

# Cuidados de Enfermagem ao Doente com Necessidade de Cateterismo Vesical

Rui Carlos Negrão Baptista \*



A eliminação urinária é importante para o adequado funcionamento fisiológico do organismo, através da qual são libertadas substâncias orgânicas (ureia) e inorgânicas (sulfatos, cloretos, fosfatos e bicarbonatos de sódio, cálcio, magnésio, potássio e amónio), resultantes do metabolismo das células e dos alimentos.

Apesar de existirem vários motivos para uma algaliação, em caso algum este procedimento deve ser realizado sem que seja absolutamente necessário.

Quando o doente apresenta dificuldade em urinar, existem algumas medidas que se podem aplicar de forma a estimular o acto da micção sem se recorrer ao cateterismo vesical:

- Auxiliar o doente a assumir uma posição natural de micção;
- Assegurar privacidade ao doente;
- Abrir uma torneira de modo a tornar audível o ruído da água;
- Aplicar saco de água morna na região suprapúbica (atenção à situação clínica do doente);
- Aliviar a dor.

Se as medidas supra citadas não surtem efeito, torna-se necessária a colocação de uma sonda vesical.

## Cateterismo vesical

O cateterismo vesical consiste na introdução de uma sonda ou cateter vesical através do meato urinário até à bexiga, que assegura a eliminação contínua de urina. Existem dois tipos de cateterismo: o cateterismo intermitente e o de demora (POTTER e PERRY, 1996).

Assim, consoante o fim a que se destina o cateterismo vesical é realizado para:

- Preparar o doente no pré-operatório (em algumas cirurgias), para diminuir o risco de retenção urinária pós - anestesia;
- Facilitar a cicatrização no pós-operatório em cirurgia urológica;
- Aliviar a distensão vesical pela retenção de urina;

\* Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Assistente na Área Científica de Enfermagem Médico - Cirúrgica.

- Verificar o volume urinário residual pós micção;
- Determinar e monitorizar o débito urinário de doentes em estado de choque (por grandes traumatismos, queimaduras ou cirurgias prolongadas);
- Realizar exames complementares de diagnóstico (exames laboratoriais, uretrocistografias, estudos urodinâmicos);
- Administrar medicamentos directamente na bexiga ou irrigação vesical.

A cateterização vesical é a principal responsável pelo desenvolvimento de infecções nosocomiais, uma vez que é uma manobra invasiva, potencialmente traumática, não isenta de riscos e que representa uma agressão à esterilidade do trato urinário inferior (60% a 80% dos doentes algaliados contraem infecção urinária) (CARDOSO, 1995: 15).

O risco de desenvolver uma infecção urinária em doentes algaliados pode ser minimizado se considerarmos alguns factores predisponentes:

- Inadequada desinfecção do meato urinário antes do cateterismo vesical, contribuindo para a introdução de germens na bexiga;
- Traumatismos da uretra aquando da algaliação por esta ser realizada de forma brusca, sem lubrificação adequada, por a sonda vesical ter um diâmetro superior ao meato urinário ou por, no caso do homem, a sonda ser introduzida num ângulo inadequado;
- Permanência prolongada do cateter sem se respeitar o prazo;
- Algaliação sem motivo, apenas por conveniência.

### Classificação dos cateteres vesicais

Os cateteres vesicais são classificados mediante o seu tamanho, a forma e no número de lúmens.

O calibre das algalias é estabelecido de acordo com a escala francesa (French) e escolhido em função do tamanho da pessoa. Assim, apesar de não existir uma regra fixa os calibres 8 a 10 usam-se para

crianças, 14 a 16 para mulheres e 18 a 20 para os homens. Nos cateteres que possuem válvula para encher o balão, esta, tem uma cor representativa como código para cada tamanho: 12F = branco, 14F = verde, 16F = laranja, 18F = vermelho, 20F = amarelo, 22F = violeta e 24F = azul.

Em relação à forma ela difere essencialmente na extremidade dos cateteres, onde estes podem ser rectos ou curvos. A forma da extremidade determina o seu uso, daí que os cateteres de ponta *Malecot* ou de *Pezzer* evitam que se desloquem apesar de necessitarem de serem fixos à face interna da perna ou ao abdómen. Os de ponta bequille facilitam a passagem perante uma obstrução parcial da uretra (p. ex: hipertrofia prostática) e são menos traumáticos. Os de ponta arredondada são usados em pessoas sem anomalias ou obstruções anatómicas (ver fig. 1).

Os cateteres vesicais podem ter um, dois ou três lúmens consoante o fim a que se destinam (ver fig. 1). Os de um lúmen são adequados a drenagem de conteúdo sólido ou denso (coágulos) mas têm o inconveniente de não terem balão. Os de dois lúmens (tipo foley) são os mais usados e possuem um canal para drenagem de urina e outro para insuflar o balão. Os de três lúmens são iguais aos anteriores mas têm um canal adicional para irrigação vesical em situações de hematúrias macroscópicas intensas.

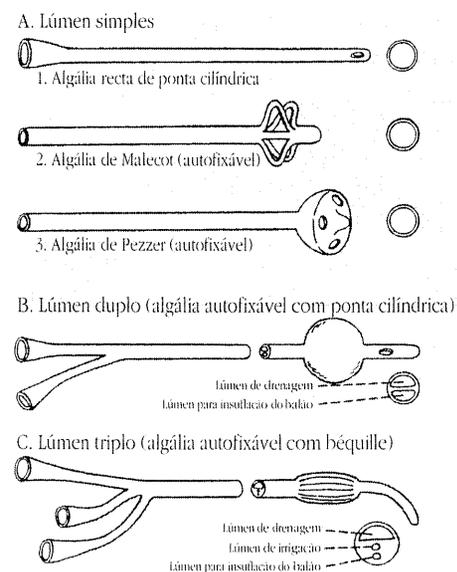


Figura 1 – Diferentes tipos de sondas com diferentes lúmens

O material usado na construção dos cateteres vesicais condiciona alguns aspectos: rigidez, relação diâmetro externo e interno e, a mais importante, a biocompatibilidade da sonda ao doente assim como a sua tendência para a formação de incrustações litíasicas. Deste modo os cateteres são, de uma maneira geral, fabricados em látex, em poliuretano e em silicone ou hidrogel. Alguns cateteres ainda possuem na sua composição seda entrançada ou metal para evitar que colapsem aquando das aspirações vesicais.

Consoante o material utilizado na sua construção e devido à biocompatibilidade os cateteres podem permanecer 8 a 10 dias (látex), 30 dias (poliuretano) ou 2 a 3 meses (silicone ou hidrogel).

### Material para algaliação

- Cateter vesical adequado
- Lubrificante anestésico hidrossolúvel
- Seringa de 10cc
- Ampola de água destilada de 10cc
- Luvas não esterilizadas
- Luvas esterilizadas
- Solução detergente de iodopovidona

- Solução desinfectante de iodopovidona ou clorhexidina
- Saco colector de urina esterilizado
- Kit para algaliação:
  - Compressas
  - Cuvete riniforme
  - Campo com janela
  - Taça
  - Pinça de Kocher

### Técnica de cateterismo vesical

Este procedimento requer uma técnica asséptica cirúrgica e antes de se iniciar o cateterismo deve-se preparar o doente psicológica e fisicamente:

- Explicar ao doente o que se vai fazer e qual a finalidade, reduzindo o desconforto (pelo relaxamento dos esfíncteres), a ansiedade (pelo ensino) e alguns riscos que lhe são inerentes (pela facilidade da progressão da sonda).
- Respeitar a privacidade do doente.

No cateterismo vesical é importante a presença de um ajudante que colabore com o executante no posicionamento do doente e manuseamento de material não esterilizado, assim:

Acção de Enfermagem	Justificação
<p><b>Ajudante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionar o doente: mulher – decúbito dorsal com os membros inferiores flectidos e em abdução. homem – decúbito dorsal com os membros em extensão e ligeira abdução.</li> <li>• Cobrir o doente de forma a deixar unicamente a área perineal exposta.</li> </ul> <p><b>Executante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calçar luvas de protecção para a lavagem dos genitais e região perineal com detergente de iodopovidona (pode ser realizado com água e sabão).</li> <li>• Lavagem asséptica das mãos.</li> </ul> <p><b>Ajudante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrir todo o material de forma asséptica e colocá-lo em condições de ser utilizado.</li> </ul>	<p>Manter a privacidade do doente, diminui os níveis de ansiedade e o desconforto provocado pelo acto em si.</p> <p>O traumatismo da mucosa e a penetração de bactérias na bexiga, podem resultar em infecção local ou generalizada. Daí que uma prévia lavagem dos órgãos genitais, pelo enfermeiro ou pelo doente, diminui as infecções urinárias.</p>

Acção de Enfermagem	Justificação
<p>(cont.)</p> <p><b>Executante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calçar luvas esterilizadas</li> <li>• Desinfectar com o anti-séptico: mulher – com a mão não dominante abrir os pequenos lábios para visualizar o meato, desinfectar primeiro a região do meato, depois os pequenos lábios e por fim os grandes lábios (uma compressa para cada passagem que deve ser no sentido do abdómen para o ânus). homem – com a mão não dominante fazer a retracção do prepúcio e desinfectar primeiro a região do meato e depois a glândula com movimentos circulares no sentido do escroto.</li> </ul> <p><b>Executante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar o pênis numa compressa esterilizada</li> <li>• Colocar o campo esterilizado</li> <li>• Lubrificar (gel hidrossolúvel) o cateter: mulher – 5 a 7 cm homem – 10 a 15 cm</li> <li>• Introduzir a sonda de forma suave até sair urina. No homem antes da introdução deve-se desfazer o ângulo penoescrotal colocando o pênis em ângulo recto com o corpo.</li> <li>• Fixar o cateter introduzindo 8 a 9 cm de água destilada no balão</li> <li>• Adaptar saco colector ao cateter.</li> </ul>	<p>Por se tratar de uma técnica asséptica cirúrgica o uso de luvas esterilizadas é indispensável bem como uma correcta desinfectação com solução dérmica de iodopovidona.</p> <p>Na mulher, a distância do meato urinário à bexiga é de 3 a 5 cm e no homem é de 15 cm, aproximadamente.</p> <p>O desfazer o ângulo penoescrotal facilita o cateterismo, diminui o traumatismo do acto e reduz a possibilidade de provocar falsos trajectos.</p> <p>A introdução da água destilada no balão poderá ser realizada pelo ajudante, evitando a saída do cateter vesical.</p>

- No homem colocar o prepúcio na sua posição original para evitar parafimose.
- Fixar o cateter vesical à face interna da coxa na mulher, e na região do abdómen ou face anterior da coxa no homem.
- Fazer os registos: dia, hora, motivo da cateterização, tipo de sonda, quantidade de água

para o balão, características da urina drenada (quantidade, cor, concentração), possíveis complicações e a reacção do doente ao procedimento.

*(nota: em situação de retenção urinária a descompressão da bexiga deve ser feita de forma lenta para evitar hematiúria — 500 cc cada 15 minutos)*

### Discussão – Fixação do cateter vesical

O local de fixação do cateter vesical não é consensual entre os autores. De acordo com EMÍLIA *et al.* (2000) o cateter (no homem) deve ser fixo na porção anterior da coxa, mas se pretendemos uma drenagem prolongada então deve ser fixo ao abdómen.

Para evitar a fistula penoescrotal, além da fixação do cateter lateralmente à coxa ou superiormente ao abdómen devemos ter uma observação cuidada do local e cuidados de higiene adequados. No entanto, a fixação do cateter vesical em doentes jovens não é tão recomendável devido à probabilidade de ocorrer uma erecção e provocar um traumatismo uretral (ALEIXO, 1999: 37).

A nossa experiência é de que em alguns serviços da especialidade a sonda passa pela face posterior da coxa para facilitar a drenagem da urina no pós-operatório (referem os técnicos).

## Cuidados ao doente com sonda vesical

- Saco colector deve estar suspenso e sempre a um nível inferior ao da bexiga para evitar refluxo de urina
- Lavar as mãos antes e depois de qualquer procedimento
- Evitar irrigações vesicais, a menos que exista obstrução
- Incentivar o doente a uma ingesta hídrica de 3 litros por dia
- Manter a área entre o meato e a sonda limpa
- Evitar a tracção do cateter
- O circuito de drenagem vesical deve ser fechado para evitar infecções
- Vazar o saco colector uma vez por turno ou em SOS para evitar um grande volume de urina e diminuir o risco de proliferação bacteriana
- Substituir o saco cada 8 dias. Se existir hematuria, piúria ou urina concentrada com sedimentos, então substituir diariamente
- Quando não for possível manter o circuito de drenagem fechado deve-se realizar a mudança do saco usando luvas de exame e desinfectando com iodopovidona a conexão do saco.
- O cateter não deve ser mantido mais tempo que o recomendado e/ou necessário.
- Controlar e anotar reacções e queixas do doente, bem como o volume e aspecto da urina.

## Remoção do cateter vesical

- Explicar o procedimento e posicionar o doente em decúbito dorsal
- Calçar luvas de protecção e preservar a privacidade do doente
- Com uma seringa de 10cc vazar o balão
- Retirar a sonda com suavidade e verificar a sua integridade
- Fazer os registos: hora da retirada, integridade da sonda e a quantidade e aspecto da urina
- Vigiar a hora da 1ª micção espontânea, assim como a quantidade e aspecto da urina eliminada.
- Vigiar a frequência das micções.

## Bibliografia

- ALEIXO, Fernando – Prevenção da Úlcera Escroto-Peniana. *Revista Sinais Vitais*, nº 22, Janeiro de 1999, p. 37.
- CARDOSO, Ana – Algáliação Vesical. *Revista Sinais Vitais*, nº 3, Maio de 1995, p.15-16.
- EMILIA, Fernanda *et al.* – Sondagens e Cateterismos. <http://www.e-net.com.br/user/msgusmao/sondas.html>. 26-11-2000.
- POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. – *Grande Tratado de Enfermagem Prática – Clínica e Prática Hospitalar*. São Paulo: Tempo Editora, 1996.