos a utilizar estén completos y en buen estado.
- Evitar que el agua corra del área no lavada al área limpia
- Evitar mojar el piso
- Evitar que el uniforme toque el lavamanos durante el procedimiento

- Verificar que las manos y antebrazos estén libres de anillos, pulseras y reloj.
- Tener uñas cortas al borde de las yemas de los dedos y sin esmalte.

PROTOCOLO N° 2

PREPARACIÓN DE MATERIALES PARA INSTALADO DE SONDA FOLEY

CONCEPTO

Es la colaboración eficaz y eficiente de parte del personal que asiste durante la instalación de la sonda Foley.

OBJETIVOS

- Evaluar la calidad y estado de mantención de material de en uso.
- Realizar procesos de mantención y prevención de daños al material.
- Proteger al personal laboralmente expuesto a material contaminado.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

- La auxiliar de enfermería es la encargada de preparar el material para el sondaje vesical.
- El material de curación, preparación de la ropa, equipo quirúrgico y médico y la preparación de los guantes son instrumentos que se preparan en la CEYE, y que se utilizan en las curaciones o intervenciones quirúrgicas que se consume con el uso y algunas veces requiere ser inventariado.

MATERIALES

- Guantes desechables
- Guantes estériles
- Jeringa de 10 c.c.
- Equipo de cateterismo
- Sonda Foley Calibre correspondiente
- Bolsa colectora
- Gasas estériles
- Preparado de solución antiséptica DG-6.

- Lubricante anestésico
- Agua destilada 10 CC.

- Micropor hipoalergénico
- Si hay que recoger muestra: recipiente debidamente identificado.
- Bolsa de plástico.
- Riñonera

PROCEDIMIENTO

1. Lavarse las manos según protocolo indicado
2. Solicitar el equipo de cateterización.
3. verificar en el carro de curación el material antiséptico DG-6, guantes de manipuleo, guantes estériles, jeringa 10 cc, agua destilada 10 ml y 20 ml. lidocaína en gel, riñonera, sonda Foley, bolsa colectora, cinta adhesiva, equipo de aseo perineal según protocolo.
4. Recoger de la central de esterilización el material de cateterización.
5. Traslado de todo el material a la unidad del paciente

RECOMENDACIONES

- Comprobar que el paciente y la indicación del sondaje son los establecidos en la prescripción médica.
- Valorar las características del meato urinario para elegir el calibre de sonda adecuado.
- Antes de llevar el material a la unidad verificar que nada le falte.

PROTOCOLO N° 3

ASISTENCIA DURANTE COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY

CONCEPTO

Técnica que consiste en la introducción de una sonda por la uretra hasta la vejiga urinaria.

OBJETIVOS

- Provocar drenaje continuo de la vejiga.
- Prevenir escaras o infecciones en pacientes incontinentes.
- Evitar tensión en suturas post operatorias.
- Evitar cateterizaciones frecuentes en caso de retención
- Facilitar la eliminación y ayuda al establecimiento de un padrón normal.
- Garantizar la continuidad asistencial en pacientes con sonda permanente.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

- El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos.
- Sondaje vesical permanente/temporal: el establecido durante un periodo de tiempo determinado.

Sondaje intermitente: el que se realiza momentáneamente para recoger muestras o para vaciamiento de la vejiga.

PROCEDIMIENTOS

Sondaje vesical masculino

Preparación previa

Tomar las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad.

1. Colocar al paciente en decúbito supino.
2. Lavado de manos.
3. Colocación de guantes NO estériles.
4. Lavado de genitales con agua
5. Secado de la zona con gasa estéril.
6. Abrir los paquetes para que el profesional que realiza la técnica estéril
7. prepare el campo y el material necesario.
8. Ayudar al profesional que realiza la técnica estéril, durante el procedimiento.

Profesional que realiza la técnica estéril

1. Lavado de manos, según protocolo.
2. Preparación del campo estéril y material necesario.
3. La manipulación del catéter siempre se realizará de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles.
4. Conectar el catéter al sistema colector. Usar sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa.
5. Sujetar el pene con una gasa, colocarlo en posición vertical y retraer el prepucio.
6. Lubricar catéter y uretra abundantemente.
7. Ejerciendo una pequeña tracción, introducir el catéter suavemente hasta que salga orina. No forzar, para evitar provocar una falsa vía.

8. Una vez introducido el catéter en vejiga, se inflará el globo con 8-10 ml de agua destilada estéril (no se recomienda el uso de suero fisiológico por poder deteriorar el balón) y se traccionará levemente, hasta notar resistencia, para asegurar su anclaje.
9. Limpiar el glande de residuos.
10. Regresar el prepucio a su posición, para evitar parafimosis.
11. Fijar la sonda en la cara anterior del muslo después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral.
12. La bolsa colectora quedara fijada al soporte.
13. Lavado de manos, según protocolo, tras la finalización de la técnica.

Sondaje vesical femenino

Preparación previa

1. Tomar las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad.
2. Colocar al paciente en decúbito supino con piernas separadas.
3. Lavado de manos según protocolo y colocación de guantes NO estériles.
4. Lavado de genitales con agua y jabón y aclarado con suero fisiológico.
5. Secado de la zona con gasa estéril.
6. Separación de labios, lavando de arriba hacia abajo (del clítoris a la zona perianal) y secando con gasas estériles.
7. Abrir los paquetes para que el profesional que realiza la técnica estéril prepare el campo y el material necesario.
8. Ayudar al profesional que realiza la técnica estéril, durante el procedimiento.

Profesional que realiza la técnica estéril

1. Tomar las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía.

2. Lavado de manos, según protocolo
3. Higienización de manos con solución alcohólica y colocación de guantes estériles.
4. Preparación del campo estéril y material necesario.
5. La manipulación del catéter siempre se realizará de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles.
6. Conectar el catéter al sistema colector. Usar sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa.
7. Realizar aseo perineal los genitales externos.
8. Lubricar catéter y uretra abundantemente.
9. Introducir el catéter suavemente, para no provocar traumatismos, por el meato hasta que salga orina.
10. Una vez introducido el catéter en vejiga, se inflará el globo con 8-10 ml de agua destilada estéril y se traccionará levemente, hasta notar resistencia, para asegurar su anclaje.
11. Limpiar la zona genital de restos de lubricante.
12. Fijar la sonda en la cara interna del muslo después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral.
13. La bolsa colectora quedara fijada al soporte.
14. Lavado de manos, según protocolo, tras la finalización de la técnica

RECOMENDACIONES

- Una vez realizada la técnica, dejar anotado en el registro correspondiente: fecha y hora de la técnica, tipo de sonda (calibre y composición), cantidad y aspecto de la orina drenada.
- Registrar fecha prevista de cambio o retirada de la sonda.
- Realizar intervenciones para el fomento de los autocuidados a pacientes y/o cuidadoras/es familiares, con especial incidencia en la higiene de la zona genital, dejando constancia en los registros de cuidados.

- Al alta, si la/el paciente vuelve al domicilio con sondaje permanente o intermitente, reflejar en el Informe de Continuidad de Cuidados las características de la sonda y la fecha prevista para su cambio o retirada, así como la capacidad de la/del paciente y/o cuidador/a para el manejo de la misma

PROTOCOLO N° 4

PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA FOLEY

CONCEPTO

Es el conjunto de acciones realizadas al paciente previo a la colocación de la sonda Foley, destinadas a identificar condiciones físicas y emocionales que puedan alterar la capacidad del paciente para tolerar y prevenir complicaciones.

OBJETIVOS

- Informar y preparar correctamente al paciente
- Facilitar la eliminación y ayuda al establecimiento de un patrón normal, eliminación.
- Proporcionar medidas de comodidad emocional y física.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

- El ambiente físico tiene influencia fundamental sobre la reacción emocional del individuo y el funcionamiento intelectual.
- Siempre hay microorganismos en la superficie externa del organismo y en las cavidades y conductos que tienen comunicación directa con el exterior

PROCEDIMIENTOS

Lo realiza el personal auxiliar de enfermería en colaboración con todo el equipo asistencial.

1. Comprobar la identidad del paciente.
2. Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicitar su colaboración.
3. Proporcionar intimidad.
4. Colocar al paciente (varón) en decúbito supino, con las piernas separadas
5. El paciente debe saber que el procedimiento es molesto y en ocasiones doloroso.
6. Se le pide al paciente su cooperación para hacer el procedimiento menos traumático.
7. Al hombre se le coloca en posición supina y a la mujer con las rodillas flexionadas y las piernas separadas o también flexionar ambas rodillas y se colocan las plantas de los pies juntas, tan próximas al periné como sea posible, respete siempre la intimidad y pudor del paciente.

RECOMENDACIONES

- Realizar el aseo perineal antes del procedimiento
- Valorar características y cantidad de orina extraída o drenada
- Verificar permeabilidad de la sonda a intervalos regulares durante las 24 horas
- Realice aseos perineales a intervalos durante las 24 horas cuando sea necesario
- Cambie el conector y frasco recolector cada vez que sea necesario
- Cambie la sonda Foley cada siete días como máximo
- Registre en el Kardex y/o o notas de enfermería, fecha de instalación de la sonda.

PROTOCOLO N° 5

IDENTIFICACIÓN Y FIJACIÓN DE LA SONDA

CONCEPTO

Procedimiento que permite una correcta sujeción de la sonda una vez instalada, además de la identificación de fecha, hora y nombre de la persona que realizó el procedimiento.

OBJETIVOS

- Evitar que la sonda y el tubo colector se doblen o enrollen.
- Prevenir el movimiento y la tracción uretral y conduce a mejorar la comodidad del paciente y a un buen drenaje de la vejiga.
- Permitir el seguimiento de tiempo de instalación de la sonda.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

- Tras la inserción del catéter vesical y la unión de este al sistema recolector, se deben asegurar en una posición cómoda para el individuo.
- El sellado de la conexión del sistema del drenaje reduce el riesgo de infección vía catéter.

MATERIAL

- Tijeras
- Cinta micropol
- Cinta tela

PROCEDIMIENTOS

1. Cortar las cintas en un tamaño de 10 a 15 centímetros
2. Doblar en dos ambas cintas cortadas y hacer dos orificios juntos al centro

3. Construir una cinta de fijación de un corte de la cinta tela que será doblada sobre sí misma.
4. Colocar la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga.
5. Fijar la sonda en la cara interna del muslo del paciente con un esparadrapo hipoalergico, para evitar la movilización de la misma.
6. Identificar con fecha, hora y nombre de la persona que puso la sonda en la tela.
7. Registrar el procedimiento en notas de enfermería

RECOMENDACIONES

- Mantener siempre la fijación en las mejores condiciones posibles en la cara interna del muslo.
- Cambiar el lugar de la fijación de la sonda al muslo cada 24 horas o cuando se realice la higiene genital.
- Ir alternando la posición del sistema colector y la fijación de la sonda en muslo a derecha e izquierda

PROTOCOLO N° 6

VACIAMIENTO DE LA BOLSA COLECTORA DE ORINA

CONCEPTO

Evacuar la orina contenida en el interior de la bolsa colectora.

OBJETIVOS

- Vaciar la bolsa de drenaje para cerciorarse de desechar la orina de forma adecuada

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

- La humedad favorece el crecimiento de gérmenes patógenos y no patógenos.
- Las infecciones pueden producirse por vía ascendente.

PROCEDIMIENTOS

1. Lavarse las manos antes de descartar la orina de la bolsa colectora y/o manipulación de la sonda Foley y el sistema cerrado.
2. Colocar los guantes de manipulación
3. Verificar el nivel de orina en la bolsa
4. Pinzar el trayecto de la sonda.
5. Abrir la llave de drenaje
6. Vaciar el contenido de la bolsa en el recipiente sin tocar los bordes
7. Cerrar la llave del drenaje
8. Desclampar el trayecto
9. Colocar la bolsa en el soporte del catre (fija adecuadamente)
10. Verificar que la bolsa no quede en el piso
11. Verificar la fijación de la sonda

12. Dejar cómodo al paciente
13. Cuantificar la orina
14. Lavar el material, colocar en su lugar.
15. Eliminar los guantes en recipiente de desechos infecciosos (bolsa roja)
16. Registrar en notas de enfermería, tolerancia del paciente, características de la orina, color, olor y cantidad.

RECOMENDACIONES

- Vaciar la bolsa recolectora regularmente utilizando un recipiente de recogida distinto para cada paciente, evitando tocar la llave de drenaje de la bolsa recolectora con el recipiente de recogida.
- Mantener la bolsa recolectora bajo el nivel de la vejiga en todo momento.
- No cambiar las bolsas colectoras con intervalos rutinarios y fijos. (preferiblemente se sugiere cambiarlas basándose en la aparición de signos clínicos de infección, obstrucción o cuándo el sistema cerrado está comprometido).
- Evitar que la bolsa colectora llene más de los 500 c.c. notar la diuresis recogida y verter la orina en los sitios destinados a tal fin.

PROTOCOLO N° 7

RETIRO DE LA SONDA FOLEY

CONCEPTO

Extraer la sonda vesical permanente cuando el paciente no la necesite, esté obstruida o en posición incorrecta, evitando complicaciones.

OBJETIVOS

- Discontinuar un tratamiento temporal.
- Evitar complicaciones ajenas a su enfermedad, por desgaste de material o permanencia prolongada.
- Contribuir al restablecimiento de la vía urinaria normal.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

- La retirada precoz de la sonda vesical se asocia con una estancia hospitalaria más corta.
- Entre los factores que influyen en la retirada o permanencia de la sonda vesical están: la preferencia del profesional, la tolerancia del enfermo y el motivo por el que el catéter se insertó inicialmente.

MATERIALES

Bandeja con:

- Guantes de manipuleo
- Equipo de aseo perineal si es necesario
- Jeringa de 20 cc estéril, Gasas estériles.
- Riñonera y bolsa para desperdicios
- Papel higiénico

PROCEDIMIENTO

1. Saludar, identificar y presentarse al paciente.
2. Explicar el procedimiento a seguir.
3. Lavarse las manos.
4. Llevar el material a la pieza del paciente, colocarlo en la mesa de noche o mesa de sobre cama.
5. Disponer el material en el orden que se está utilizando
6. Desinflar el balón de la sonda Foley, conectando el pivote de la jeringa en la vía que corresponde al balón (Foley).
7. Extraer el líquido (agua o solución salina) con el que fue habilitado el balón de la sonda, la continuidad del líquido a obtener dependerá dela capacidad del balón que por lo general es de 10 - 20 cc.
8. Retirar las sondas con movimiento suave rotatorio, permitiendo que esta se deslice por la gasa que usted va a sostener con la mano proximal a la sonda
9. Exteriorizar la sonda completamente, no debe existir resistencia.
10. Colocar la sonda desechada en la cubeta de desperdicios
11. Limpiar y secar la zona perianal

1. Retirar el material y dejar cómodo al paciente
2. Lavarse las manos y despedirse del paciente
3. Llevar el material al cuarto séptico, medir la orina residual extraída, valorar características.
4. Lavarse las manos.
5. Registrar en la hoja de reporte de enfermería, lo siguiente:
    a) Cantidad de orina residual.
    b) Cantidad de orina existente en colector.
    c) Características de la orina y Hora de retiro

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que las sondas vesicales se retiren tan pronto como sea posible para minimizar el riesgo de infección del tracto urinario.
- Pedir al paciente que contenga la respiración al momento de retirar la sonda.

PROTOCOLO N° 8

MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY

CONCEPTO

Movilizar al paciente fuera de su cama o de la unidad con los cuidados correspondientes de la sonda Foley.

OBJETIVOS

- Evitar el retorno de la orina hacia la vejiga.
- Prevenir una infección urinaria.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

- Los músculos siempre están en ligera contracción.
- El grado de esfuerzo necesario para mover un cuerpo depende de su resistencia y de la fuerza de gravedad.
- La fricción entre un objeto y la superficie en que se mueve influir en la cantidad de trabajo necesario para moverle.

MATERIALES

- Paquete de gasas
- Pinza Koger
- Guantes de manipulación
- Cinta adhesiva

PROCEDIMIENTOS

1. Lavado de manos según protocolo
2. Identificar al paciente
3. Explicar el procedimiento
4. Verificar la fijación de la soda Foley

5. Pinzar el tubo conector
6. Doblar el tubo conector envolver con una gasa ocluir la gasa con la pinza koger
7. movilizar al paciente según procedimiento.

RECOMENDACIONES

- Si el paciente está fuera de la unidad por tiempo prolongado, despinzar la sonda cada 2 horas para vaciar vejiga.
- Evitar que el paciente haga movimientos bruscos.
- Una vez que retorna a su unidad verificar la permeabilidad.

PROTOCOLO N° 9

ASEO PERINEAL

CONCEPTO

Conjunto de actividades encaminadas a mantener la higiene del perineo y los genitales, como parte del aseo diario y siempre que se precise.

OBJETIVOS

- Proporcionar conocimientos para mantener limpia la región perineal, evitar infecciones y favorecer el confort del paciente.
- Prevenir irritaciones e infecciones en la zona perineal.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

- Todos los microorganismos necesitan humedad para crecer y proliferar
- Siempre hay microorganismos en la superficie externa del organismo y en las cavidades y conductas que tienen comunicación directa con el exterior.

MATERIALES

- Bandeja con lo siguiente:
- Una jarra con agua tibia y DG-6
- Gasas o torundas ginecológicas de algodón estéril
- Apósitos si es necesario
- Pinza aro exclusivamente para aseo perineal según recursos del servicio
- Chata
- Guantes de manipuleo

PROCEDIMIENTO

1. Lavase las manos según protocolo.
2. Preparar el equipo y llevar a la unidad
3. Explicar al paciente del procedimiento
4. Mantener la privacidad del paciente
5. Retirar la frasada, doblar y colocarla en el espaldar de una silla
6. Cubrir con el cubre cama el tórax y parte de los muslos del paciente
7. Poner al paciente en posición ginecológica y colocar la chata
8. Con la sabana superior cubrir los muslos, piernas, rodillas (ya flexionadas y los pies, de tal forma que quede expuesto únicamente la región perineal)
9. Si la sala cuenta con biombo y cortinas que permite dar privacidad a la paciente, se utilizara una sabanilla doblada en triangulo para cubrir correctamente las piernas
10. Colocar entre las piernas la riñonera y la bolsa de papel, (para desechar las torundas que se use).
11. Verificar la temperatura del agua vertiendo un chorro, suave, sobre el periné del paciente
12. colocarse los guantes
13. con una mano tomar la pinza con la torunda de algodón
14. con la otra mano verter la solución sobre el pubis y amortiguar su caída con la gasa o torundas de algodón.
15. Lavar el periné en el siguiente orden:
    a) Desde la zona más limpia (cerca de la sínfisis de pubis) había la zona más contaminada (cerca del recto).
    b) Limpie los labios mayores, los labios menores y a continuación el vestíbulo perineal o la inversa, de acuerdo a valoración.
16. Lavar la región perineal haciendo movimientos con la pinza, de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera, usando torundas separadamente (se necesita por lo menos cinco torundas ginecológicas).

17. Secar con torundas de algodón o gasa (en algunos casos se hace de papel higiénico)
18. Retirar la chata
19. Cubrir al paciente, cambiar sabanilla (si es necesario), arreglar la cama dejando todo en orden.
20. Dar cuidados posteriores al equipo
21. Registrar en la hoja de enfermería:
    a) Tratamiento efectuado
    b) Condición de la herida quirúrgica si hay cualquier otra situación
    c) Sección de la paciente
    d) Otras observaciones como: ulceras, secreciones, olor.

RECOMENDACIONES

- Asegurase que la concentración de las soluciones antisépticas (si se usa) sea la adecuada para que al aplicarlas no produzcan irritación.
- Vigilar la temperatura de los líquidos
- Evitar mojar en exceso a la paciente, sus ropas y ropa de cama
- Hacer una limpieza adecuada sin contaminar las áreas limpiadas
- Otra técnica para cubrir a la paciente es la siguiente:
    a) La sabana, colocada diagonalmente sobre la paciente, se acomoda de manera que cubra piernas y píes.
    b) La orilla de sabana se emplea para envolver el pie.
    c) El pie descansa sobre una esquina de la sabana, sujetándola.
    d) Exponer la zona perineal levantando la orilla de la sabana
- Mantener la individualidad del paciente en todo momento cubriendo con biombos y cortinas.

PROTOCOLO N° 10

SONDA FOLEY Y LA BOLSA COLECTORA

CONCEPTO

Conjunto de operaciones que se realizan al interior de la instalación de salud y en las que usted participa directa o indirectamente, a fin de garantizar un manejo seguro de los DSH.

OBJETIVOS

- Evitar riesgo de contaminación, durante los procedimientos de enfermería y de almacenamiento de material estéril o limpio. Cada clínica debe tener espacio suficiente para delimitar claramente Área Administrativa, Área Limpia y Área Sucia.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

- Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria tienen una etiología multicausal relacionada a los diversos procedimientos a que están expuestos nuestros pacientes, al número de personal que procede en la atención sanitaria

MATERIALES

- Bandeja
- guantes de manipulación
- Bolsa de Polietileno
- Tijera
- Jarra

PROCEDIMIENTOS

1. Lavarse las manos, según protocolo.

2. Colocarse los guantes
3. Una vez retirada la sonda vaciar la bolsa colectora de orina según protocolo
4. Cortar la punta de la sonda Foley para mandar a cultivo (previa prescripción médica)
5. Colocar la sonda Foley y la bolsa colectora en una bolsa de polietileno.
6. Eliminar el contenido de la bolsa de polietileno y los guantes usados en el recipiente para infecciosos (bolsa roja) en el basurero del baño.
7. Lavarse las manos según protocolo.
8. Retirarse los guantes dejando la cara externa hacia adentro y depositarlo en el mismo recipiente para infecciosos.

RECOMENDACIONES

- Seguir las precauciones universales: lavado de manos; uso de guante, que disminuyen el inoculo; uso de lentes protectores.
- Tenga cuidado de vaciar la bolsa colectora antes de su eliminación.

  Se tiene que enviar la punta de la sonda a laboratorio, usar una tijera estéril para el corte y envíelo en frasco estéril y bien identificado.

ANEXO N° 6

LISTAS DE COTEJO PARA EVALUACIÓN SOBRE APLICACIÓN DE PROTOCOLOS

LISTA DE COTEJO N° 1

LAVADO DE MANOS

N°	SECUENCIA DE PASOS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Reúne el equipo																								
2	Retira alhajas (reloj y anillos)																								
3	Abre la llave y graduar el volumen del agua																								
4	Toma el jabón, lo humedece y enjabona las manos																								
5	Lava el jabón y lo coloca en la jabonera y enjabonar llave del chorro y cerrarla																								
6	Fricciona las manos en el orden siguiente: □ Palmas □ Espacios interdigitales □ Dorso de las manos □ Muñeca hasta el tercio medio del antebrazo y limpiar las uñas																								
7	Abre la llave del chorro, enjuaga sus manos																								

	sosteniéndolas hacia arriba.																								
8	Repite los pasos del 3 al 7																								
9	Lava y cierra la llave del chorro																								
10	Seca las manos presionando en forma rotativa de los dedos hacia el tercio medio del antebrazo																								

LISTA DE COTEJO N° 2

PREPARACIÓN DE MATERIALES PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA FOLEY

N°	SECUENCIA DE PASOS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Se realiza lavado de manos clínico antes de la preparación del material.																								
2	Explica el procedimiento y la razón del mismo al paciente																								
3	Respeta la intimidad del paciente																								
4	Solicita a la central el equipo de cateterización.																								
5	Prepara las soluciones antisépticas																								
6	Prepara cinta adhesiva																								
7	Prepara jeringas																								
8	Prepara bolsa colectora																								
9	Prepara guantes estériles																								
10	Prepara guantes de manipulación																								
11	Prepara chata o riñonera																								
12	Prepara ampollas de agua destilada																								

LISTA DE COTEJO N° 3

ASISTENCIA DURANTE LA COLOCACIÓN DE LA SONDA FOLEY

N°	SECUENCIA DE PASOS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Sondaje vesical masculino																									
1	Toma las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía																								
2	Manipula el catéter de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles.																								
3	Conecta el catéter al sistema colector. Usando sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa																								
4	Sujeta el pene con una gasa, lo coloca en posición vertical y retrae el prepucio.																								
5	Lubrica el catéter y uretra abundantemente																								
6	Ejerce una pequeña tracción, para luego introducir el catéter suavemente hasta que salga orina.																								

7	Inflael globo con 8-10 ml de agua destilada estéril y tracciona levemente, hasta notar resistencia, para asegurar su anclaje																								
8	Limpia el glande de residuos.																								
9	Regresa el prepucio a su posición, para evitar parafimosis																								
10	Fija la sonda en la cara anterior del muslo																								
11	La bolsa colectora queda fijada al soporte																								
12	Lavado de manos, según protocolo, tras la finalización de la técnica.																								
Sondaje vesical femenino.																									
13	Toma las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía																								
14	Manipula el catéter de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles.																								
15	Conecta el catéter al sistema colector. Usando sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa																								
16	Pincelea con clorhexidina al 0,02% los genitales externos.																								

17	Lubrica el catéter y uretra abundantemente.																								
18	Introduce el catéter suavemente, para no provocar traumatismos, por el meato hasta que salga orina																								
19	Infla el globo con 8-10 ml de agua destilada estéril y tracciona levemente, hasta notar resistencia, para asegurar su anclaje																								
20	Limpia el glande de residuos.																								
21	Regresa el prepucio a su posición, para evitar parafimosis																								
22	Fija la sonda en la cara anterior del muslo																								
23	La bolsa colectora queda fijada al soporte																								

LISTA DE COTEJO N° 4

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

N°	SECUENCIA DE PASOS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Comprueba la identidad del paciente.																								
2	Informa al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicita su colaboración																								
3	Proporcionar intimidad																								
4	Coloca al paciente (varón) en decúbito supino, con las piernas separadas																								
5	Da a conocer al paciente que el procedimiento es molesto y en ocasiones doloroso																								
6	Pide al paciente no hacer movimientos bruscos; la sonda se introducirá con suavidad y lentamente, con la finalidad de disminuir las molestias que causa																								
7	Pide al paciente su cooperación para hacer el procedimiento menos traumático																								
8	Pide al paciente confiar en el procedimiento ya que la aprensión pueden hacer imposible el																								

	paso de la sonda por espasmos en el esfínter externo																								

LISTA DE COTEJO N° 5

IDENTIFICACIÓN Y FIJACIÓN DE LA SONDA FOLEY

N°	SECUENCIA DE PASOS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Coloca la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga																								
2	Mantiene la fijación correcta de la sonda vesical en el muslo del paciente																								
3	Verifica que el catéter del sistema cerrado y la sonda se encuentra libre de obstrucciones o acodaduras.																								
4	Verifica y cambia las cintas de sujeción de la sonda en caso necesario																								
5	Identificar con fecha, hora y nombre de la persona que puso la sonda																								
6	Registra el procedimiento en notas de enfermería.																								

LISTA DE COTEJO N° 6

VACIAMIENTO DE LA BOLSA COLECTORA

N°	SECUENCIA DE PASOS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Se realiza lavado de manos antes de descartar la orina de la bolsa colectora y/o manipulación de la sonda Foley y el sistema cerrado.																								
2	Se coloca los guantes de manipulación																								
3	Verifica el nivel de orina en la bolsa																								
4	Abre la llave de paso de bolsa																								
5	Tiene cuidado de vaciar el contenido en el recipiente para este efecto (jarra)																								
6	Cierra la llave de seguridad																								
7	Desclampa el trayecto																								
8	Coloca la bolsa en el soporte del catre (fija adecuadamente)																								
9	Verifica que la bolsa no quede en suelo																								
10	Verifica la fijación en todo el trayecto del tubo																								
11	Deja cómodo al paciente																								
12	Cuantifica la orina																								

13	Lava el material																								
14	Registra en notas																								

LISTA DE COTEJO N° 7

RETIRO DE LA SONDA FOLEY

N°	SECUENCIA DE PASOS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Si hay orina en la bolsa, lo vacía.																								
2	Se lava sus manos																								
3	Reúne los materiales necesarios																								
4	Introduce la jeringa en el puerto para el balón ubicado en la sonda																								
5	Espera hasta que el agua del balón se vacíe en la jeringa																								
6	Una vez que el balón esté vacío, jala suavemente de la sonda para quitarla.																								
7	Tira la sonda usada y la jeringa a la basura																								
8	Si se ha derramado algo de agua u orina, limpia con una toalla.																								
9	Lava sus manos otra vez																								

LISTA DE COTEJO N° 8

MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE CON SONDA FOLEY

N°	SECUENCIA DE PASOS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Prepara el material.																								
2	Solicita la colaboración del paciente y familia.																								
3	Se coloca los guantes no estériles.																								
4	Coloca la cama en posición y altura adecuada y frenada.																								
5	Protege vías, drenajes, sondas y otros dispositivos que pueda tener el paciente.																								
6	Coloca de frente a la dirección del movimiento para evitar el giro de la espalda																								
7	Adopta una postura de base amplia para aumentar la estabilidad y mantener el equilibrio.																								
8	Contraer los músculos glúteos, abdominales, de las piernas y los brazos																								
9	Coloca dispositivos de apoyo necesarios para mantener la alineación corporal (almohadas, estribo, bota de pie...)																								
10	Vigila del estado general del paciente.																								
11	Deja al paciente en una postura cómoda.																								
12	Retira el material utilizado																								

13	Retira los guantes.																									
14	Realiza lavado de manos y/o utilización de solución alcohólica.																									
15	Registra los cuidados realizados en los registros de enfermería																									

LISTA DE COTEJO N° 9

ASEO PERINEAL EN PACIENTES CON SONDA FOLEY

N°	SECUENCIA DE PASOS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Valora el área genital en el momento del aseo perineal																								
2	Preparar todo el material necesario junto a la cama del paciente.																								
3	Coloca al paciente en decúbito supino, si es posible, con las rodillas ligeramente flexionadas y las piernas separadas.																								
4	Realizar la higiene de manos.																								
5	Colocarse guantes no estériles.																								
6	Preparar las palanganas (2) con agua																								
7	Retirar la ropa innecesaria que cubre la cama, descubrir la zona genital del paciente y cubrirlo parcialmente con una sábana.																								
8	Colocar un protector de cama debajo de la zona perineal.																								
9	Realiza correctamente el secado del área genital al finalizar el procedimiento.																								
10	Realiza el cambio de la fijación de la sonda Foley después del aseo perineal.																								

LISTA DE COTEJO N° 10

ELIMINACIÓN Y DISPOSICIÓN DE LA SONDA FOLEY Y LA BOLSA COLECTORA

N°	SECUENCIA DE PASOS	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Lavarse las manos, según protocolo.																								
2	Colocarse los guantes																								
3	Una vez retirada la sonda vaciar la bolsa colectora de orina según protocolo																								
4	Cortar la punta de la sonda Foley para mandar a cultivo (previa prescripción médica)																								
5	Desechar la sonda Foley y la bolsa colectora en una bolsa de polietileno.																								
6	Eliminar el contenido de la bolsa de polietileno y los guantes usados en el recipiente para infecciosos (bolsa roja) en el basurero del baño.																								
7	Lavarse las manos según protocolo.																								
8	Retirarse los guantes dejando la cara externa hacia adentro y depositarlo en el mismo recipiente para infecciosos																								

ANEXO N’ 7

REGISTRO FOTOGRÁFICO

FOTOGRAFÍAS TOMADAS EN LA CLÍNICA COPACABANA

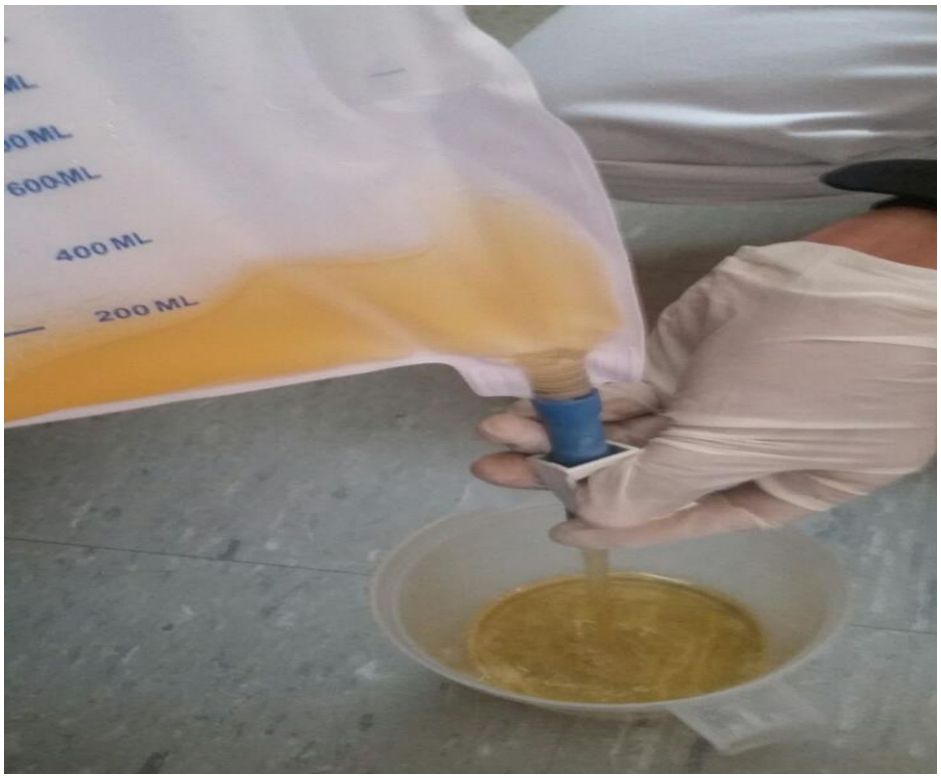









1600 ML
1400 ML
1200 ML
1000 ML
800 ML
600 ML
400 ML
200 ML


600ML
400 ML
200 ML


RUSCH


Dr. Tapia
09-03-18 #16
hrs. 21:00

ANEXO N. 8

GLOSARIO

Asepsia: Método de prevenir Las infecciones de agentes infecciosos.

Antisepsia: conjunto de prácticas que impiden penetración de agentes infecciosos.

Bacteriuria: es la presencia de bacterias en la orina. La cual esta normalmente libre de ellas, e implica que ellas provienen del tracto urinario y no de contaminantes de la piel, vagina o prepucio. Rara vez las bacterias pueden colonizar el tracto urinario sin causar bacteriuria.

Cateterismo vesical: es una técnica que consiste en la introducción de una sonda a través del meato uretral.

Capsula renal: es una membrana transparente fibrosa capa externa del uréter.

Cistotomía: Operación que consiste en practicar una abertura o fistula en la vejiga urinaria.

Hematuria: presencia de sangre en la orina.

Infección: implantación y desarrollo en el organismo de seres vivientes patógenos.

Infección de vías urinarias: Es la presencia de bacterias en la orina acompañada de sintomatología irritativa urinaria y leucocitaria (presencia de leucocitos en la orina).

Nefronas: Unidad funcional del riñón constituida por el glomérulo renal.

Protocolo: Conjunto de reglas de formalidad que rigen los actos y ceremonias diplomáticos y oficiales.

Procedimiento: Es un método de ejecución o pasos en forma secuenciada y sistemática.

Uréteres: Conductos responsables de conducir la orina desde los riñones hasta la vejiga.

Uretra: Conducto por el que se expulsa al exterior la orina contenida en la vejiga.

Vejiga Urinaria: es una bolsa de almacenamiento de orina. Es un órgano hueco, distensible y muscular situado en la cavidad pelviana.

Cbba. 15 diciembre de 2016

Señores:
Lic. Jose Antonio Uriona
ADMINISTRADOR CLINICA COPACABANA
Lic. Adela Vargas Rocabado
JEFE DE ENFERMERAS CLINICA COPACABANA

Presentes.-

REF: **SOLICITUD OBTENCION DATOS PARA TESIS DE GRADO**

De mi consideración.

Nos es grato dirigirnos a la institución que Ud. Tan acertadamente dirige para hacerle llegar un cordial saludo de la Carrera de Enfermería de la UNITEPC.

En razón a que los estudiantes de último año de la Carrera de Enfermería de **UNITEPC.** se encuentran realizando trabajos de investigación como modalidad de egreso, específicamente la elaboración de **TESIS** de **GRADO**, hacemos extensiva nuestra solicitud para poder utilizar las instalaciones de la **CLINICA COPACABANA** Como campo de investigación con el tema de: **"IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA PARA EL MANEJO Y CUIDADO DE PACIENTES CON CATETERES URINARIOS EN EL SERVICIO DE INTERNACIONES DE LA CLINICA COPACABANA DE LA PROVINCIA CERCADO DEL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA DURANTE LOS MESES DE ENERO A MARZO DE LA GESTION 2017"** para lo cual se requiere obtener datos que vayan a enriquecer este estudio, asimismo poder acceder a otro tipo de instrumentos como ser: entrevistas, encuestas, instrumentos de observación y actividades de capacitación

Una vez concluida la investigación, la estudiante **Vanessa Rojas Vargas,** se compromete a entregar una copia del estudio realizado a su despacho como aporte a la Institución de Ud. dirige

Por lo anteriormente expuesto, y a la espera de una respuesta positiva, agradecemos la deferencia prestada a la **UNIVERSIDAD** deseando que el éxito sea el marco de referencia en el desempeño de sus funciones

Sin otro particular, saludo a Ud. con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente

Lic. Ruth Nancy Pinto Velásquez
DIRECTORA CARRERA ENFERMERIA

Est. Vanessa Rojas Vargas
TESISTA 5° AÑO C.I. 6483424 Cbba

cc. archivo

Cochabamba 23 Mayo 2019.

Lic. Jimmy Aranibar

Director Carrera de Licenciatura en Enfermería.

UNITEPC Cbba.

Presente:

REF: ENTREGA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CONCLUIDO.

La presente es portadora de mis más sinceros reconocimientos a tiempo de expresarle mis saludos y deseos de éxito en sus funciones.

Por este intermedio le informo que habiendo concluido el seguimiento y tutoría del trabajo de investigación de la postulante Vanessa Rojas Vargas con C.I. 6483424. intitulado:

PROTOCOLOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON CATETERES URINARIOS, EN LA CLINICA COPACABANA PROVINCIA CERCADO DE COCHABAMBA, EN LOS MESES DE JUNIO 2017 A JUNIO 2018.

Informo que el mismo fue revisado exhaustivamente en lo que corresponde a contenido, en la totalidad del informe y cada capítulo en particular, así mismo la documentación que respalda su realización; y en cumplimiento de la normativa Institucional en cuanto a formato para la elaboración del trabajo, tengo a bien respaldar la solvencia de este.

En mi calidad de tutor guía del trabajo de investigación mencionado, solicito a su autoridad se prosiga con lo correspondiente en favor de la estudiante.

No dudando de sus buenos oficios es cuanto informo en honor a la verdad.

Lic. Mgr. Gloria M. Pinto V.
DOCENTE TITULAR UNITEPC
M.P. - P - 120

Atte: Lic.Mgr. Gloria Mavel Pinto Velásquez.

C.I.3008792. MP. P-120

	Nombre del Documento COMUNICADO INTERNO		
	Clave: DEN-008	Fecha de Emisión 07/09/19	Fecha de Recepción
	Dirigido a: **REGISTROS**	Recibido por:	

REF: APROBACION DE TESIS DE GRADO

Mediante la presente se hace conocer que: luego de la revisión de la **TESIS DE GRADO** de la Univ. **VANESSA ROJAS VARGAS** Intitulada:

PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON CATATRES URINARIOS, EN LA CLINICA COPACABANA, EN LOS MESES DE JUNIO 2017 A JUNIO 2018.

Ha sido aprobada por esta Dirección de Carrera en su parte **Temática**, **formal** y **metodológica** por lo que se autoriza el **EMPASTADO de la TESIS en 6 ejemplares.**

Atentamente

Lic. Jimmy Dalton Aranibar Navia
DIRECTOR CARRERA ENFERMERIA

Lic. Jimmy D. Aranibar Navia
DIRECTOR CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PRIVADA COSMOS

UNIVERSIDAD TECNICA PRIVADA COSMOS
DIRECCIÓN DE CARRERA DE ENFERMERÍA
USO INTERNO
Cochabamba - Bolivia

Cochabamba febrero de 2018

A:

Lic. Adela Vargas Rocabado
Jefa departamento de enfermería
Clínica Copacabana

Presente:

Ref: Entrega de Protocolos de enfermería para manejo y cuidados de pacientes con catéteres urinarios

De mi mayor consideración saludo a su autoridad augurándole éxito en sus funciones.

El motivo de la presente hacerle la entrega de los protocolos elaborados para el personal de enfermería, respecto del cuidado y manipulación de los catéteres urinarios en pacientes sometidos a estos procedimientos.

La elaboración de estos protocolos cumple la finalidad de mejorar el nivel de atención y cuidado por parte de enfermería a los pacientes sometidos a la cateterización urinaria, siendo resultado del trabajo de investigación propuesto para la obtención del título en licenciatura en enfermería como requisito de la carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad Técnica Privada Cosmos.

Al mismo tiempo agradecer a su autoridad y a la institución que me abrió las puertas para la realización de mi estudio.

A la conclusión del trabajo me comprometo hacer llegar a su autoridad una copia del documento final.

Sin otro particular me despido atentamente con mis mayores reconocimientos por la colaboración desinteresada que recibí durante este proceso.

.....
Est. Vanessa Rojas Vargas
C.I. 6483424 Cbba.

Lic. Adela R. Vargas Rocabado
JEFA DE ENFERMERAS
MAT. V 716
CLINICA COPACABANA