

UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE
Facoltà di medicina e chirurgia "A. Gemelli"- Roma

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'EDUCAZIONE ALLA DIMISSIONE
DI PAZIENTI GINECOLOGICHE CHE NECESSITANO DI
AUTOCATETERISMO A DOMICILIO

Relatore:

Chiar.mo Prof.ssa Monica Marchetti

Correlatore:

Chiar.mo Prof. Pierangelo Lombardi

Candidato
SARA POLLASTRI
Matricola N. 4650681

Anno Accademico 2018-2019

Ringraziamenti

A conclusione di questo lavoro di tesi, è doveroso porre i miei più sentiti ringraziamenti alle persone che ho avuto modo di conoscere in questo importante periodo della mia vita e che mi hanno aiutato a crescere sia dal punto di vista professionale che umano.

Un particolare ringraziamento va alla mia relatrice Monica Marchetti e al mio correlatore Pierluigi Lombardi che con pazienza e spirito critico mi hanno insegnato, sostenuto, consigliato e aiutato durante tutto lo svolgimento della tesi. Gli sono grata per la stima che mi hanno dimostrato e l'entusiasmo per la ricerca che mi hanno trasmesso.

Ringrazio tutte quelle persone con cui ho iniziato e trascorso i miei studi, con le quali ho condiviso momenti indimenticabili, instaurando una sincera amicizia e una profonda collaborazione.

Un sentito ringraziamento va a Cecilia, una cugina che ha un ruolo fondamentale nella mia vita, sempre disponibile e pronta a sostenermi ed appoggiarmi in qualunque momento.

Desidero ringraziare Anna, compagna e amica, che in poco tempo mi ha apprezzata per come sono, con i miei pregi e soprattutto i miei difetti, dimostrandomi sempre il suo sostegno.

Se ho raggiunto questo traguardo lo devo anche alla vostra continua presenza, per avermi fatto capire che potevo farcela, incoraggiandomi a “non mollare mai”.

Non so se trovo le parole giuste per ringraziare i miei genitori e la mia famiglia, però vorrei che questo mio traguardo raggiunto, per quanto possibile, fosse un premio anche per loro e per i sacrifici che hanno fatto.

Un infinito grazie per esserci sempre, per sostenermi, per avermi insegnato ciò che è “giusto” e ciò che non lo è.

Senza di voi certamente non sarei la persona che sono.

Grazie per i vostri consigli, per le vostre critiche che mi hanno fatto crescere.

Grazie perché senza di voi non sarei mai arrivata fino in fondo a questo difficile, lungo e tortuoso cammino.

Questa tesi la dedico a voi che siete la mia famiglia, il mio più grande sostegno e la mia guida.

Grazie per il vostro amore.

Indice

INTRODUZIONE.....	II
LA RITENZIONE URINARIA	1
1.1 Definizione di ritenzione urinaria.....	1
1.2 Cause della ritenzione urinaria	3
1.3 Complicanze della ritenzione urinaria.....	4
1.4 Ruolo dell'infermiere nell'assistenza a pazienti con ritenzione urinaria.....	5
1.5 Strumenti utilizzati dall'infermiere per il controllo del ristagno vescicale	6
IL CATETERE VESCICALE: GESTIONE E PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE.....	10
2.1 La storia	10
2.2 Il cateterismo vescicale.....	14
2.3 Le complicanze del catetere vescicale.....	16
2.4 CAUTI: infezioni delle vie urinarie correlata al posizionamento di un catetere vescicale	18
2.5 Tecniche appropriate per l'inserimento del catetere vescicale.....	21
2.6 Tecniche adeguate alla manutenzione del catetere vescicale.....	22
2.7 Tipologia di cateteri vescicali	24
IL CATETERE INTERMITTENTE E L'AUTOCATETERISMO NELLA DONNA	27
3.1. La storia del cateterismo ad intermittenza.....	27
3.2 Il cateterismo intermittente e l'autocateterismo intermittente	28
3.3 Il prolasso genitale nella donna	30
3.4 Il prolasso vescicale	32
3.5 Le linee guida all'auto cateterismo	34
3.6 Presidi utilizzati per l'auto cateterismo a domicilio	38
3.7 Testimonianze di donne che necessitano dell'auto cateterismo a domicilio...	44
RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PROGETTO EDUCATIVO ALLA DIMISSIONE	46
4.1 Progetto educativo alla dimissione	46
4.2 Il ruolo educativo dell'infermiere.....	51
4.3 Lo strumento informativo/educativo: la brochure	54
4.4 Impostazione dell'opuscolo informativo	55
CONCLUSIONI	56

INTRODUZIONE

In seguito ad interventi chirurgici il 15%- 25% dei pazienti ospedalizzati necessitano di cateterismo urinario. Questa procedura può provocare infezioni.

Le infezioni del tratto urinario sono il tipo più comune di infezione associate all'assistenza sanitaria (ICPA), che rappresenta oltre il 30% delle infezioni segnalate da reparti di degenza acuta.

Le infezioni delle vie urinarie associate a catetere (CAUTI) sono state correlate ad un aumento della morbidità e della mortalità a costi ospedalieri e ad una prolungata degenza. Inoltre, molte pazienti in ambito ginecologico e non, richiedono a seguito di interventi o patologie l'autocateterismo.

Questi rilevanti dati mi hanno fatto riflettere sull'importanza di questa epidemiologia e quindi lo scopo del mio studio mira a cercare in letteratura degli indicatori per l'adeguato utilizzo del catetere vescicale e alla creazione di un progetto educativo e di supporto da sottoporre a pazienti ginecologiche al momento della dimissione.

E' da considerare che l'applicazione del catetere vescicale rappresenta una delle condizioni per lo sviluppo di infezioni correlate all'assistenza post operatoria e pertanto dovrebbe sussistere da parte dell'infermiere la scelta di un cateterismo vescicale ad hoc e la valutazione della gestione del problema ricorrendo anche a tecniche alternative quale, ad esempio, l'autocateterismo.

L'autocateterismo può risultare una procedura apparentemente semplice, in realtà comporta il cambiamento temporaneo o definitivo della vita di molte donne che lo praticano anche a domicilio.

Il principale obiettivo di questo elaborato è di garantire continuità assistenziale e di permettere al paziente di acquisire conoscenze e competenze per la gestione dell'autocateterismo a domicilio.

L'obiettivo viene raggiunto attraverso la realizzazione di un progetto educativo accompagnato da una brochure informativa da consegnare al paziente o al familiare al momento della dimissione.

Da ritenersi uno strumento utile a colmare le carenze di nozioni relative alla gestione dell'autocateterismo nonostante essa non possa sostituirsi al ruolo educativo del personale infermieristico ma è un valido supporto informativo per l'utenza.

CAPITOLO I

LA RITENZIONE URINARIA

1.1 Definizione di ritenzione urinaria

La ritenzione urinaria è una condizione urologica comune che si caratterizza con l'incapacità a svuotare la vescica durante la minzione a causa di alterazioni a carico dello sfintere ureterale o del muscolo detrusore con la conseguente formazione del cosiddetto globo vescicale. (Figura I)

Quest'ultimo è dovuto ad un accumulo dell'urina normalmente prodotta dai reni fino a trattenere volumi di urina molto elevati (>2000ml).

Questa situazione può mostrarsi sia in forma acuta sia in forma cronica.

Si parla di ritenzione urinaria acuta quando si presenta improvvisamente accompagnata da dolore intenso, alla palpazione nell'esame obiettivo emerge una distensione della vescica che provoca al paziente la sensazione di "vescica piena" dovuta all'incapacità di svuotare la vescica anche se piena.

A differenza, la ritenzione urinaria cronica è quasi sempre indolore in presenza di ristagno vescicale, non comportando disturbi nell'immediato in quanto essa è un processo di tipo graduale. La ritenzione urinaria può presentarsi, inoltre, in forma completa o incompleta.

Completa si manifesta quando c'è un'insorgenza brusca del problema oppure quando ci si trova a gestire l'esito finale di una ritenzione urinaria incompleta definita appunto incompleta quando persiste un residuo di urina in vescica.

Comunemente, per diagnosticare la ritenzione urinaria si esegue una anamnesi ed un esame obiettivo una volta constatata l'evidente incapacità del paziente di urinare normalmente.

Il parametro impiegato per fare diagnosi di ritenzione urinaria è il ristagno vescicale. Tale ristagno è ritenuto normale quando si ha un valore inferiore ai 50 ml, accettabile se inferiore a 100 ml in paziente con età <65anni e comunque anomalo per i più giovani.

Esso si ricava attraverso l'utilizzo di scansioni ultrasonografiche della vescica o attraverso la procedura del cateterismo vescicale post-minzionale praticata dall'infermiere.

Il cateterismo post-minzionale è raccomandato dalle linee guida come primo intervento per il trattamento allo scopo di svuotare la vescica evitando così la rottura di quest'ultima e di prevenire il rischio di contrarre potenziali infezioni delle vie urinarie (IVU), le quali possono aumentare la pressione vescicale causando una uropatia ostruttiva.

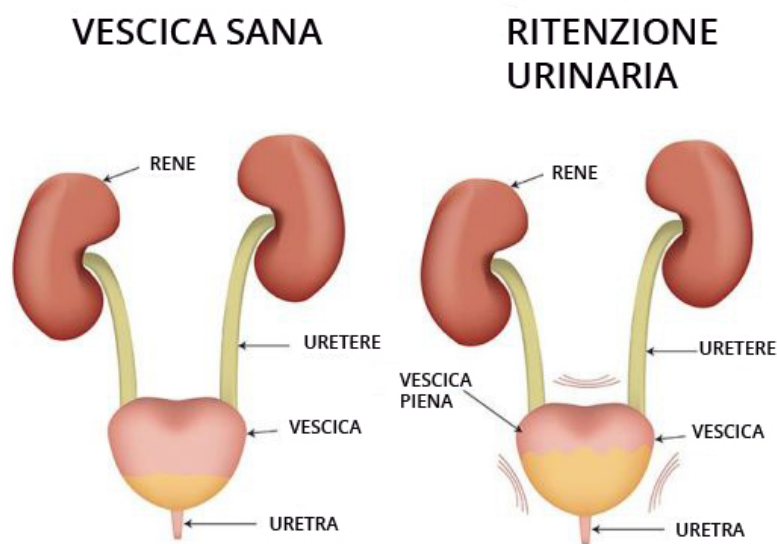


Figura I. Ritenzione urinaria

1.2 Cause della ritenzione urinaria

La ritenzione urinaria può manifestarsi per cause di diversa natura: ostruttive, infiammatorie, infettive, farmacologiche, neurologiche, neoplastiche, gravidanza, alcool, attività sessuale, eccessiva assunzione di liquidi, traumi come ad esempio lesioni pelviche.

E' stato riscontrato attraverso diversi studi che le cause più frequenti di ritenzione urinaria si presentano nella donna a seguito di interventi chirurgici, di cistiti, di prolasso vaginale, di complicanze a seguito di interventi di ricostruzione del pavimento pelvico, di neoplasie ostetrico-ginecologiche e a causa di interventi per l'incontinenza urinaria da stress. Nell'immediato postoperatorio la ritenzione può insorgere per svariate cause. Innanzitutto durante un intervento chirurgico, l'anestesia viene spesso utilizzata per bloccare i segnali di dolore nei nervi e il liquido viene somministrato per via endovenosa per compensare la possibile perdita di sangue. La combinazione di anestesia e liquido per via endovenosa può provocare una vescica piena con compromissione della funzione del nervo, che causa a sua volta ritenzione urinaria. Un'altra causa può essere la carenza di liquidi infusi durante e dopo l'intervento oppure dall'impossibilità del soggetto di andare in bagno e dalla difficoltà nell'utilizzare il pappagallo o la padella oppure dai farmaci anestetici che possono rallentare la filtrazione glomerulare e provocare una contrazione della diuresi. Inoltre la ritenzione urinaria può essere causata da un'ostruzione dell'uretra la quale blocca il normale flusso di urina fuori dal corpo.

Condizioni simili possono includere calcoli delle vie urinarie, cistocele, rettocele, stitichezza, alcuni tumori oppure problemi del sistema nervoso perché, se i nervi fossero danneggiati, il cervello potrebbe non ricevere il segnale di vescica piena. Anche quando una persona ha la vescica piena i muscoli della vescica comprimono l'urina e potrebbero non ricevere il segnale di spingere, oppure gli sfinteri potrebbero non ricevere il segnale di rilassarsi.

Le persone di tutte le età possono avere problemi riguardanti il sistema nervoso che interferiscono con la funzione della vescica.

Alcune delle cause più frequenti sono ad esempio il parto vaginale, le infezioni o lesioni cerebrali o del midollo spinale, il diabete, l'ictus, la sclerosi multipla o traumi. Inoltre un altro dei fattori da tenere in considerazione per quanto riguarda la ritenzione urinaria è l'indebolimento dei muscoli della vescica a causa dell'invecchiamento. I muscoli della vescica indebolendosi con l'avanzare dell'età potrebbero non contrarsi abbastanza forte e abbastanza a lungo da svuotare completamente la vescica, con conseguente ritenzione urinaria.

1.3 Complicanze della ritenzione urinaria

La ritenzione urinaria può comportare gravi e talvolta anche permanenti complicanze se non trattata in breve tempo.

Le complicanze più comuni comportano danni alla vescica come l'indebolimento del tessuto muscolare e la sua capacità di contrazione e rilassamento, l'incontinenza e l'insufficienza renale cronica, l'infezione delle vie urinarie.

Quest'ultima oltre ad essere una delle complicanze della ritenzione urinaria, può anche insorgere quando la gestione del catetere non si dimostra corretta.

In alcune persone, la ritenzione urinaria fa sì che l'urina fluisca all'indietro nei reni.

Questo reflusso può danneggiare i reni provocando un danno renale.

E' bene quindi rivolgersi al proprio Medico di Medicina Generale o ad uno specialista di tale ambito, i quali possono pianificare un regime terapeutico o prendere in considerazione altre opzioni.

1.4 Ruolo dell'infermiere nell'assistenza a pazienti con ritenzione urinaria

L'infermiere ha il compito di accertare diverse componenti come la qualità, la frequenza e l'aspetto delle urine.

Accertarsi del modello di eliminazione del soggetto e verificare che il paziente non abbia pregressi problemi urinari.

Deve monitorare i parametri vitali del paziente attraverso l'accertamento infermieristico, il bilancio idrico in quanto l'acqua rappresenta la componente quantitativamente più importante del nostro organismo, costituendo in un soggetto adulto il 60-70% del peso corporeo (parametro vitale fondamentale da tener controllato ogni giorno per monitorare un eventuale dimagrimento o aumento durante il periodo di ricovero) e verificare ed eventualmente monitorare se dovessero insorgere, la presenza di edemi periferici.

L'infermiere ha, inoltre, il compito di eseguire la palpazione e la percussione della zona sovrapubica attraverso l'utilizzo delle proprie mani per valutare e ricavare molteplici dati inerenti allo stato del paziente come, ad esempio, se avverte dolore, senso di pienezza o difficoltà ad urinare.

Oltre a ciò ha la competenza di valutare attraverso l'ecografia pelvica il volume residuo di urina nella vescica e se dovesse essere necessario eseguire il cateterismo rispettando la tecnica asettica.

Infine, l'incarico fondamentale dell'infermiere è educare il paziente, in questo caso a riconoscere segni e sintomi di distensione della vescica, della riduzione della diuresi e di infezioni del tratto urinario.

1.5 Strumenti utilizzati dall'infermiere per il controllo del ristagno vescicale

La misurazione del volume vescicale trova indicazione di uso clinico principalmente per:

- determinare la Ritenzione Urinaria Acuta (RUA);
- verificare il residuo post-minzionale;
- verificare lo svuotamento vescicale post-minzionale dopo la rimozione del catetere vescicale;

L'infermiere attraverso l'utilizzo di strumenti ad ultrasuoni per misurare il volume vescicale, raccoglie un dato che supporta il giudizio clinico per valutare la necessità di posizionare il catetere urinario. Inoltre, tramite la stima del residuo post-minzionale, rileva l'efficacia della minzione anche successivamente alla rimozione del catetere vescicale. Esistono tre tipi di strumenti che consentono di determinare il volume vescicale, due sono ad ultrasuoni il bladder scanner e l'ecografo con sonda addominale il terzo, invece, è il cateterismo post-minzionale.

La misurazione del volume vescicale tramite questi strumenti è efficace perché consente di ridurre il numero dei cateterismi, riducendo di fatto anche le complicanze ad essi correlate.

I tre strumenti per rilevare il ristagno vescicale sono:

1) Ecografo con sonda addominale è un macchinario costituito da tre parti:

- Una sonda che trasmette e riceve il segnale;
- Un sistema elettronico che pilota il trasduttore, genera l'impulso di trasmissione, riceve l'eco di ritorno alla sonda e tratta il segnale ricevuto;
- Un sistema di visualizzazione.

Tramite questo macchinario si può eseguire l'ecografia addominale che è considerata una metodica diagnostica non invasiva, senza l'emissione

di radiazioni di tipo X e che, pertanto, può essere effettuata con una certa frequenza ogni volta che si rilevi la necessità di eseguire ripetute indagini a scopo di monitoraggio in presenza di patologie note.

Lo strumento principale dell'ecografo è la sonda, strumento non invasivo, che utilizza ultrasuoni emessi da particolari sonde appoggiate sulla pelle del paziente.

Consente di visualizzare organi, ghiandole, vasi sanguigni, strutture sottocutanee ed anche strutture muscolari e tendinee dell'addome.

Durante l'esecuzione dell'ecografia l'area da esaminare viene inumidita con un apposito gel non tossico che consente alla sonda una migliore trasmissione degli ultrasuoni.

Le onde sonore indirizzate verso le zone del corpo da esaminare producono suoni diversi a seconda dell'organo e del tessuto che incontrano e successivamente tradotti in immagini.

Con l'ecografo, inoltre, si rilevano le immagini della vescica, e del contenuto vescicale riuscendo a stimare il volume degli organi (Figura II).



Figura II. Ecografo con sonda addominale.

2) Bladder scanner è un dispositivo portatile ad ultrasuoni, progettato per misurare il volume vescicale ed il residuo urinario post- minzionale in modo sicuro e confortevole per il paziente.

Tra le funzionalità di rilievo, oltre alla semplicità di utilizzo c'è la funzione pre-scansione in real-time: questa permette di localizzare meglio la vescica e ricavarne in modo più accurato la misura con la conseguente possibilità di archiviarne le scansioni con il valore misurato su di un computer (Figure III e IV).

L'apparecchio è utile nei seguenti casi:

- monitoraggio del contenuto vescicale in pazienti trattati con cateterismo intermittente;
- calcolo del residuo minzionale dopo manovre chirurgiche pelviche;
- flussometrie;
- pazienti neurologici;
- prevenzione di cateterizzazioni non necessarie;
- riduzione delle infezioni delle vie urinarie.



Figura III. Bladder Scanner rilevatore di valori.



Figura IV. Bladder Scann rilevatore di valori con schermo ecografico in real-time.

3) Cateterismo post minzionale: è una procedura che consente di valutare l'eventuale residuo di urina dopo la minzione. Viene effettuata mediante un cateterismo estemporaneo (Figura V).

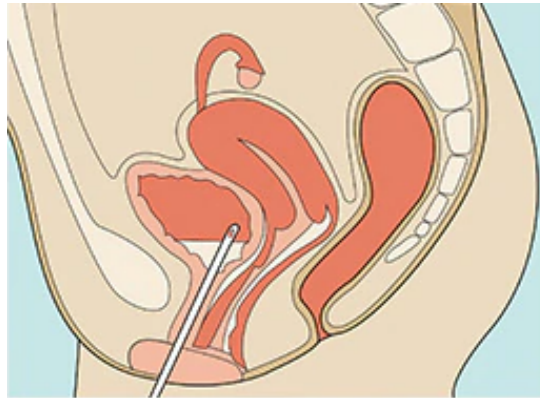


Figura V. Cateterismo estemporaneo.

CAPITOLO II

IL CATETERE VESCICALE: GESTIONE E PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE

2.1 La storia

Anticamente, secondo il dizionario medico, la parola catetere designava ogni strumento destinato ad esplorare un qualsiasi canale. Il filosofo Celso limitò poi la dicitura a quelli destinati ad esplorare l'uretra e la vescica.

Attualmente, questo termine indica un tubo lungo e sottile (sonda) flessibile o rigido, in metallo, in vetro, in gomma o materia in plastica, destinato ad essere introdotto in un canale, un condotto, un vaso, un organo cavo per esplorare, vuotare una cavità, iniettare un liquido.

Per risalire alle origini del catetere bisogna cercare fin dalle più antiche civiltà: gli egizi nel 3000 a.C. fabbricavano cateteri in rame e/o stagno, gli Indù utilizzavano cannule d'oro, di ferro o di legno per dilatare le uretre stenotiche, i cinesi costruivano sonde con buccia di cipolla arrotolata e rivestita di lacca e i Romani utilizzavano sonde in rame e/o bronzo, con le estremità ricurve.

In epoca post-romana, per la costruzione di sonde, utilizzavano oro e platino, ma soprattutto argento che risultava più facile da lavorare (Figure VI, VII e VIII).

Il grosso problema che emerse fu la non flessibilità di tali sonde che rendeva estremamente dolorosa la loro presenza in uretra e pericolosa la permanenza. Questo rese necessario la costruzione di sonde flessibili.

Gli arabi provarono la pelle di pesce; Van Helmont (1577-1644) propose la fabbricazione con cuoio sottile e colla e di introdurle per mezzo di un mandrino di stecca di balena, ma il cuoio era permeabile alle urine e la colla si dissolveva.

I primi passi importanti furono fatti nel 1768 da Macquer, chimico francese, che riuscì a sciogliere il caucciù ed ebbe per primo l'idea di servirsene per la preparazione delle sonde.

Un certo Bernard (orafo parigino), si impadronì dell'idea di Macquer e ricoprì un tessuto di seta intrecciata, a forma di cilindro, con una soluzione densa di gomma e grazie ad un solvente la gomma penetrava nelle maglie del tessuto.

Nel XIX secolo, Joseph Frédéric Benoit Charrière (1803-1876) e Pierre Jules Bèniqùè (1806-1851) proposero due scale di calibrazione (Figura n. 1

La prima, la più usata, venne adottata nei paesi anglosassoni dove è conosciuta come “French Scale” ed è graduata in terzi di millimetro.

Il primo catetere in caucciù di utilità veramente pratica fu quello di Agust Nèlaton (1807-1873) utilizzato anche oggi.

Nel 1877 a New York, Tiemann e coll. modificarono la sonda di Nèlaton smussando gli orifizi perché risultavano meno traumatizzati per l'uretra. All'epoca ci si preoccupava poco dell'igiene: le sonde venivano pulite nell'acqua del fiume e la saliva serviva da lubrificante.

Nel 1836 Auguste Mercier inventò la sonda a gomito che recò inestimabili vantaggi nel cateterismo dei prostatici.

La necessità di mantenere i cateteri in situ stimolò la fantasia di molti. Pousson inventò una sonda a cavatappi chiamata anche sonda a “coda

di maiale” la cui estremità a spirale si raddrizzava con un mandrino, per poi riprendere la sua forma una volta in situ. Intorno al 1930 invece, Frederick Foley introdusse un catetere autostatico, che si manteneva più facilmente in situ autonomamente attraverso un palloncino nella vescica. Si trattava di un catetere a due vie, essendo una delle due necessaria per riempire il palloncino, una volta inserito nella vescica, si riempiva con 10-15 ml di soluzione. A questo modelli, pur nella loro grande varietà, si ispirano la maggior parte dei cateteri vescicali oggi in uso e, in particolare, molti dei cosiddetti cateteri semirigidi e morbidi.

Per diversi decenni i cateteri di Foley sono stati collegati a tubi di raccolta che scaricavano l’urina in recipienti posti sul pavimento sotto il letto del paziente, i cosiddetti cateteri con sistemi di drenaggio aperti.

Negli anni ’50-’60 cominciarono a diffondersi cateteri con sistemi chiusi sterili, con sacche di plastica per la raccolta delle urine saldate all’estremità distale dei tubi.

Questa soluzione, che ha rappresentato una delle modifiche più significative dei sistemi di cateterizzazione, può posticipare l’insorgenza della batteriuria fino a 30 giorni dopo l’inserimento del catetere ed è praticamente irrinunciabile per i pazienti che necessitano di un catetere permanente.

68

P. NATTON

Voies urinaires

Sonde en maillechort pour femme (fig. 212 bis).....	1	25
<i>La même</i> en argent.....	3	25
Sonde en maillechort pour homme (fig 212).....	2	50
<i>La même</i> , en argent jusqu'au n° 18.....	7	50
Sonde en maillechort pour homme et femme (fig 12).....	5	»
<i>La même</i> en argent.....	12	»

Fig. 212

Sonde à double courant, en maillechort, pour femme.....	7	»
<i>La même</i> , en argent.....	14	»
Sonde à double courant, en maillechort pour homme.....	8	»
<i>La même</i> , en argent, jusqu'au n° 18.....	18	»
Filière métrique graduée par 1/3 de millimètre.....	2	50

Fig. 213

Sonde exploratrice à robinet, en maillechort (fig. 213).....	8	»
Sonde exploratrice du professeur Guyon.....	11	»
Bougies et sondes en gomme (voir page 262).		

Fig. 214

Bougie de Béniqué en étain (fig. 214).....	1	50
Boîte noyer, contenant 18 bougies de Béniqué, en étain du 25		
au 42.....	60	»
Boîte noyer, contenant 36 bougies de Béniqué en étain du 25 au 60.	100	»
Boîte métal sans chevalet, contenant 18 bougies de Béniqué, en		
étain du 25 au 42.. 50 » <i>La même</i> avec chevalet.....	90	»
Boîte métal sans chevalet, contenant 36 bougies de Béniqué en		
étain du 25 au 60. 80 » <i>La même</i> avec chevalet.....	150	»

Figura VI. Cateteri Bèniquè



Figura VII. Cateteri uretrali della ditta JAS. WOOLLEY SONS di Manchester.- 1870 ca. Il set è composto da 4 cateteri in argento di differenti diametri e da una sonda uretrale marcata in pollici.



Figura VIII. Cateteri in argento del primo anni dei 1900.

2.2 Il cateterismo vescicale

Nel 1853 fu ideato, per gestire problemi urinari soprattutto correlati all'incontinenza e alla ritenzione urinaria, il primo catetere a permanenza, il cui termine faceva riferimento ad un presidio che veniva ancorato nella vescica attraverso il gonfiaggio di un palloncino posto all'estremità del catetere stesso.

Oggi il significato di cateterismo vescicale a permanenza è rimasto lo stesso dell'epoca.

I cateteri vescicali (CV) vengono utilizzati in oltre il 25% dei pazienti ospedalizzati e nel 5-15% di quelli assistiti in strutture socio-assistenziali per monitorare la diuresi e/o garantire il drenaggio vescicale in pazienti critici, con shock, in coma, con scompenso cardiaco, a seguito di un periodo post-operatorio, per ostruzioni delle vie urinarie, per disfunzione neurologica della vescica, per gravi casi di macroematuria e piuria, per incontinenza in pazienti con lesioni da decubito o grave micosi genitale oppure per interventi chirurgici che richiedono la vescica vuota, interventi ginecologici, sul tratto gastrointestinale e per incontinenza urinaria femminile.

Tuttavia, il loro utilizzo si associa a numerosi effetti avversi: lesioni traumatiche delle vie urinarie, stenosi uretrali, occlusione del sistema di drenaggio e, soprattutto, infezioni delle vie urinarie (IVU) che costituiscono il 20-40% di tutte le infezioni ospedaliere, e sono associate all'uso del CV in oltre 80% dei casi.

Il cateterismo vescicale è una procedura che consiste nell'inserimento in vescica di un catetere il cui scopo è di far refluire le urine in una sacca di raccolta connessa per mezzo di un tubicino (sottile e flessibile) di drenaggio, il quale viene introdotto attraverso l'uretra (catetere vescicale uretrale) o un foro praticato sull'addome (catetere vescicale sovrapubico) fino al raggiungimento della vescica.

Questa manovra deve essere assolutamente eseguita con pratiche aseptiche, per ridurre al minimo il rischio d'insorgenza di infezioni delle vie urinarie.

L'utilizzo del catetere vescicale, oltre ad avere un ruolo evacuativo, ha due scopi diversi: diagnostico e terapeutico.

In base allo scopo per cui si ricorre a questa procedura, il catetere deve possedere determinate caratteristiche, che sono definibili da "parametri di distinzione": calibro (unità di misura: Charrier o French gauge), materiale (lattice, PVC, silicone, ect), consistenza.

Si distinguono, inoltre, per caratteristiche più tecniche che li rendono specifici per le condizioni cliniche del paziente: essi possono avere da una a tre vie e la parte terminale può assumere peculiarità anatomiche differenti.

Un'ulteriore distinzione delle tipologie di presidi è sulla base della durata in sede del catetere ed è a discrezione del medico decidere quale sia la tipologia più idonea, a seconda del problema presente e dalle condizioni sia cliniche che fisiche del paziente.

Le principali tipologie di catetere sono tre: a permanenza, ad intermittenza e sovrapubico.

2.3 Le complicanze del catetere vescicale

Qualsiasi sia la tipologia di catetere utilizzata, la pratica della cateterizzazione vescicale non è indenne da rischi.

Le complicanze del cateterismo vescicale sono principalmente suddivise in precoci e tardive.

Le complicanze precoci legate alla decompressione rapida della vescica nei pazienti con ritenzione urinaria acuta si verificano nell'arco di tempo immediatamente successivo all'inserimento del catetere e sono ematuria ed episodi di ipotensione.

Le complicanze tardive possono svilupparsi nel momento in cui il catetere rimane in loco per un tempo maggiore di 48 ore e quando il catetere è considerato a permanenza.

Essi sono: ostruzione del catetere vescicale e lesioni da decubito.

L'ostruzione del catetere vede come principale causa la struvite cioè una sostanza composta da precipitato di Sali di fosfato di ammonio magnesiaci, la quale si deposita sulla superficie e all'interno facendo risultare difficile lo svuotamento vescicale. Le lesioni da decubito, invece, sono determinate dalla pressione che il catetere esercita sul meato uretrale se permane per un tempo prolungato e talvolta da manovre traumatiche quali strattone o rimozione forzata del presidio.

Sussistono ulteriori complicanze che possono manifestarsi sia in fase precoce sia in fase tardiva: la perdita di urine e l'infezione delle vie urinarie.

La perdita di urina è solitamente dovuta a contrazioni involontarie della vescica, le quali a loro volta inducono lo stimolo ad urinare.

A differenza, le infezioni delle vie urinarie sono una fra le complicanze più diffuse, detta anche CAUTI. Esse sono provocate da focolai di microrganismi che possono introdursi in modo diretto all'interno della vescica – sito considerato sterile – nel momento di effettuazione della procedura di cateterismo e migrare poi lungo la superficie del catetere e verso l'apice del catetere.

Le infezioni possono colpire le vie urinarie superiori di cui fanno parte i reni e gli ureteri o quelle inferiori che comprendono la vescica e le strutture sottostanti. Sussistono raccomandazioni per la prevenzione di quest'ultime in particolare in pazienti con catetere vescicale. E' bene valutare attentamente le condizioni del paziente ed il profilo di rischio per minimizzare il ricorso al CV e la durata del periodo di cateterismo evitando, ove possibile, l'utilizzo del CV come soluzione all'incontinenza urinaria del paziente.

Oltre alle complicanze esclusivamente tecniche, sono da tenere in considerazione anche le complicanze psicologiche. Non di rado l'impatto fisico e il cambiamento della qualità di vita dovuti al posizionamento del catetere vescicale influenzano negativamente la sfera psicologica della persona. Assistere un paziente con catetere vescicale non significa solamente limitarsi alla gestione e alla risoluzione di problemi tecnici ad esso correlati ma bensì sostenerlo sia moralmente che psicologicamente individuando insieme la presenza di eventuali problematiche e cercando di trovarvi, insieme all'assistito, una soluzione.

2.4 CAUTI: infezioni delle vie urinarie correlata al posizionamento di un catetere vescicale

Negli ultimi decenni è andata fortemente aumentando l'attenzione nei confronti delle infezioni nosocomiali in particolare quelle riguardanti le vie urinarie. I risultati di numerosi studi svolti allo scopo di determinare l'incidenza di tali eventi infettivi sul totale della popolazione ospedaliera, indicano come le infezioni delle vie urinarie sono quelle che hanno un'incidenza maggiore con percentuali che variano dal 30 al 40% del totale. Le infezioni delle vie urinarie, note anche come IVU, si verificano quando i batteri, penetrando attraverso l'uretra, proliferano e si moltiplicano nelle vie urinarie. Generalmente questo tipo di infezione interessa le basse vie urinarie ovvero l'uretra e la vescica. Se non opportunamente trattate possono però diffondersi anche nelle alte vie urinarie ovvero agli ureteri e ai reni. Negli adulti la maggior parte delle infezioni delle vie urinarie è causata dal batterio *Escherichia coli*. Altri batteri che causano queste infezioni sono microrganismi che popolano il tratto intestinale quali *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas*. I soggetti più predisposti a questo tipo di infezioni sono le donne perché lo sbocco dell'uretra è vicino all'ano e alla vagina, due aree normalmente popolate da batteri, anche perché la maggiore brevità dell'uretra rispetto a quella maschile rende più agevole la colonizzazione delle vie urinarie da parte dei batteri.

E' stato stimato che le più frequenti infezioni della vie urinarie che rappresentano il 35-40% sono le infezioni ospedaliere. In circa 80% dei casi la popolazione ospedaliera acquisisce infezioni delle vie urinarie a seguito della cateterizzazione, chiamata CAUTI (Catheter-Associated Urinary Tract Infection) e si stima che il 50% dei pazienti ai quali viene posizionato il presidio per un periodo compreso tra i 7 e 10 giorni ne sviluppi una.

La stretta correlazione tra cateterizzazione e IVU nosocomiali ha indotto sempre più spesso a parlare di infezioni delle vie urinarie associate a catetere e, talvolta, le due definizioni sono state usate come sinonimi¹.

La fonte dei microrganismi che causano CAUTI può essere endogena, una colonizzazione tipicamente meatale, rettale o vaginale, o esogena, come ad esempio attraverso le mani contaminate dagli operatori sanitari o dalle attrezzature. Patogeni microbici possono entrare nel tratto urinario o per via estrinseca, attraverso la migrazione lungo la parte esterna del catetere nella guaina della mucosa periuretrale, o per via endoluminale, tramite il movimento lungo il lume interno del catetere da una sacca di raccolta contaminata o dalla giunzione del catetere con il tubo di drenaggio.

La marcata riduzione del rischio di batteriuria con l'introduzione della sterilità, il sistema chiuso di drenaggio urinario nel 1960 suggerisce l'importanza della via endoluminale.

Tuttavia, anche con il sistema di drenaggio chiuso, la batteriuria si verifica inevitabilmente nel tempo, sia attraverso le interruzioni del sistema di sterile sia attraverso la via extraluminale.

L'elevata frequenza con la quale si fa ricorso in ospedale al catetere urinario, estende il problema delle infezioni ad esso associate ben oltre i confini dei reparti urologici. Si stima che una percentuale di pazienti molto variabile, che può arrivare fino al 25%, venga sottoposta, anche solo per brevi periodi, a cateterizzazione. Il rischio quotidiano di batteriuria con cateterismo è del 3% al 10%, vicino al 100% dopo 30 giorni, che è considerata il delineamento tra cateterizzazione a breve e a lungo termine.

La formazione di biofilm da parte di patogeni urinari sulla superficie del catetere e sul sistema di drenaggio si verifica universalmente con una durata prolungata della cateterizzazione. Col tempo, il catetere urinario viene colonizzato da microrganismi che vivono in uno stato sessile all'interno del biofilm, rendendoli resistenti agli antibiotici e praticamente impossibile da sradicare senza rimuovere il catetere.

¹ La definizione di infezione nosocomiale delle vie urinarie associata a catetere, include sia una batteriuria associata a, che priva di, sintomatologia a seguito dell'impianto di catetere, come indicato dai Centers for Diseases Control and Prevention.

Il ruolo del biofilm dei batteri nella patogenesi della CAUTI è sconosciuto ed è un settore che richiede ulteriori ricerche. L'incidenza delle infezioni delle vie urinarie associate a catetere può variare molto a seconda delle condizioni generali del paziente, dei dispositivi impiegati e del loro tempo di impianto, nonché delle differenti pratiche ospedaliere di gestione dei pazienti cateterizzati.

E' evidente che per ridurre al minimo l'incidenza di infezioni delle vie urinarie associate a catetere la prevenzione migliore è quella di eseguire il cateterismo solo in presenza di condizioni cliniche per le quali esistano chiare indicazioni all'uso del catetere e dovrebbe essere rimosso non appena tali condizioni non siano più soddisfatte. Inoltre sono stati proposti metodi alternativi alla cateterizzazione con drenaggio ureterale a permanenza, tra cui il cateterismo ad intermittenza e l'autocateterismo in quanto sono considerati la pratica *gold standard* (standard di riferimento) per il controllo delle disfunzioni di svuotamento della vescica e per il monitoraggio della diuresi nella fase che segue un intervento chirurgico. In particolare questa tecnica presenta alcuni vantaggi rispetto a quella del cateterismo vescicale a permanenza: vi è un minor rischio di comparsa d'infezione del tratto urinario e di altre problematiche correlate alla presenza di un catetere vescicale permanente.

2.5 Tecniche appropriate per l'inserimento del catetere vescicale

- Eseguire l'igiene delle mani immediatamente prima e dopo l'inserimento o la manipolazione del dispositivo del catetere o del sito.
- Garantire che solo persone preparate (per esempio, personale ospedaliero, i familiari, o gli stessi pazienti), che conoscono la tecnica corretta di inserimento del catetere asettico e di manutenzione, abbiano questa responsabilità.
- Nelle cure ospedaliere in fase acuta, inserire cateteri urinari usando una tecnica asettica e materiale sterile.
- Utilizzare guanti sterili, garze, spugne, una soluzione adeguata antisettica o sterile per la pulizia periuretrale, e un singolo pacchetto monouso di gel lubrificante per l'inserimento.
- L'uso routinario di lubrificanti antisettici non è necessario.
- Nel contesto di una cura non acuta, la tecnica pulita (cioè, non sterile) di cateterismo intermittente è un'alternativa accettabile e più pratica rispetto alla tecnica sterile per i pazienti che necessitano di cateterismo intermittente in fase cronica.
- Sono necessarie ulteriori ricerche per i metodi di pulizia utilizzati nella cateterizzazione intermittente.
- Assicurare il catetere adeguatamente dopo l'inserimento per impedire il movimento e la trazione uretrale.
- Se non diversamente indicato, è consigliabile utilizzare il catetere con il diametro più piccolo possibile, compatibilmente con un buon drenaggio, per minimizzare il trauma del collo della vescica e dell'uretra.
- Se viene utilizzato il cateterismo intermittente, eseguirlo ad intervalli regolari per evitare sovradistensione della vescica.

- Considerare l'utilizzo di un dispositivo portatile a ultrasuoni, nei pazienti sottoposti a cateterizzazione intermittente, per valutare il volume di urina e di ridurre inutili inserimenti del catetere.
- Se vengono utilizzati scanner vescicali ad ultrasuoni, assicurarsi che le indicazioni per l'uso siano chiaramente espresse, che il personale infermieristico sia addestrato al loro utilizzo, e le attrezzature siano adeguatamente pulite e disinfettate tra un paziente e l'altro.

2.6 Tecniche adeguate alla manutenzione del catetere vescicale

- Dopo l'inserimento asettico del catetere urinario, mantenere un sistema di drenaggio chiuso.
- In caso di interruzione nella tecnica asettica, disconnessione, o perdite, sostituire il catetere e il sistema di raccolta con tecnica asettica e materiale sterile.
 - Mantenere libero il flusso di urina.
 - Accertarsi che non vi siano attorcigliamenti nel catetere e nel tubo di raccolta.
 - Mantenere sempre la sacca di raccolta sotto il livello della vescica. Non appoggiare la sacca di raccolta sul pavimento.
 - Svuotare la sacca di raccolta regolarmente utilizzando un apposito contenitore di raccolta pulito per ogni paziente; evitare schizzi, ed evitare il contatto del rubinetto di scarico con il contenitore di raccolta non sterile.
 - Adottare precauzioni standard, compreso l'uso di guanti e camice a seconda dei casi, durante qualsiasi manipolazione del catetere o sistema di raccolta.

- La sostituzione di cateteri o di sacche di drenaggio ad intervalli fissi, di routine, non è raccomandata. Piuttosto, si suggerisce di cambiare cateteri e sacche di drenaggio sulla base di indicazioni cliniche come l'infezione, ostruzione, o quando il sistema chiuso è compromesso.

- A meno che non esistano indicazioni cliniche (ad esempio, la rimozione del catetere nel post chirurgico nei pazienti con batteriuria), non usare antibiotici sistemici di routine per evitare CAUTI in pazienti che richiedono cateterismo a breve o a lungo termine.

- Mentre il catetere è in sede, non pulire la zona periuretrale con antisettici per prevenire CAUTI.

È appropriata eseguire un'igiene di routine (ad esempio, la pulizia della superficie del meato durante il bagno o la doccia ogni giorno).

- A meno che vi sia presente un'ostruzione (ad esempio, come potrebbe verificarsi con emorragia post-intervento prostatico o vescicale), l'irrigazione della vescica non è raccomandata.

- Non è raccomandata l'irrigazione, di routine, della vescica con antibiotici.

- Non è raccomandata l'instillazione di routine con soluzioni antisettiche o antimicrobiche nelle sacche di drenaggio urinario.

- Non è necessaria la chiusura del catetere prima della rimozione.

2.7 Tipologia di cateteri vescicali

Secondo l'impiego al quale è destinato, il catetere possiede forme e dimensioni diverse, ed è costituito da diversi materiali per renderlo flessibile, semirigido o rigido.

Esistono differenti cateteri che differiscono per:

- Calibro: l'unità di misura del catetere vescicale è la scala francese Charrière/French, il cui rapporto nella scala di misura 1 Ch/Fr equivale a 1/3 di millimetro ovvero 3 Ch/Fr equivalgono ad 1 millimetro. Per gli adulti vengono generalmente utilizzate le dimensioni 14, 16 e 18 F.

È importante usare il catetere di calibro corretto per ridurre le reazioni da corpo estraneo della mucosa uretrale ed assicurare un buon drenaggio come raffigurato in tabella I.

Tabella I. Calibro dei cateteri vescicali

Dimensione del diametro sulla base della scala di Charrière	Dimensioni del diametro in mm	Indicazioni provvisorie
12-14 CH	4-4,7 mm	Cateterismo provvisorio
12-16 CH	4-5,3 mm	Urine chiare nella donna
16-18 CH	5,3-6 mm	Urine chiare nell'uomo
20-24 CH	6,6-8 mm	Piuria e macroematuria

- Materiale e la consistenza:
 - Cateteri rigidi: di materiale sintetico e uso limitato;
 - Cateteri semirigidi: in gomma o in plastica (in genere siliconati) il cui uso deve essere limitato ai casi di stretta necessità;
 - Cateteri molli: in gomma, lattice, silicone, plastica.

Possono essere rivestiti esternamente in hydrogel, che ne rende l'applicazione possibile anche in soggetti allergici.

Questi cateteri sono da preferirsi in ogni circostanza ed in particolare quando si prevede un uso protratto nel tempo;

- Cateteri autolubrificanti: in PVC, rivestito di sostanze che a contatto con l'acqua rendono il catetere lubrificato.

Questi cateteri sono usati solo per cateterismo ad intermittenza.

▪ Estremità prossimale: i cateteri vescicali si differenziano sulla base delle caratteristiche dell'estremità prossimale della forma, con nomi generalmente derivati dagli inventori.

- Nelaton: arrotondata e rettilinea con uno o due fori contrapposti, a una via generalmente in PVC.

- Couvelaire: semirigido, indicato nell'uomo e nella donna in caso di emorragia vescicale e dopo intervento di prostatectomia, foro a becco di flauto e 2 fori laterali.

- Foley: molle, auto statico dotato di un palloncino gonfiabile all'estremità distale, 2 fori contrapposti e simmetrici, generalmente in lattice siliconato e in silicone al 100%.

- Thiemann: semirigido punta conico o conico olivare curve e angolatura 45° rispetto all'asse, indicato in caso di ostruzione cervico-prostatica per superare l'ostacolo a livello dell'uretra prossimale, con 1-2 fenestrature distali.

- Conicolivare: semirigido; dotato all'estremità distale di un'olivella. Viene utilizzato nei pazienti con un'uretra stenotica.

- Dufour: semirigido, autostatico, a tre vie; la punta ha una curvatura di 30°, a "becco di flauto" con due fori laterali contrapposti. Viene utilizzato in caso di ematuria importante, per vesciche tamponate.

- Mercier: generalmente semirigido; presenta la punta arrotondata con un angolatura di 30-45° e uno o due fori di drenaggio. L'angolo serve per favorire nell'uomo l'introduzione nell'uretra membranosa o prostatica. E' usato principalmente in caso di ritenzione urinaria da ipertrofia prostatica.

CAPITOLO III

IL CATETERE INTERMITTENTE E L'AUTOCATETERISMO NELLA DONNA

3.1. La storia del cateterismo ad intermittenza

Nel 1844 il primo a parlare di cateterismo intermittente fu un noto chimico tedesco: Friedrich Stromeyer. Successivamente nel 1917 a Parigi, in un convegno dal titolo “Le lesioni di guerra del sistema nervoso”, fu proposto da M. Hugaret il cateterismo intermittente asettico. A sua volta, prese piede anche grazie a Walker e successivamente Riches (1943) i quali ricorrevano all'uso del cateterismo intermittente per i reduci della 1° e 2° Guerra Mondiale. Nel 1966 Guttmann e Frankel proposero il catetere intermittente con tecnica sterile e nel 1971 Lapidès e Diokno continuarono le esperienze confermando il concetto che il cateterismo intermittente pulito non sterile, era un valido aiuto nel trattamento e nella prevenzione delle infezioni delle vie urinarie. Nel 1983 McGuire fece la prima revisione del C.I.C., confermando la tollerabilità della metodica. Già attorno al 1000 d.C., antichi Autori come Avicenna e Rehzus descrissero il cateterismo come una tecnica che richiede abilità manuale da parte dell'operatore con l'utilizzo di cateteri flessibili e ben lubrificati, per ridurre il rischio di complicanze uretrali. Nel 1983 venne presentato il primo catetere autolubrificato idrofilo il quale venne messo a confronto con il cateterismo convenzionale e si

osservò che grazie alla bassa frizione (20 volte minore di un catetere trattato con xylocaina e 5 volte minore di un catetere trattato con vasellina) e alla fisiologica osmolarità di tale catetere, queste due qualità riducono senz'altro il rischio di traumatismi uretrali e infezioni croniche.

1) Il cateterismo intermittente e l'autocateterismo intermittente

Per cateterismo intermittente si intende una metodica di svuotamento vescicale plurigiornaliera che permette di raggiungere di norma la continenza vescicale con un regolare svuotamento della vescica senza residui di urine. Può essere eseguito sia con tecnica sterile sia con tecnica igienica (cateterismo pulito). Infatti per S.I.C. (Sterile Intermittent Catheterization) o cateterismo intermittente sterile si intende una metodica di svuotamento vescicale eseguita in maniera sterile. Solitamente tale metodica viene utilizzata in ambiente ospedaliero per evitare eventuali rischi di infezione o in ambienti non ospedalieri sicuri dal punto di vista igienico.

Si parla invece di autocateterismo intermittente quando lo svuotamento vescicale viene eseguito in modo autonomo dal paziente. Per C.I.C. (Clean Intermittent Catheterization) o cateterismo intermittente pulito si intende quello che viene eseguito attenendosi alle regole principali dell'igiene personale e che viene praticato generalmente in ambienti controllati come ad esempio la propria abitazione. Descritto già per la prima volta nel 1844 da Stromeyer, il C.I.C deve essere considerato di prima scelta nel trattamento di pazienti con vescica neurologica, ritenzione urinaria (sia parziale che totale) costretti al cateterismo per periodi superiori ai 30 giorni, in ambiente ospedaliero o domiciliare. E' inoltre da considerare un trattamento sicuro ed efficace sia a breve che a lungo termine ed è stato adottato con ottimi risultati nell'adulto, in particolare nella donna affetta da disturbi di svuotamento vescicale soprattutto in seguito ad interventi chirurgici.

Il C.I.C. consente ad una vescica temporaneamente o definitivamente inabile di svolgere le proprie funzioni attraverso uno svuotamento completo, periodico e programmato.

L'assenza di sterilità non deve preoccupare: il continuo sondaggio elimina i batteri con una frequenza più elevata di quanto essi si riproducano. Infatti, il C.I.C. elimina la stasi, riduce in maniera considerevole i rischi d'infezione, incide favorevolmente sull'evoluzione dell'apparato urinario superiore (reflusso, dilatazione, danno renale) ed in molti casi consente di raggiungere una continenza urinaria socialmente accettabile. Per il suo più appropriato utilizzo è necessaria un'adeguata educazione del paziente.

Il periodo di 30 giorni, che rappresenta la linea di demarcazione tra la cateterizzazione a breve e quella a lungo termine, appare particolarmente significativo considerando che, dopo tale intervallo di tempo, quasi tutti i pazienti possono essere considerati batteriurici.

Per tale motivo è stato proposto l'utilizzo del catetere intermittente e dell'autocateterismo in sostituzione della cateterizzazione a permanenza, inoltre entrambe le tecniche si basano sul principio del drenaggio ad intermittenza che si basa sulla fisiologia stessa della vescica, la quale si svuota ad intermittenza attraverso l'introdurre temporanea in vescica di un catetere ad intervalli prefissati per drenare l'urina all'esterno.

3.3 Il prolasso genitale nella donna

Fin dagli anni '80, l'Organizzazione mondiale della sanità mette in risalto la necessità di assumere la salute della donna come elemento prioritari dello sviluppo sociale in quanto la donna, a differenza dell'uomo, va incontro a più rischi associati alla complessa fisiologia dell'apparato riproduttivo.

Il malfunzionamento del sistema ormonale, una circolazione sanguigna non regolare negli organi genitali ed altre cause, come quelle legate ad infiammazioni, a rapporti sessuali non protetti o anche di origine psicologica, possono essere all'origine di vari problemi ginecologici, alcuni dei quali sono alla base di ulteriori disturbi collegati.

Una delle patologie più comuni per la donna è il prolasso genitale (Figura IX) che si verifica quando una o più strutture del pavimento pelvico si distaccano dalla sede originaria scivolando verso il basso. Può interessare l'utero e la vescica. In base alla posizione dell'organo prolassato, la malattia viene classificata dal grado I ad IV: 1° grado, l'organo si sposta verso il basso, ma resta nel canale vaginale non presentando né sintomi né segni evidenti, tanto che possono passare inosservati; 2° grado, l'organo raggiunge la vulva, ma continua a rimanere all'interno manifestando invece una sensazione di pesantezza pelvica dolore durante i rapporti sessuali, sanguinamento vaginale, aumentate secrezioni, incontinenza urinaria e dolore addominale; 3° grado l'organo sporge dalla vulva con sintomi molto vicini a quelli del 2° grado, a cui si aggiungono una sensazione di ingombro vaginale e la percezione al tratto dell'organo che comincia ad uscire dall'apertura vaginale; 4° grado, l'organo è totalmente al di fuori della vulva ed è una condizione che richiede un immediato ricorrido al Pronto Soccorso. Il trattamento previsto in caso di prolasso genitale dipende dalla struttura prolassata e dal grado del prolasso. A livello chirurgico si procede con la ricostruzione del pavimento pelvico associato all'asportazione di utero ed ovaie.

In genere la ricostruzione avviene utilizzando le strutture fasciali esistenti; in alcuni casi può invece essere utile ancorare un'apposita rete alla vagina, con l'obiettivo di sostenere gli organi pelvici.

Quando una donna non si trova nella condizione di affrontare un intervento chirurgico il ginecologo può optare per l'inserimento in vagina di un anello in silicone, da sostituire circa due volte l'anno.

Quando il prolasso è in fasi iniziali, la miglior terapia è di tipo conservativo e basata su norme comportamentali; alle pazienti è consigliato di rinunciare a sforzi eccessivi, ridurre il peso se necessario e riabilitare il pavimento pelvico attraverso specifici esercizi.

Inoltre, una serie di patologie tra cui gli interventi ginecologici, patologie di natura internistica o neurologia possono creare nella donna la condizione di necessitare di un autocateterismo per lunghi periodi o anche per tutta la vita.

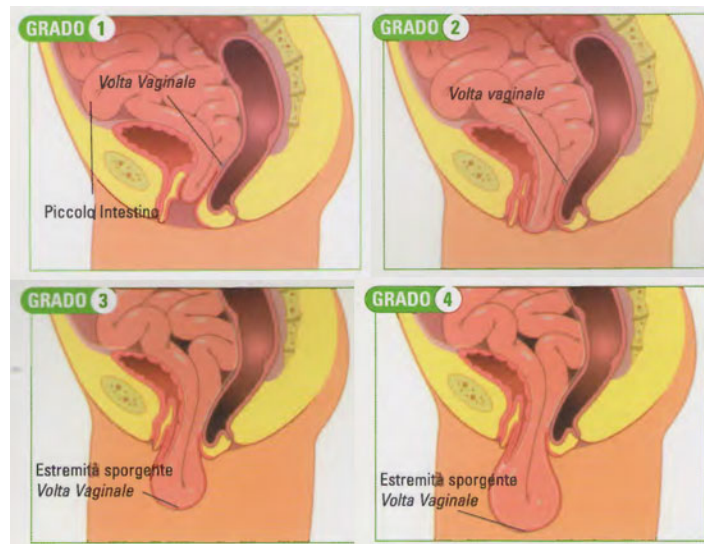


Figura IX. Prolasso urogenitale

3.4 Il prolasso vescicale

Il prolasso vescicale, o cistocele, è una patologia che si verifica quando la vescica si sposta dalla sua posizione anatomica a causa di un indebolimento del pavimento pelvico, cioè dei muscoli posti nella zona pelvica che hanno il compito di sostenere uretra, vescica, intestino e utero: ciò comporta una discesa della vescica nella vagina.

Il cistocele si può classificare in tre gradi: dal grado 1, al grado 3 quando addirittura la vescica sporge dall'apertura vaginale (Figura X).

Ad essere maggiormente a rischio di cistocele sono le donne che hanno partorito molti bambini, in quanto la muscolatura interessata potrebbe non riacquistare l'elasticità e la tonicità a causa dello sforzo intenso di uno o più travagli.

Un altro importante fattore di rischio è costituito dall'invecchiamento e dalla menopausa, che determina una diminuzione degli estrogeni, responsabili della salute dei muscoli vaginali.

Anche la genetica gioca un ruolo importante: alcune donne, infatti, sono geneticamente più predisposte al cistocele.

Altre cause che possono provocare prolasso vescicale sono sovrappeso e obesità, tosse cronica e bronchite, stitichezza e il sollevamento di oggetti pesanti in maniera errata, tutti i fattori che sottopongono il pavimento pelvico a traumi e stiramenti che, a lungo andare possono portare al cistocele.

I sintomi del prolasso alla vescica in genere non sono pericolosi per la salute ma possono essere fastidiosi e imbarazzanti per chi ne soffre, tanto da pregiudicare la qualità di vita.

I sintomi principali sono: una sensazione di pressione nella zona pelvica e vaginale, l'impressione di non essere riuscite a svuotare completamente la vescica dopo la minzione, dolore quando si ride, si tossisce o durante i rapporti sessuali, l'incontinenza urinaria, ricorrenti infezioni vescicali e la fuoriuscita della vescica dall'apertura vaginale.

Nel caso di incontinenza da sforzo esistono dei farmaci capaci di aumentare la “forza di contrazione dello sfintere”. Tali terapie sono efficaci ma solo per periodi limitati di tempo e il disturbo di solito si ripresenta dopo un breve periodo.

A questo punto la soluzione più efficace consiste nell'intervento chirurgico che consiste nel posizionare una “retina” artificiale tra la vagina e l'uretra in modo da bloccare la “discesa” patologica dell'uretra quando il paziente compie degli sforzi.

Per quanto riguarda invece la terapia della incontinenza da urgenza prevede l'uso di farmaci che riducono la contrazione involontarie della vescica.

Se la causa dell'incontinenza da urgenza è il prollasso della vescica la terapia d'elezione è l'intervento chirurgico che consiste nel fissare la vescica alle ossa del bacino con due “reti artificiali” (colposacropessia).

L'intervento si esegue attraverso un piccolo accesso addominale oppure in videolaparoscopia riportando la vescica nella sua posizione originale.

Con questi interventi è possibile che si verifichino complicanze non prevedibili e non chiaramente riferibili all'intervento.

Le complicanze specifiche di questi interventi sono la possibilità che la vagina risulti ristretta e che si presentino difficoltà nella ripresa della minzione con la necessità di dover svuotare la vescica con il cateterismo intermittente.

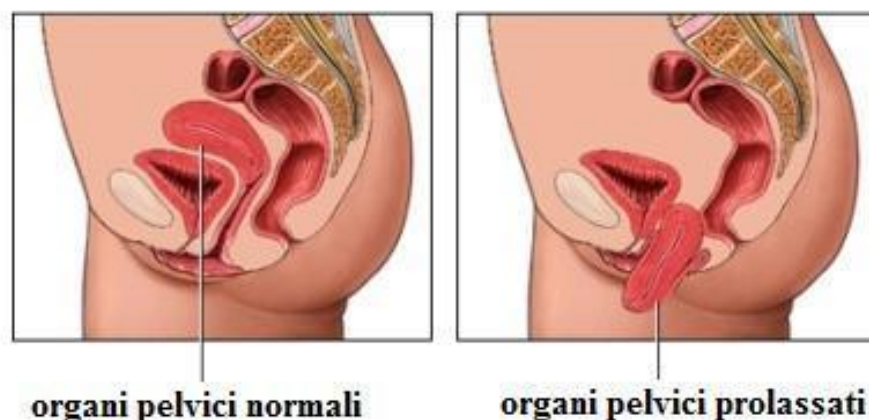


Figura X. Prolasso vescicale

4) Le linee guida all'auto cateterismo

Per eseguire l'autocateterismo il paziente o un membro della sua famiglia viene istruito dall'operatore sanitario.

Per l'apprendimento della tecnica e del suo utilizzo in maniera congrua risulta molto importante tenere conto del livello di educazione e degli interessi personali del singolo paziente, lo stato culturale della famiglia e la cooperazione dei suoi componenti.

La selezione delle pazienti a cui si consiglia di praticare l'autocateterismo intermittente viene fatta con accuratezza, la maggior parte di essi dovrebbe essere in grado di imparare la tecnica con successo.

Alle pazienti è permesso imparare con i loro tempi in un ambiente confortevole spiegandogli le nozioni base sull'anatomia femminile fornendo materiali e sussidi didattici (opuscoli informativi).

La conoscenza approfondita dell'anatomia può infatti aiutare la donna ad individuare più facilmente l'orifizio uretrale.

Durante l'addestramento si sceglie il catetere della "giusta misura" che in genere è di calibro 12-14 Ch nell'adulto.

La frequenza dell'autocateterismo dipende dalla persona e dalla capacità o meno di urinare da soli. Coloro che non sono affatto in grado di urinare avranno bisogno di effettuare l'autocateterismo 4-5 volte al giorno; coloro che riescono ad urinare possono averne bisogno solo 1-2 volte al giorno.

E' bene tenere presente comunque che, per evitare l'incontinenza, è bene mantenere il volume residuo al di sotto dei 200-250 ml.

Per quanto riguarda la procedura dell'autocateterismo, salvo diversa indicazione dello specialista prima di introdurre il catetere, la paziente deve urinare aiutandosi con ripetute pressioni sull'addome, se dovesse averne bisogno. Prima di iniziare la procedura, la paziente deve preparare tutto l'occorrente in modo tale da avere a disposizione tutto il materiale necessario al cateterismo per poterlo raggiungere anche con più facilità.

Una volta preparato l'occorrente, deve effettuare l'igiene delle mani con acqua e sapone per eliminare la carica microbica superficiale.

Aprire la confezione del catetere, in maniera asettica, all'estremità superiore evitando la contaminazione del contenuto.

A seconda del tipo di catetere autolubrificato utilizzato, attenersi alle istruzioni del fabbricante, invece se si utilizza un catetere non lubrificato bisogna distribuire il lubrificante sulla parte prossimale. Questa manovra è fondamentale per l'introduzione del catetere e la riduzione del rischio di traumi alla mucosa uretrale.

Separare le grandi labbra della vulva e procedere lavando con acqua e sapone con movimenti dall'alto verso il basso in direzione del retto per evitare contaminazioni oppure disinfettare la zona circostante l'orifizio uretrale con garze sterili imbevute di disinfettante.

Questo passaggio riduce la presenza di secrezioni e materiale organico che può ostacolare l'azione dell'antisettico.

Si invita la paziente a sedersi con le gambe ben divaricate; può aiutarsi ad individuare l'orifizio uretrale utilizzando uno specchietto ed eventualmente una lampada.

Eseguire l'antisepsi del meato urinario in modo tale da ridurre la carica batterica nel punto d'inserzione del catetere. Impugnare con la mano dominante il catetere mentre con l'altra mano divaricare le grandi labbra per avere una visione del meato.

Il meato uretrale è visibile sotto il clitoride e immediatamente sopra l'ingresso della vagina. Introdurre il catetere gradualmente nell'uretra (tenendolo con la mano dominante), continuare l'inserimento fino alla fuoriuscita dell'urina.

Quando il flusso urinario s'interrompe, rimuovere lentamente il catetere.

Se l'urina ricomincia a defluire, bloccare la rimozione del catetere fino a quando il flusso non s'interrompe di nuovo.

Continuare in tale modo fino alla rimozione completa del catetere che deve fuoriuscire mantenendo il padiglione verso l'alto.

E' importante che non rimanga urina in vescica.

Al termine della procedura pulire i genitali e riordinare il materiale utilizzato. Successivamente, rimuovere ed eliminare gli oggetti monouso nei contenitori dei rifiuti urbani. Eseguire nuovamente l'igiene delle mani.

E' utile tenere un diario dove annotare la prestazione effettuata sul diario specificando la qualità e la quantità dell'urina drenate ed eventuali problemi intervenuti durante la procedura fornendo dati di riferimento e comparazione. E' importante che l'operatore sanitario, oltre ad istruire il paziente o il caregiver sulla tecnica, li istruisca anche su come affrontare eventuali problemi derivanti dall'autocateterismo.

Se non si riesce ad inserire il catetere, non bisogna insistere nel provare, è utile fare un bagno caldo affinché questo aiuti a rilassarsi. Aspettare del tempo e poi provare di nuovo. Se invece, non si riesce a togliere il catetere dopo lo svuotamento, aspettare qualche minuti eseguendo alcuni colpi di tosse per favorire il rilassamento dello sfintere, probabilmente poi uscirà senza difficoltà.

La possibile presenza di macchie di sangue nelle urine o sul catetere non devono preoccupare, la causa probabile è da ricercare in una leggera irritazione, tuttavia se il problema persiste o si aggrava, è bene consultare lo specialista.

Se l'urina diventa maleodorante, torbida o se compare febbre probabilmente c'è un'infezione delle vie urinarie in atto, in tal caso è bene consultare lo specialista avendo cura di portare con sé un campione di urina.

E' bene non eseguire l'autocateterismo prima del tempo stabilito.

Esso deve essere praticato sulla guida dello stimolo o ad orari fissi, per evitare sovradistensioni della vescica.

Evitare di sospendere l'autocateterismo per mancanza di cateteri, è consigliato di tenere sempre una piccola scorta.

Mantenere una corretta idratazione e sottoporsi periodicamente ai controlli consigliati dallo specialista eseguendo mensilmente un controllo dell'esame delle urine ed una urinocoltura.

E' da precisare che la sola presenza di una urinocoltura positiva senza sintomi clinici d'infezione non richiede una terapia antibiotica, tuttavia un'appropriata idratazione associata ad acidificazione urinaria (vitamina C) e l'eliminazione del residuo vescicale, permettono un sufficiente controllo della batteriuria.

Altre complicanze come stenosi o lesioni uretrali sono piuttosto rare e spesso più in relazione ai materiali che alla metodica in se, inoltre l'impegno dei nuovi materiali "low-friction" hanno ridotto notevolmente tali complicanze.

3.6 Presidi utilizzati per l'auto cateterismo a domicilio

Lo sviluppo tecnologico dei presidi ha dato modo alla donna di avere dei dispositivi comodi, sicuri e poco invasivi per garantire uno svuotamento efficace della vescica. Alcuni di questi possono venire impiegati durante il ricovero ospedaliero, altre invece sono indicati per una pratica costante che può durare anche per tutta la vita. Il cateterismo intermittente appartiene a questa seconda categoria ed è una tecnica che, per i suoi vantaggi, contribuisce a migliorare la qualità della vita di chi la pratica quotidianamente.

Infatti, si svuota completamente la vescica più volte al giorno attraverso l'inserimento e la successiva rimozione di un catetere in uretra. La vescica con questa tecnica può riempirsi normalmente, evitando al tempo stesso, che un eccesso di urina la dilati eccessivamente.

In secondo luogo è una manovra facile da praticare, che si impara velocemente e che riduce molto il rischio di infezioni delle vie urinarie.

Si usano, infatti, cateteri monouso che, pur richiedendo una buona igiene di base, non necessitano di tutte le precauzioni indispensabili, invece quando si utilizza un catetere a permanenza in uretra.

La notevole semplicità ha consentito una grande diffusione di questa tecnica: può essere infatti effettuata stando sdraiati a letto, o seduti su una sedia a rotelle anche in un bagno seduti sulla toilette.

Il materiale di cui il catetere è costituito deve avere una caratteristica fondamentale: non evocare reazioni da corpo estraneo. Non esiste un materiale tollerato in modo assoluto, ma in base al tempo di permanenza e al tipo di materiale esistono alcune indicazioni di base.

Per l'autocateterismo vengono utilizzati cateteri autolubrificanti che riducono drasticamente i rischi di microtraumi, grazie ad una lubrificazione uniforme e costante, capace cioè di mantenere inalterata la sua efficacia durante tutto il cateterismo.

Possiamo distinguere quattro tipologie di cateteri autolubrificanti:

- 1) Catetere in PVC rivestito in PVP + urea: è davvero piccolo: catetere e soluzione salina sono contenuti in un cilindretto di soli 9 cm. E 'immerso in una soluzione salina ed è già lubrificato (Figura XI).

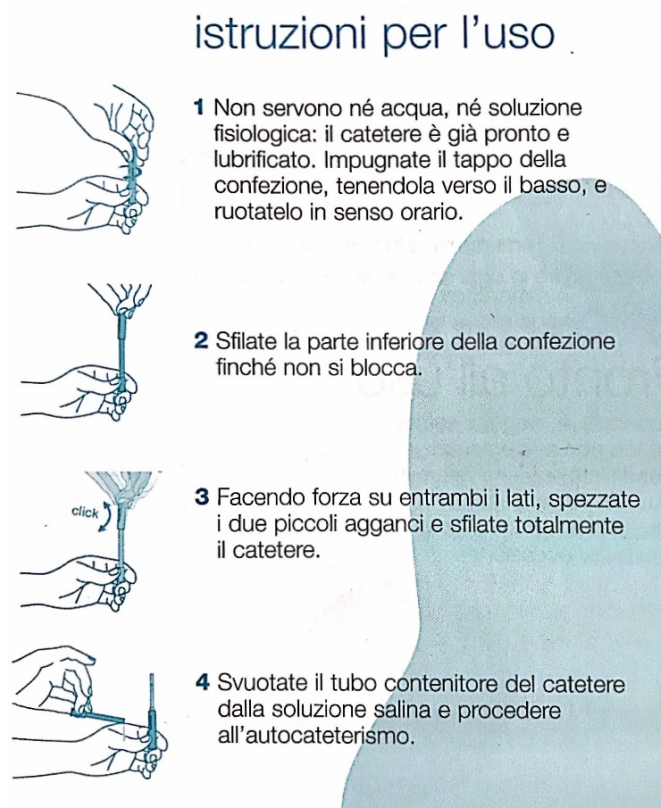


Figura XI. Catetere in PVC rivestito in PVP + urea

- 2) Catetere in poliuretano rivestito in PVP + urea: è ricoperto di uno speciale film idrofilo ed è già immerso in soluzione fisiologica. Lo si può utilizzare in ogni situazione, anche quando non ce acqua.

SI presenta in una pratica confezione a blister, con un sistema di apertura facilitato, adesivo più anello, utilizzabile anche con una sola mano (Figura n. XII).

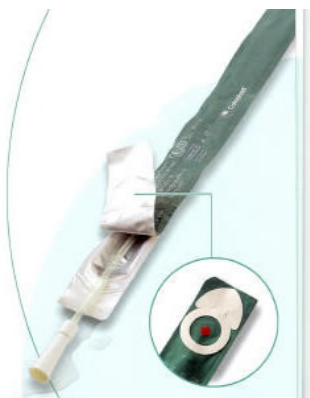


Figura XII. Catetere in poliuretano rivestito in PVP +urea.

- 3) Catetere in PVC rivestito di PVP+ NaCl: il PVP è una sostanza che ha la capacità di attrarre l'acqua e il sale lega l'acqua al catetere stesso.

Trattasi pertanto di cateteri a bassa frizione, con notevole riduzione di attrito rispetto al catetere convenzionale. Ideale per il cateterismo intermittente, viene prodotto anche in Kit completi di Soluzione Fisiologica sterile e sacca di raccolta per le urine.

E 'la soluzione "tutto compreso" per l'autocateterismo e la lubrificazione avviene in ambiente chiuso e quindi sterile (Figura XIII).



Figura XIII. Catetere in PVC rivestito di PVP+ NaCl.

- 4) Cateteri in PVC: è la soluzione tradizionale, da utilizzare quando si ha a disposizione acqua o soluzione fisiologica. Riempito la confezione di acqua o di soluzione fisiologica in brevissimo tempo la superficie si trasforma in un film uniforme con una elevata capacità lubrificante (Figura n. XIV).



Figura XIV. Cateteri in PVC.

Durante l'utilizzo dei presidi di cui sopra si consiglia provvedere allo svuotamento vescicale fra le 4 e le 6 volte al giorno. Tuttavia tale numero può variare.

La frequenza della minzione può dipendere dal regime alimentare, il tipo di bevande e i farmaci che si assumono.

E' in ogni caso sempre raccomandata l'assunzione di almeno 6/8 bicchieri grandi di sostanze liquide al giorno.

Per assicurarsi di realizzare il cateterismo con la dovuta frequenza è buon metodo poi misurare la quantità di urina fuoriuscita. Tale quantità non deve superare i 400 ml per ogni minzione.

In fase di utilizzo del catetere è importante rilassarsi poiché uno stato di nervosismo può rendere il tutto più difficile. Esercizi di rilassamento, o una doccia calda possono aiutare a sentirsi più rilassati. Anche fare alcuni colpi di tosse può essere d'aiuto.

3.7 Testimonianze di donne che necessitano dell'auto cateterismo a domicilio

“...piccolo, lo tengo nella borsetta e sembra un rossetto, questo nuovo catetere autolubrificato davvero mi ha cambiato la vita.

E pensare che qualche anno fa, subito dopo l'incidente, pensavo di non farcela, l'idea di dovermi anche cateterizzare mi sembrava un'ulteriore ingiustizia. Poi con l'aiuto dell'infermiera, ho imparato in fretta, senza difficoltà e adesso è una cosa così naturale, che posso fare quando voglio e dove voglio. Poi, questo nuovo catetere da donna è davvero comodo...”

Laura

“Sono Maria e ho 25 anni, sono nata con la vescica neurologica e per questo devo ricorrere all'autocateterismo che mi ha permesso di condurre una vita perfettamente normale. Ricordo che la prima volta per me è stato molto difficile ma grazie all'aiuto dell'infermiera sono riuscita ed infatti oggi sono autonoma.

La mia paura principale è stata di non essere autonoma però poi conoscendo i vari ausili i quali mi hanno reso la vita più semplice e più autonoma. Usare il catetere per me è stata un'esperienza totalmente nuova e le prime volte ho avuto paura perché la vedevo una cosa molto difficile da fare però poi con il tempo è diventata una cosa naturale

Voglio assicurare le donne che devono ricorrere all'autocateterismo di stare tranquille che è molto semplice e comodo da utilizzare.”

Maria

“E ‘stato difficile accettare che la vita dipendesse unicamente dalla mia vescica e per me l’autocateterismo era diventato il massimo fattore di stress.

Non mi sentivo più femminile: sia nella vita sessuale, sia nel rapporto con i miei figli ed ogni mia giornata ruota attorno alla toilette.

Oggi invece, grazie ai nuovi dispositivi facili e comodi da utilizzare la mia vita è cambiata...”

Giulia

CAPITOLO IV

RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PROGETTO EDUCATIVO ALLA DIMISSIONE

4.1 Progetto educativo alla dimissione

“L’Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell’ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.” [Art. 7 Cod. Deontologico]

Un’analisi della qualità di vita presente ed attesa nel futuro è importante per valutare l’effetto di qualsiasi terapia (o sospensione) su tale parametro. Nonostante le limitazioni secondarie alle malattie neurologiche, è possibile raggiungere una indipendenza sociale mediante un adeguato trattamento. Esistono vari metodi per migliorare il processo di svuotamento vescicale e uno tra questi è l’autocateterismo.

La qualità di vita è un aspetto molto importante dell’intera gestione di pazienti che devono ricorrere all’autocateterismo a domicilio, in particolare nella valutazione dei cambiamenti della qualità di vita.

I valori personali e l’autodeterminazione sono due principi fondamentali per una qualità di vita efficace correlati alla capacità individuale di affrontare una nuova situazione di vita che a sua volta può

essere influenzata da vari fattori che includono il supporto familiare, l'abilità di adattamento, la produttività, l'autostima, la stabilità economica, l'educazione, le condizioni fisiche ed il contesto sociale. Nell'analisi della qualità di vita, bisogna inoltre tenere in considerazione l'età, l'etnia e l'accettazione della paziente alla sua condizione. Ho deciso quindi, di creare un progetto educativo con l'obiettivo non di soddisfare dei bisogni, ma di fornire gli strumenti per trovare da sé la soddisfazione dei propri bisogni.

Ho quindi ritenuto necessario definire obiettivi chiari e tappe per raggiungerli. Per risultare efficace un progetto educativo deve basarsi su una attenta lettura della situazione del paziente, della sua storia, delle sue esperienze, lettura che diventa parte integrante del progetto in quanto consente di impostare un'educazione terapeutica la quale, a sua volta, ha come obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica e la conoscenza dei corretti stili di vita nelle donne che necessitano di autocateterismo e a rischio di complicanze. "L'educazione terapeutica deve permettere al paziente di acquisire e mantenere la capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. Si tratta pertanto di un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente.

L'educazione implica attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione e sostegno psicologico concernenti la malattia, il trattamento prescritto, le terapie, il contesto ospedaliero e di cura, le informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute e di malattia. E' finalizzata ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, cooperare con i curanti, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la loro qualità di vita [...]. L'educazione terapeutica forma il malato affinché possa acquisire un sapere, saper essere adeguato per raggiungere un equilibrio tra la sua vita e il controllo ottimale della malattia [...] è un processo continuo che fa parte integrante della cura"(OMS).

Ho deciso di basare il mio progetto secondo il metodo "Teach Back", una semplice tecnica che permette di accertare la comprensione di un concetto da parte di pazienti e caregiver. Si può inoltre utilizzare per

insegnare concetti e tecniche. Questo metodo consiste nel chiedere al paziente/caregiver di descrivere con le proprie parole quello che ha appena sentito/visto, per capire cosa in realtà ha appreso. E' un progetto che si svolge tra operatore e singolo paziente prima della dimissione. Per questo progetto educativo ho identificato quattro principali fasi:

1. L'identificazione del problema di salute (l'autocateterismo).
2. Elaborazione del progetto educativo
3. Valutazione del fabbisogno educativo della paziente e se necessario l'identificazione del caregiver di riferimento.
4. Valutazione da parte del team assistenziale, attraverso domande mirate al paziente/caregiver, di conoscenza, attitudini e comportamenti (sapere, saper fare, saper essere).

Per quanto riguarda l'identificazione del problema di salute reputo che per prima cosa l'operatore sanitario ha il compito di accertarsi che la paziente o il caregiver conosca la condizione di salute. Nel caso in cui ci fosse questa mancanza, l'operatore ha il compito di istruire attraverso degli obiettivi rivolti al paziente stesso o al caregiver con i quali si è concordata l'educazione alla gestione dell'autocateterismo a domicilio. Nel dettaglio sono:

- Elencare e descrivere quali sono le principali complicanze e i segni di infezione tramite il controllo della cute (colore, temperatura, sensibilità, presenza di edema), la condizione del catetere, fuoriuscita del liquido, sangue o altro dall'emergenza cutanea.
- Elencare qual è l'iter burocratico da seguire per l'approvvigionamento del materiale necessario per la gestione dell'autocateterismo a domicilio.
- Essere in grado di eseguire un'adeguata igiene delle mani
- Rispettare la sterilità dei prodotti
- Essere in grado di preparare e utilizzare il materiale occorrente

Il raggiungimento degli obiettivi implica l'ascolto attivo e il dialogo punto cardine dell'Educazione Terapeutica.

Gli addestramenti alle abilità gestuali verranno eseguiti simulando il più possibile la realtà domiciliare.

L'obiettivo viene raggiunto attraverso due strumenti: l'educazione verbale uniforme fornita dagli operatori e dall'opuscolo informativo da consegnare alla paziente o al familiare prima della dimissione.

L'elaborazione del progetto educativo si svolge con l'operatore e il singolo utente presso i locali dell'ospedale (camera dove è presente un lavandino e uno specchio). Le pazienti vengono formate e addestrate secondo una serie di passaggi gradualmente che vengono chiamati step educativi:

1. Spiegare cos'è un catetere vescicale, quali sono le caratteristiche e il funzionamento
2. Mostrare la tecnica (aiutandosi con uno specchio) e illustrare la lunghezza esterna del catetere
3. Mostrare, sempre con l'aiuto di uno specchio, le caratteristiche della cute attorno al punto di inserzione e dove verrà inserito il catetere
4. Illustrare e addestrare al lavaggio delle mani, far togliere eventuali anelli, utilizzare un asciugamano pulito
5. Addestrare a palpare la cute attorno al punto d'inserzione per rilevare eventuale gonfiore
6. Addestrare ad osservare se vi è l'eventuale fuoriuscita di liquido, sangue dal punto d'inserzione
7. Addestrare a disinfettare la cute con movimento circolare dal punto d'inserzione verso l'esterno per tre volte con tre tamponi diversi e lasciare asciugare il disinfettante.
8. Addestrare alla posizione più "comoda" per eseguire l'autocateterismo.

Nell'opuscolo informativo è riportato che cos'è l'autocateterismo, quali sono le sue caratteristiche e viene illustrata la procedura.

Per quanto riguarda la valutazione del fabbisogno educativo della paziente e se necessario l'identificazione del caregiver di riferimento si valuta la disagiata condizione di vita imposta dall'autocateterismo il quale è spesso vissuta con vergogna.

Per questo motivo è importante valutare le condizioni psicofisiche, di movimento e manuali del soggetto per suggerirgli la gestione più adatta per la migliore qualità di vita.

Infine per quanto riguarda la valutazione da parte del team assistenziale, attraverso domande mirate al paziente/caregiver, di conoscenza, attitudini e comportamenti (sapere, saper fare, saper essere) si va a valutare al termine dell'evento formativo, tramite un colloquio e una simulazione pratica, se l'apprendimento della paziente o del caregiver è idoneo alla gestione autonoma a domicilio.

Al fine di tutto ciò, l'infermiere deve fornire alla paziente i numeri telefonici da utilizzare in caso di necessità e istruire i familiari riguardo le reali necessità per cui rivolgersi al Pronto Soccorso di riferimento.

4.2 Il ruolo educativo dell'infermiere

Nell'articolo 7 del Codice Deontologico viene affermato che: "L'infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi o collettività". Tale affermazione mette chiaramente in luce lo stretto legame esistente tra la figura professionale dell'infermiere e l'educazione/formazione. Il termine "educazione" ha assunto una valenza comunicativa in tutto l'arco della vita dell'individuo, anche a causa dell'espandersi delle conoscenze e delle necessità di aggiornare le proprie capacità relazionali e comportamentali lungo tutto l'arco della propria esistenza.

Oggi, possiamo affermare che la funzione educativa dell'infermiere è complementare alla funzione di cura e di assistenza.

L'infermiere progetta specifici interventi educativi e informativi per favorire un corretto apprendimento delle informazioni da parte del paziente e di chi lo assiste.

Tali informazioni devono essere chiare e trasmesse con un linguaggio comprensibile dal paziente e/o dal caregiver.

Avere una chiara comunicazione sulla salute implica il dover evitare il gergo medico, concentrarsi su poche informazioni chiave, coinvolgendo efficacemente i pazienti nella discussione e avere una conferma sulla loro comprensione reale.

Ciò è fondamentale per tutte quelle persone che da un giorno all'altro si trovano a dover gestire situazioni cliniche che di norma, all'interno di un ambiente ospedaliero, sono compito del personale infermieristico.

Il corretto apprendimento delle informazioni da parte della persona e di chi la assiste è la base di partenza per ridurre al minimo tutti quegli errori che possono diventare fattori di rischio per l'insorgenza di complicanze.

Ciò vale anche per la gestione dell'autocateterismo a domicilio nel quale compiere errori può dar luogo a problemi anche gravi, fra cui i sanguinamenti e l'insorgenza d'infezioni delle vie urinarie.

Inoltre, sia in prevenzione primaria sia in prevenzione secondaria, l'infermiere ha il compito di promuovere un corretto stile di vita in modo tale da ridurre il rischio di contrarre malattie.

Per un corretto ed efficace approccio al problema educativo del paziente è necessario però conoscere ed eventualmente interagire anche con il contesto in cui è inserito.

Dato che l'attività educativa è focalizzata principalmente a correggere o impostare i comportamenti del paziente al di fuori dell'ospedale o dall'evento acuto che ha determinato il ricovero o l'accesso in ambulatorio, cioè in pratica nel suo ambiente di vita quotidiana, nella propria casa o nel luogo di lavoro, è sovente necessario, per non inficiare o meglio ancora per potenziarlo, agire selettivamente soprattutto sui familiari quali elemento determinante del contesto.

Gli interventi educativi dell'infermiere, oltre che nella prevenzione, possono trovare un campo di efficacia anche durante la fase di malattia. L'elemento da tenere sempre presente è l'aiuto da fornire al paziente per l'accettazione della malattia stessa e il capirne i meccanismi e gli interventi diagnostici-terapeutici al fine di migliorare gli effetti della loro applicazione.

In questo ambito temporale il rapporto infermiere-paziente è più stretto e quindi il rapporto fiduciario è più forte: conseguentemente, è maggiore la recettività ad acquisire nuovi concetti e dunque più alta la probabilità di adesione a programmi educazionali.

Una corretta informazione associata a un intervento educativo tarato sulle reali capacità di apprendimento e sullo stato emotivo del paziente possono quindi svolgere una vera e propria funzione terapeutica di importanza spesso non secondaria.

Quindi un buon processo educativo dell'infermiere non deve solo fornire nozioni necessarie alla prevenzione delle complicanze, ma anche quelle utili a farvi fronte nell'ipotesi in cui queste dovessero presentarsi.

L'educazione del paziente migliora il sentimento di fiducia e controllo da parte della persona assistita, aiuta a costruire un partnership tra il paziente e il personale sanitario e consente ai pazienti di partecipare attivamente alle loro cure.

4.3 Lo strumento informativo/educativo: la brochure

Durante la mia esperienza di tirocinio ho constatato che molti operatori sanitari non danno valore all'utilizzo di opuscoli informativi, infatti la maggior parte dei pazienti il più delle volte non riceve documentazione di supporto alla dimissione.

Contrariamente a loro, personalmente ritengo invece possa essere utile fornire un opuscolo informativo al paziente al momento della dimissione. Questo opuscolo ha l'obiettivo di garantire un'informazione permanente e recuperabile dopo una comunicazione verbale e l'educazione da parte dell'operatore sanitario.

Lo reputo un mezzo efficace per alleviare eventuali sofferenze, ansie, paure e preoccupazioni che spesso accompagnano il paziente e i relativi familiari durante la gestione autonoma a domicilio di un presidio, in assenza di personale sanitario.

Informare i pazienti deve essere considerata un'attività comune con il processo assistenziale.

Lo scopo principale dell'opuscolo informativo è trasmettere messaggi importanti sulla salute, attraverso un linguaggio semplice e appropriato a persone comuni. Anche attraverso l'utilizzo di immagini le capacità gestionali vengono ottimizzate del paziente e/o dal caregiver nella gestione del presidio a domicilio.

Inoltre ha il compito di fornire alle pazienti e/o ai familiari degli strumenti che consentono un approccio critico alla marea di informazioni con cui vengono a contatto.

4.4 Impostazione dell'opuscolo informativo

Ho posto come sfondo esterno al mio opuscolo informativo un paesaggio con delle persone a passeggio ed una casa. La casa sta a simboleggiare le mura domestiche all'interno delle quali inizia un nuovo percorso di cura in autonomia, le persone a passeggio la possibilità di condurre una vita serena pur con una limitazione fisica temporanea o definitiva.

L'opuscolo si presenta come un pieghevole: in prima pagina compare il titolo accompagnato da una breve spiegazione dell'argomento.

Sul retro della medesima ho ritenuto di porre tre domande con le relative risposte che chiariscono il tema, gli scopi/obiettivi e le complicità del metodo proposto.

Alcune immagini precedute da opportune raccomandazioni, recano la procedura di utilizzo del catetere.

Piegando la brochure appare una sezione dove ho elencato i vantaggi derivanti dall'utilizzo dell'autocateterismo.

Ho chiuso il pieghevole citando una frase di Oriana Fallaci che esprime la bellezza di essere donna: "Essere donna è così affascinante. E' un'avventura che richiede un tale coraggio, una sfida che non finisce mai".

CONCLUSIONI

Ho deciso di analizzare la letteratura al fine di definire il ruolo dell'infermiere che si appresta ad assistere ed educare una donna che necessita di autocateterismo a domicilio delineando gli interventi per assicurare una buona assistenza e garantire una migliore qualità della vita.

Dal mio elaborato emerge come l'infermiere rivesta un ruolo molto importante di sostegno e guida in questo percorso di cura e quanto importante sia la sua capacità comunicativa, osservativa e professionale.

Ogni intervento e atteggiamento dell'infermiere rimarrà impresso nella memoria della paziente nel momento in cui si troverà a gestire autonomamente, a domicilio, l'autocateterismo.

È necessario, pertanto, che ogni operatore abbia consapevolezza dell'importanza delle sue competenze nell'erogare l'assistenza richiesta. L'infermiere deve instaurare con la paziente un rapporto basato sulla conoscenza e sulla fiducia in modo che la medesima si senta serena nell'espone i propri disagi, i propri dubbi e stati d'animo.

È fondamentale per la riuscita del piano di assistenza anche il rapporto di collaborazione e stima che l'infermiere riesce ad instaurare con i famigliari /caregiver della paziente in modo che anche loro possano essere d'aiuto e supporto nel percorso di cura.

Uno dei compiti principali degli infermieri è quello di fornire informazioni e spiegazioni per rendere più comprensibile alla paziente ed ai famigliari quanto riferito dai medici: talvolta il linguaggio tecnico utilizzato o lo stato d'animo del momento impediscono di recepire alcuni concetti.

Durante le mie esperienze di tirocinio ho riscontrato la mancanza di supporto informativo al momento della dimissione ed è proprio per questo

motivo che ho ritenuto importante realizzare un opuscolo informativo da consegnare alle pazienti al momento della dimissione.

L'opuscolo proposto, in quanto mero strumento informativo, si prefigge essenzialmente lo scopo di migliorare il livello di conoscenza delle pazienti attraverso un'esposizione sintetica fornendo loro una capacità di valutazione più oggettiva e serena dei problemi connessi all'autocateterismo.

Bibliografia

1. Federazione IPASVI. Il paziente con ritenzione di urina – ECM [Internet]. [cited 02 January 2016]. Available from: <http://www.fnopi.it/ecm/percorsi-guidati/il-paziente-conritenzione-di-urina-id32.htm>
2. Brian A Selius, Rajesh Subedi. Urinary Retention in Adults: diagnosis and initial management. American Family Physician. 2008;77(5): 643-650.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18350762>
3. Federazione IPASVI. La gestione del catetere vescicale - ECM [Internet]. [cited 05 February 2016]. Available from: <http://www.fnopi.it/ecm/percorsi-guidati/il-paziente-conritenzione-di-urina-id32.htm>
4. Herter R, Wallace Kazer M. Best Practices in Urinary Catheter. Home Healthcare Nurse. 2010;28(6): 342-349.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20539136>
5. Igawa Y, Wyndaele J, Nishizawa O. Catheterization: possible complications and their prevention and treatment. Int J Urol. 2008;15(6):481-485.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18430150>
6. Fidyk L, Ventura K, Green K. Teaching nurses how to teach: strategies to enhance the quality of patient education. J Nurses Prof Dev. 2014;30(5):248-253.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25237917>

7. Dott. Nicola Torina, “Cateterismo vescicale a permanenza e Presidi necessari al posizionamento”, Infermiere di Sala Operatoria presso l’Ospedale Buccheri La Ferla FBF di Palermo <http://www.chittalink.it/Cateterismo%20vescicale.pdf> 9. Dossier Infad, “Gestione del catetere vescicale”
http://aifa.progettoecce.it/approfondimenti/revecceinfad2007_catetere_vescicale.0.pdf
8. Sito collegio federazione nazionale ordini professioni infermieristiche IPASVI
<http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/il-paziente-con-ritenzione-acuta-di-urina-id32.htm>
9. <http://www.fnopi.it/> 12. <https://www.poliambulanza.it/>

ALLEGATI

I Vantaggi dell'Autocateterismo

- Miglioramento della qualità di vita
- Precoce dimissione
- Comfort, discrezione e autonomia
- Previene il residuo di urina
- Riduce il rischio di infezioni del tratto urinario
- Evita fughe di urina grazie al completo svuotamento della vescica
- Risolve i problemi dei risvegli notturni
- Controllo della gestione vescicale

Essere donna
è così
affascinante.
E' un'avventura
che richiede
un tale coraggio,
una sfida
che non finisce mai.

Oriana Fallaci

La Gestione dell' Autocateterismo

a domicilio

*L' autocateterismo riunisce il pregio
dell'efficacia terapeutica a quelli
della semplicità di esecuzione e di
gestione consentendo una precoce
dimissione ed un miglioramento
della qualità di vita.*

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Via Leonida Bissolati, 57, 25124 Brescia BS
030 35151 - www.poliambulanza.it

 FONDAZIONE
POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

 Regione
Lombardia

Che cosa è l'autocaterismo intermittente?

È la pratica che consente, alla persona che ne ha bisogno di effettuare autonomamente il cateterismo intermittente. Si tratta di una tecnica semplice che permette di effettuare lo svuotamento vescicale con un catetere monouso, mantenendo il controllo completo e autonomo delle funzioni vescicali e sfinteriali.

Quali sono i suoi scopi/obiettivi?

- Garantire un completo e regolare svuotamento della vescica
- Preservare la funzionalità renale
- Prevenire una sovra-distensione vescicale
- Migliorare la continenza
- Garantire l'autonomia della persona
- Prevenire il rischio di infezioni alle vie urinarie

Quali sono le possibili complicanze?

- ▶ Infezione del tratto urinario
- ▶ Presenza di sangue nelle urine
- ▶ Sanguinamento dell'uretra
- ▶ Difficoltà nell'uso del catetere

TP

PROCEDURA ALL'AUTOCATERISMO



Lavarsi le mani con acqua e sapone neutro e asciugarle bene.



Aprire bene le labbra e pulire intorno all'apertura dell'uretra con sapone delicato non profumato o salviettina detergente non alcolica. Per inserire il catetere, scegliere la posizione più comoda (in piedi, seduti sul WC, sulla sedia a rotelle).



Aprire la confezione, tenere saldo il connettore e rimuovere il catetere dalla confezione.



Divaricare le labbra con due dita mentre si inserisce il catetere nell'uretra. Tenere il connettore, senza toccare il catetere, e inserire il catetere fino a quando l'urina non inizia a defluire. Una volta che il flusso di urina si è fermato, ritirare lentamente il catetere per assicurarsi che la vescica sia completamente vuota. Rimuovere il catetere.



Il catetere può essere gettato tra i normali rifiuti. Non gettare il catetere o la sua confezione nel WC.



Lavarsi le mani con acqua e sapone neutro e asciugarle bene.

RACCOMANDAZIONI

- Evitare la sovradistensione vescicale
- Sottoporsi periodicamente ai controlli consigliati
- Non sospendere il cateterismo senza indicazione medica
- Compilazione del diario menzionale e misurazione dei volumi vuotati
- Eseguire mensilmente un controllo ematochimico e colturale delle urine
- Non allarmarsi per piccole gocce di sangue nelle urine durante il cateterismo
- Non eseguire il cateterismo prima del tempo stabilito (sulla guida dello stimolo o rispettando gli orari)