

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	<b>POP NEPEN/DE/HU</b>	
	<u>Assistência de Enfermagem</u>		
	Título  <b>Irrigação Vesical Contínua</b>	Versão: 01	Próxima revisão: 2016
Elaborado por: Cíntia Junkes, Carla Rodrigues e Patrícia M. Lourinho		Data da criação: 19/07/2014	
Revisado por: Membros permanentes do NEPEN		Data da revisão: 06/08/2015	
Aprovado por: Diretoria de Enfermagem		Data da aprovação: 06/08/2015	
Local de guarda do documento: Rede/obelix/POP			
Responsável pelo POP e pela atualização: Membros permanentes do NEPEN e Diretoria de Enfermagem			
Objetivo: Remover sedimentos, coágulos, urina em decomposição ou fins terapêuticos.			
Setor: Setores assistenciais		Agente(s): Equipe de Enfermagem	
<b>1. CONCEITO</b>			
Irrigação vesical contínua é a lavagem da mucosa que reveste a bexiga. O material introduzido por essa via será eliminado juntamente com a urina.			

<b>2. MATERIAIS NECESSÁRIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonda de Foley 3 vias</li> <li>• Coletor fechado</li> <li>• Pacote cateterismo estéril</li> <li>• Seringa 20cc</li> <li>• 15 ml de água destilada</li> <li>• 1 agulha de aspiração (40x12)</li> <li>• Equipo de soro</li> <li>• SF a 0,9%</li> <li>• Solução anti-séptica tópica Saco ou lixeira para descarte de material biológico</li> <li>• Gaze</li> <li>• Xilocaína geleia</li> <li>• Luva estéril</li> </ul>

### **3. ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

1. Higienizar as mãos;
2. Preparar o material necessário e levar até o paciente;
3. Orientar o paciente quanto ao procedimento que será realizado;
4. Passar sonda vesical-Foley 3 vias (Conforme POP de sondagem vesical);
5. Conectar o equipo de soro ao SF 0,9% e a outra extremidade à sonda vesical de três vias para iniciar a irrigação;
6. Deixar infundir o soro em gotejamento rápido, trocando o frasco antes do término;
7. Pedir ao paciente que ajude a observar quando acabar a água ou o soro da irrigação, chamando a equipe quando necessário;
8. Esvaziar a bolsa coletora sempre que a mesma estiver cheia, do contrário, o paciente poderá ter muita cólica, náuseas e/ou vômitos;
9. Realizar o balanço de volume infundido e drenado;
10. Deixar o ambiente sempre limpo e organizado;
11. Higienizar as mãos;
12. Proceder às anotações no prontuário sobre o procedimento e suas possíveis intercorrências.

### **4. REFERÊNCIAS**

1. PRADO, Marta Lenise do et al (Org.). **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.