
KATETERIZIMI URINAR

Kateterizimi urinar është një procedurë invazive, e cila i referohet futjes së tubit të kateterit përmes uretrës drejt fshikëzës për të drenuar urinën. Edhe pse nuk është një procedurë komplekse, kateterizimi urinar shpesh mund të jetë i vështirë për t'u aplikuar.

Kateterizimi është procedura e fundit që duhet aplikuar tek një pacient me probleme të traktit urinar. Kjo pasi rrugët urinare janë rrugët më sterile në organizmin e njeriut dhe infeksionet bakteriale të traktit urinar janë mjaft rezistente, të zgjatura në kohë dhe të vështira për t'u trajtuar.

Kateterizimi indikohet për:

- Pacientët me inkontinencë urinare
- Pacientët me retension urinar
- Pacientët me vezikë neurogjene
- Marrjen e një mostre sterile të urinës nga pacienti
- Matjen e sasisë së urinës reziduale në vezikën urinare
- Zbrazjen e vezikës urinare para ndërhyrjeve kirurgjikale dhe ekzaminimeve diagnostikuese të caktuara
- Menaxhimin e problemeve urinare tek pacientët e moshuar dhe jo vetëm.

Kateterët janë dy llojesh: të përkohshëm dhe permanentë.

Kateterizimi me kateter të përkohshëm (kateteri një-rrugësh) i cili përdoret për:

- Lehtësim të menjëhershëm të retensionit urinar
- Marrjen e një mostre sterile të urinës
- Përcaktimin e prezencës së urinës reziduale në vezikë pas urinimit (nëse ekzaminimi imazherik i fshikëzës nuk është i mundur)

Kateterizimi me kateter permanent (kateteri dy ose tre rrugësh) përdoret për:

- Menaxhimin e inkontinencës urinare
- Menaxhimin afatgjatë të vezikës neurogjene
- Parandalimin e dëmtimit të lëkurës nga lagështia në rastin e inkontinencës urinare
- Menaxhimin më të mirë të plagëve (decubitus, plagë malinje, kirurgjikale etj)
- Të ndihmuar në riparimin kirurgjikal të uretrës, fshikëzës ose strukturave përreth
- Kryerjen e lavazhit dhe administrimit të medikamenteve

Kundërindikacionet

Kateterizimi permanent nuk aplikohet tek:

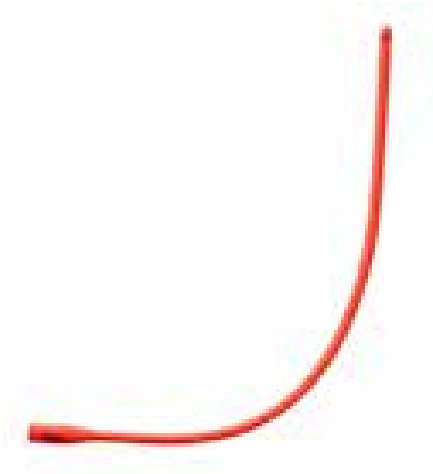
- Pacientët me trauma ose dëmtim të uretrës:
- Pacientët që bëjnë hemorragji nga meatusi uretral
- Pacientët prostata e të cilëve gjatë ekzaminimit rektal duket mbi nivelin normal.

- Pacientët me hematoma penile, skrotale, perineale
- Pacientët tek të cilët kateterizimi i fundit ka qenë i pamundur
- Pacientët me strikturë të uretrës dhe probleme të tjera urologjike, të cilat e kundërlindojnë kateterizimin urinar.

Kujdes! Në rastet kur pacientët kanë bërë ndërhyrje kirurgjikale të traktit urinar, këshillohuni më parë me kirurgun për llojin e ndërhyrjes kirurgjikale dhe llojin e kateterit që mund të insertoni.

Llojet e kateterëve:

1. Një-rrugësh prej nelatoni, nuk kanë balon dhe përdoren për kateterizimin e përkohshëm



2. Dy-rrugësh prej latex ose silikon (Foley) – këta kateterë kanë një lumen nga rrjedh urina dhe një lumen për balonin. Ky tip përdoret për kateterizim të vazhdueshëm.



3. Tre-rrugësh latex ose silikon (Foley) - një lumen për rrjedhjen e urinës, një lumen për balonin dhe një lumen për lavazh të vazhdueshëm.



Përmasat e kateterëve varen nga:

- Moshë
- Seksi
- Patologjia e pacientit

Përmasat e kateterëve:

- Nr. 6-10 F për fëmijët
- Nr. 12-14 për femra
- Nr. 16-18 F për meshkuj
- Nr 18-20 F për urinë me kripra, mukozë dhe hematuri
- Nr. 22 F është madhësia standarde për lavazhin e fshikëzës

Kateterët mund të mbahen

- 20-30 ditë qëndrimi mesatar
- 30-60 ditë qëndrimi të gjatë

Këshilla bazike:

- Tek femrat e rritura pozicioni normal i uretrës është 2.5 cm poshtë glans klitorit. Shpesh, mund të jetë e vështirë për t'u gjetur tek foshnjat ose femrat e moshuara pas menopauzës. Herë pas here hapja uretrale tërhiqet superiorisht në vaginë dhe mund të gjendet me prekje.

- Uretra femërore është e gjatë 4 cm. Uretra mashkullore është e gjatë 20 cm - gjithnjë shtyni kateterin deri në 2/3-tat e gjatësisë së tij para se të fryni balonin.
- Mos e tejmbushni balonin e kateterit pasi kjo do të çojë në shtrembërim të tij, duke bërë që maja e kateterit të devijojë brenda fshikëzës dhe nëse kateteri qëndron gjatë, kjo mund të rezultojë në nekrozë të murit të fshikëzës.
- Urina mund të mos rrjedhë fillimisht për shkak të bllokimit nga xheli lubrifikues. Ju mund të shpejtoni rrjedhën duke thithur butësisht kateterin me një shiringë, ose duke ushtruar presion në pjesën suprapubike të pacientit.

Materialet e nevojshme për vendosjen e kateterit:

- Doreza sterile
- Doreza jo sterile
- Set kateterizimi
- Ujë të ngrohtë ose letra higjenike të lagura për pastrim
- Lubrifikant
- Shiringë për të mbushur balonin
- Solucion fiziologjik për të mbushur balonin
- Qese urine
- Baçinelë
- Kateteri Foley
- Shtroje/pecetë të padepërtueshme nga uji
- Qese për mbledhjen e materialeve të përdorura



Procedura e vendosjes së kateterit:

1. Informoni pacientin mbi procedurën dhe siguroni komfort për të.
2. Vendosni një shtroje/pecetë të padepërtueshme nga uji poshtë pacientit për të shmangur ndotjen/lagjen e çarçafëve.
3. Poziciononi pacientin në pozicionin shtrirë në shpinë me gjunjë të flektuara dhe të hapura anash (për pacienten femër)
 - **Pacienti mashkull:** I shtrirë në shpinë me këmbë të shtrira dhe pak të hapura. Pacientit i kërkohet të jetë i qetë deri në përfundim të procedurës.
4. Vendosni doreza jo sterile;
5. Inspektoni rregjonin perineal për eritemë, rrjedhje apo erë të keqe për të përcaktuar gjendjen perineale dhe pozicionin anatomik.
6. Bëni pastrimin e zonës perineale dhe rrugëve gjentiale me ujë të ngrohtë ose letër higjenike të lagur.
 - **Pacientja femër:** ndajme labiat me gishtat e dorës jo-dominante. Me dorën dominante, pastroni labiat dhe meatusin e uretrës nga klitori në anus, dhe nga labia e jashtme në palosjet e brendshme të labiave deri në meatusin e uretrës.
 - **Pacienti mashkull:** Butësisht kapeni penisin në corpus cavernos (trupin) dhe mbajeni atë në këndin e duhur gjatë gjithë procedurës me dorën jo dominante. Me dorën dominante, pastroni meatusin e uretrës në një lëvizje rrethore nga jashtë për tek meatusi.
7. Hiqni dorezat me të cilat keni manipuluar dhe hidhini ato në qesen e mbeturinave.
8. Pasi keni vendosur për llojin dhe madhësinë e kateterit hapni setin e kateterizimit.
9. Mbushni me solucion fiziologjik një shiringë nga 5-15 ml, kjo sasi varet nga volumi i ballonit dhe është e shkruar tek amballazhi i kateterit.
10. Lidhni qesen e urinës me njërën nga hapjet/vrimën në fundin e kateterit.
11. Vendosni dorezat sterile
12. Hapni pjesën e sipërme të qeses së amballazhit të kateterit dhe lubrifikoni majën e tij me lubrifikant steril mbi një sipërfaqe sterile (kjo ndihmon në rrëshqitjen e kateterit dhe eliminimin e traumës).
13. Mbani kateterin me dorën dominante sterile 7,5 deri në 10 cm poshtë majës së kateterit.

Mbajtja e kateterit afër majës do të ndihmojë në kontrollin dhe manipulimin e kateterit gjatë futjes.

14. Vendosni kateterin si më poshtë.

- **Pacientja femër:** Me dorën jo dominante hapni buzët e jashtme në mënyrë që të ekspozohet meatusi uretral. Me dorën dominante sterile merrni kateterin dhe futeni 5 deri në 7,5 cm derisa urina të rrjedhë nga kateteri.
- **Pacienti mashkull:** Me dorën jo dominante mbajeni penisin pingul me trupin dhe tërhiqeni pak lart. Me dorën dominante sterile, fusni ngadalë kateterin përmes meatusit të uretrës. Shtyni kateterin 17 deri 22.5 cm (afërsisht 2/3-tat e gjatësisë së kateterit) ose derisa urina të rrjedhë nga kateteri.

15. Kur në tub fillon të duket urinë, shtyjme kateterin edhe disa cm.

Shënim: Nëse urina nuk shfaqet në një paciente femër, kateteri mund të jetë në vaginën e pacientes. Lëreni kateterin në vaginë si një pikë referimi dhe fusni një kateter tjetër steril.

Shënim: Nëse kateteri has pengesë tek pacienti mashkull, mos përdorni forcë. Kërkoni që pacienti të marrë frymë thellë dhe provoni përsëri. Nëse kateteri përsëri nuk avancon, pacienti mund të ketë hipertrofi të prostatës ose strikturë të uretrës.

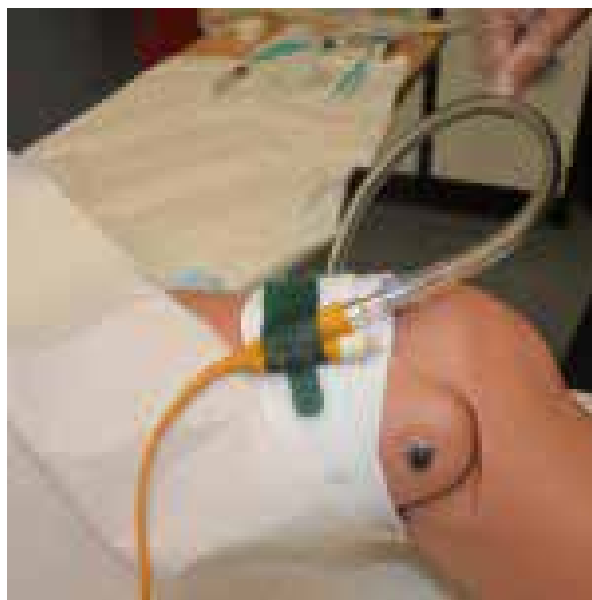
16. Fryni ngadalë balonin duke futur në hapjen tjetër të kateterit sol fiziologjik me shiringë. Madhësia e balonit është shënuar në portën e kateterit. (10- 15ml fiziologjik)

Shënim: Nëse pacienti përjeton dhimbje gjatë fryrjes së balonit, shfryjeni balonin, lini urinën të rrjedhë, shtyni pak kateterin dhe rifryni balonin.

17. Pasi fryhet baloni, tërhiqeni butësisht kateterin derisa të ndihet rezistenca, më pas shtyjeni përsëri kateterin. Shtyrja e kateterit përsëri drejt vezikës do të shmangë ushtrimin e presionit në qafën e vezikës.

18. Mbani qesen e urinës nën nivelin e vezikës duke e shtrirë dhe fiksuar tubin e saj përgjatë kofshës (në pjesën e brendshme të saj) dhe më poshtë me një ngjitës jo alergjik ose me fiksues llastiku.

19. Në rastet kur urina është shumë e koncentruar ose hemorragjike, aplikoni lavazhin e vezikës me 50 ml solucion fiziologjik me shiringë për të paktën 2-3 herë.



20. Hidhni mbeturinat në qesen e posaçme të mbetjeve.

21. Hiqni dorezat dhe aplikoni higjenën e duarve.

22. Dokumentoni të gjithë procedurën.

Kujdes: Në rastet e pacientëve me kateterizim për kohë të gjatë të cilët kanë risk për bllokim nga kriprat, rekomandoni lavazhin e vezikës çdo ditë. Ky problem mund të ndodhë tek pacientët:

- e imobilizuar dhe që qëndrojnë në pozicionin shtrirë
- që kanë probleme malinje të vezikës
- me dëmtime të traktit të sipërm urinar
- me konsumim të pakët të lëngjeve

Ndërrimi i qeses

Qesja e urinës duhet të ndërrohet çdo javë ose edhe më shpesh nësa ka përmbajtje të dukshme të gjakut dhe kriprave.

Heqja e Kateterit

Kateteri ndërrohet në mënyrë periodike dhe është infermieri ai që ka për detyrë të vlerësojë nëse kateteri permanent duhet të hiqet apo duhet ndërruar. Pas heqjes së kateterit urinar, duhet të vlerësojë nëse vezikës i është kthyer funksioni normal.

Pajisjet e nevojshme:

- doreza jo sterile
- shtrojë/pecetë të papërshkueshme nga uji (2 copë)
- shiringë për shfryrjen e balonit
- garza për pastrimin e zonës perineale dhe organeve gjenitale
- ujë i ngrohtë për pastrim ose letra higjienike të lagura
- qese për mberurinat

Procedura e heqjes së kateterit:

1. Shpjegojini pacientit procedurën, duke i siguruar atij privatësi të plotë.
2. Vendosni një shtrojë/pecetë të padepërtueshme nga uji poshtë pacientit.
3. Poziciononi pacientin në pozicionin shtrirë në shpinë, me gjunjë të flektuara dhe të hapura dhe shputa të kryqëzuara për lehtësim të procedurës.
4. Vendosni dorezat jo sterile.
5. Vendosni shiringën në portën e balonit dhe filloni të tërhiqni/zbrazi ujin nga baloni.
6. Sigurohu që keni tërhequr të gjithë sasinë e ujit që ndodhej në balon.
7. Thojini pacientit të marrë frymë thellë, ndërkohë që tërhiqni kateterin ngadalë dhe pa ushtruar shumë forcë. Nëse hasni rezistencë, ndaloni procedurën dhe përpikuni të kontrolloni nëse ka akoma ujë në balon.



8. Mbështillni kateterin e përdorur në shtrojen e papërshkueshme nga uji ose me doreza.
9. Matni, zbrazi dhe dokumentoni sasinë, ngjyrën dhe konsistencën e urinës që është prezent në qese.
10. Hiqni leukoplasitin fiksues të tubit të drenimit të urinës.
11. Pastroni me ujë të ngrohtë dhe sapun, zonën perineale dhe gjenitale sipas udhëzimeve që zbatuam tek vendosja e kateterit.
12. Hiqni dorezat dhe lani duart.
13. Sigurohuni që të gjitha materialet e përdorura dhe të kontaminuara të hidhen në qese/kontenierë të veçantë.
14. Poziciononi pacientin në një pozicion të rehatshëm.
15. Rishikoni kujdesin pas kateterit, marrjen e lëngjeve dhe rezultatet e pritura dhe të papritura me pacientin.
16. Sigurohuni që pacienti të ketë mundësi për të shkuar në tualet, komodë, uturak (legen i posaçëm) ose kontenier urinar.
17. Inkurajoni pacientin të rrisë sasinë e lëngjeve për të mbajtur prodhimin normal të urinës (përveç rasteve kur ka kundërindikacion).
18. Dokumentoni kohën e heqjes së kateterit, sasinë dhe karakteristikat e urinës së parë pas heqjes si dhe gjendjen e uretrës.