



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**LA GESTIONE E L'EDUCAZIONE DEL
PAZIENTE CON CATETERE VESCICALE IN
DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO**

Relatore: Prof.ssa Marta Drusian

Correlatore: Infermiere Enrico Parisotto

Laureanda: Eleonora Frasson

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

CAPITOLO 1 INTRODUZIONE AL PROBLEMA: QUADRO TEORICO

1.1 Definizione di ritenzione urinaria	1
1.2 Cause della ritenzione urinaria	2
1.3 Complicanze della ritenzione urinaria	3
1.4 Il cateterismo vescicale	3
1.5 Complicanze del cateterismo vescicale.....	4

CAPITOLO 2 IL PROGETTO DI TESI

2.1 Problema	7
2.2 Obiettivi: generale e specifico	7
2.3 Strategia del percorso di lavoro	8
2.4 Proposte di soluzione	8

CAPITOLO 3 LA RICERCA: MATERIALI E METODI

3.1 Ricerca telematica e ricerca cartacea	11
5.2 Questionari e <i>target</i>	12
5.3 Il <i>database</i> PS NET	13
5.4 La raccolta dati	13

CAPITOLO 4 I RISULTATI

6.1 Analisi dei risultati	15
---------------------------------	----

CAPITOLO 5 DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

5.1 Discussione e presentazione degli strumenti	19
5.1.1 Lo strumento operativo: la check-list	20
5.1.2 Lo strumento informativo: la brochure	21
5.2 Conclusioni	22

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

Background. La ritenzione urinaria acuta è considerata un'emergenza urologica comune, caratterizzata da una improvvisa e dolorosa incapacità di urinare. Il problema affrontato all'interno di questo progetto è l'assenza di strumenti volti alla gestione ed educazione del paziente ai quali viene posizionato un catetere vescicale in Pronto Soccorso e, successivamente, dimesso. Di conseguenza, viene a mancare un percorso educativo e uniformità nell'educazione fornita da parte degli infermieri al paziente.

Obiettivi. Il principale obiettivo di questo elaborato è di garantire continuità assistenziale e di permettere al paziente di acquisire conoscenze e competenze di gestione del catetere vescicale a domicilio. L'obiettivo viene raggiunto attraverso la creazione di due strumenti: uno operativo o checklist rivolta all'equipe infermieristica e uno informativo o brochure da consegnare al paziente o al familiare al momento della dimissione.

Strategie. Sono state condotte una ricerca bibliografica e un'indagine attraverso questionario. La ricerca bibliografica, telematica e cartacea, è stata effettuata per individuare documenti utili alla realizzazione sia dei questionari sia della parte teorica; per completare la raccolta dati si sono consultati *database* clinici.

Risultati. Analizzando i dati dei questionari si è potuto dimostrare che: il 91,4% degli infermieri esprime l'esigenza di elaborare strumenti mirati (check-list e brochure) volti a garantire uniformità d'informazioni e di competenze; il 60% dei pazienti è stato informato sulla gestione del presidio e il 40%, invece, no. Infine, durante l'anno 2015 il 37,5% (dati recuperati dal database PS NET) le diagnosi codificate di ritenzione urinaria acuta sono state registrate in orario notturno.

Conclusioni. I risultati positivi dalle rilevazioni hanno evidenziato due aspetti: la volontà dell'infermiere di migliorare l'assistenza e la qualità di vita (checklist) e l'utilità di un strumento (brochure) perché garantisce all'utente, informato o meno, l'accesso diretto a tutte le informazioni.

Key-words: Pronto Soccorso • ritenzione urinaria acuta • questionario • checklist • brochure

CAPITOLO 1

INTRODUZIONE AL PROBLEMA: QUADRO TEORICO

Le disfunzioni renali e del tratto urinario sono molto frequenti e posso presentarsi a qualsiasi età e con qualsiasi livello di gravità.

È quindi importante per gli operatori della sanità, in particolare gli infermieri che devono eseguire la procedura di cateterismo, avere un'adeguata conoscenza dell'anatomia umana e della fisiologia come anche dei cambiamenti e delle conseguenze ad esso associate ¹.

Tra le diverse disfunzioni delle vie urinarie, questa tesi prende in esame la ritenzione urinaria che si può riscontrare sia in una unità generale di degenza sia in quelle di emergenza, come il Pronto Soccorso ²³.

1.1 Definizione di ritenzione urinaria

La ritenzione urinaria è una condizione urologica comune che si caratterizza con l'incapacità di svuotare volontariamente e completamente la vescica durante la minzione ^{12 3 4 5 6 7 8 9}. Questa condizione può presentarsi sia in forma acuta che cronica. Si tratta di ritenzione urinaria acuta quando all'anamnesi remota non ci sono pregressi e come sintomatologia si accusa dolore intenso, si presenta alla palpazione nell'esame obiettivo una distensione della vescica e il paziente descriverà di provare come la sensazione di "vescica piena" ^{1 2 3 4 5 8 9}; in tal caso occorre rivolgersi al Pronto Soccorso ^{2 3}. La ritenzione urinaria cronica in genere non comporta disturbi nell'immediato, perché essa è un processo di tipo graduale ⁴.

Solitamente, il parametro utilizzato che permette di diagnosticare ritenzione urinaria è il ristagno vescicale o urina residua. In letteratura vi sono opinioni discordanti riguardanti il range di questo parametro e, di conseguenza, la distinzione tra acuto e cronico: alcuni studi affermano che se il ristagno è compreso tra i 500 mL e 800 mL senza storia pregressa parliamo di ritenzione urinaria acuta, e se si osserva più volte pari o superiore a 500 mL è ritenzione urinaria cronica ⁴; altri considerano come un unico indicatore 100 mL o un valore addirittura inferiore¹. Pertanto si è giunti alla conclusione che il range varia da 50 mL a 300 mL ⁴. È possibile misurare il quantitativo di volume residuo attraverso l'utilizzo di scansioni ultrasonografiche della vescica o cateterismo immediato ^{1 3 4 5 7 8}. Il cateterismo post-minzionale immediato 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 sono provocate dalla ritenzione urinaria e possono comportare gravi conseguenze come formazione di calcoli renali, pielonefrite, sepsi e, in casi estremi, danneggiamento renale ¹. La scelta della tipologia di catetere (ovvero calibro, forma, lunghezza, materiale e configurazione) viene determinata sulla base delle caratteristiche anatomiche, dalla presenza di eventuali allergie della persona e della durata prevista della tenuta in sede del catetere (breve, medio o lungo termine). Il catetere deve essere rimosso dopo 24 - 48 ore dal suo inserimento e si può considerare la procedura efficace solo se passate 24 ore dalla rimozione la persona riprende la minzione in modo spontaneo e regolare ^{1 3 4}.

Al momento della prescrizione del cateterismo è importante che l'infermiere indichi sulla scheda infermieristica le indicazioni riguardanti la procedura, i segni e sintomi della persona prima, durante e a termine manovra e, infine, i dati relativi alla ripresa della diuresi spontanea ⁴.

1.2 Cause della ritenzione urinaria

Le cause della ritenzione d'urina possono essere di diversa natura: ostruttive, infettive, infiammatorie, farmacologiche, neurologiche, gravidanza, alcool, attività sessuale, eccessiva assunzione di liquidi, traumi come ad esempio le lesioni pelviche ^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}; le più frequenti vengono considerate nella donna il post-operatorio, la cistite, il prolasso pelvico e le neoplasie ostetrico-ginecologiche ^{4 8}, mentre per l'uomo è la ipertrofia prostatica benigna (IPH) ^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}, la quale colpisce il 5-10% degli uomini di 40 anni di età e fino all'80% tra i 70 e 80 anni ⁷, questo a dimostrazione che con l'aumento dell'età aumenta proporzionalmente il rischio di incidenza.

La letteratura indica che il rapporto d'incidenza in base al sesso è 1:13 [F:M] ⁸, l'incidenza annuale di ritenzione urinaria di primo esordio è variata *“from 2.2 to 6.8 per 1000 men per year”* ^{2 3} e che il 25 – 30% di uomini che si sono sottoposti a TURP presentavano ritenzione urinaria come principale sintomo ², ed afferma che il rischio di recidiva di ritenzione urinaria è pari a 56 – 64% entro una settimana dal primo episodio e a 76 – 83% negli uomini con IPH diagnosticata ⁶.

1.3 Complicanze della ritenzione urinaria

La ritenzione urinaria può comportare gravi e talvolta anche permanenti complicanze. Per poterne ridurre il rischio di insorgenza è importante rivolgersi o al proprio Medico di Medicina Generale o allo specialista urologo, i quali possono pianificare un regime terapeutico o valutare altre opzioni. Tali complicanze includono: patologia renale cronica, danni permanenti alla vescica come l'indebolimento del tessuto muscolare e la sua capacità di contrazione e rilassamento, infezioni delle vie urinarie. Importante ricordare è che queste IVU, oltre ad essere una delle complicanze correlate alla ritenzione, possono anche insorgere quando la gestione del catetere non si dimostra corretta^{1 3 4 5 8 9}.

1.4 Il cateterismo vescicale

Il cateterismo vescicale è una procedura che favorisce lo svuotamento della vescica dall'urina e prevede l'utilizzo di un tubicino (sottile e flessibile), 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 assolutamente essere eseguita con pratiche asettiche, per ridurre al minimo il rischio d'insorgenza di infezioni^{10 11 12 13 14 15}.

L'inserimento del catetere vescicale, oltre a quello evacuativo, ha due differenti scopi: diagnostico e terapeutico¹⁰. In base allo scopo che si persegue il catetere deve possedere specifiche caratteristiche, che sono definiti da "parametri di distinzione": calibro (unità di misura: Charrier), materiale (lattice, PVC, silicone,ect), consistenza, numero di vie (una, due o tre vie), estremità prossimale^{10 12 13 14 15}.

Sulla base della durata in sede del presidio si distinguono due tipologie di cateterismo: cateterismo vescicale a intermittenza e cateterismo vescicale a permanenza. La prima tipologia è definita come aspirazione o drenaggio dell'urina con immediata rimozione del catetere e può essere eseguita anche dalla persona, prendendo, così, il nome di autocateterismo^{10 12 15}. Secondo indicazioni della letteratura, la procedura di cateterismo ad intermittenza può essere effettuata con tecnica pulita^{10 15}. Per quanto riguarda la seconda, invece, è necessario distinguere tra a breve e a lungo permanenza. Si parla di breve permanenza quando il catetere è mantenuto in situ per un periodo non superiore a quindici giorni¹³ (secondo altri studi si deve considerare fino a un massimo di trenta giorni¹⁰); si parla, invece, di lunga permanenza quando il lasso di tempo è maggiore di quindici o trenta

giorni a seconda dello studi preso in esame. Nel cateterismo a permanenza si utilizzano solo tecniche asettiche.

Oltre all'uso di tecnica asettica o di quella pulita a seconda della tipologia di cateterismo, è fondamentale un'igiene quotidiana del meato urinario e una cura del catetere vescicale con acqua e sapone neutro ^{10 11 12 13 14 15}. Per la sostituzione del catetere non è stata determinata una frequenza ottimale, pertanto si raccomanda la sostituzione qualora si ritenga necessario e stabilito sulla base delle condizioni generali della persona, della composizione delle urine e delle caratteristiche tecniche del presidio ^{10 11 12 13 14 15}.

L'eventuale rimozione del catetere vescicale deve essere periodicamente valutata dal Medico di Medicina Generale oppure dallo specialista urologo ¹⁰.

1.5 Complicanze del cateterismo vescicale

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

Le complicanze precoci, le quali sono maggiormente legate alla decompressione rapida della vescica nei pazienti con ritenzione urinaria acuta e si verificano nell'arco di tempo immediatamente successivo all'inserimento del catetere, sono ematuria ed episodi di ipotensione ^{16 17 18}. Svolgendo una revisione della letteratura si è scoperto che questi episodio non riportano gravi conseguenze in pazienti che possiedono un sistema cardiocircolatorio sano, mentre per quanto riguarda coloro che non lo presentano è importante monitorare lo stato di salute poiché sono soggetti al rischio di manifestare ipotensione prolungata ^{16 17}.

Le complicanze tardive possono svilupparsi nel momento in cui il catetere rimane in loco per un tempo maggiore di 48 ore o quando il catetere è considerato a permanenza. Esse si classificano in: ostruzione del catetere vescicale e lesioni da decubito ^{17 18 19}. L'ostruzione del catetere vede come principale causa la struvite, sostanza composta da precipitato di Sali di fosfato di ammonio magnesiaco, 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 strarotamento o rimozione forzata del presidio ^{17 18 19}.

Esistono inoltre complicanze che possono insorgere sia in fase precoce sia tardiva: la perdita di urine ed 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.

Le infezioni delle vie urinarie sono provocata da focolai di microrganismi che possono introdursi in modo diretto all'interno della vescica – sito considerato sterile – nel momento di esecuzione della procedura di cateterismo, e migrare poi lungo la superficie del catetere e verso l'apice del catetere; nella maggior parte delle casistiche ciò è dovuto alla scarsa igiene e cura del meato urinario oppure errata manovra di posizionamento o sostituzione presidio. In caso di infezione la persona manifesterà febbre, malessere, dolore addominale, sensazione di bruciore, nausea e vomito, urine torbide e maleodoranti e presenza di ematuria ^{17 18 19 20}.

CAPITOLO 2

IL PROGETTO DI TESI

2.1 Problema

Il problema affrontato all'interno di questo progetto mette in evidenza l'esistenza di due quesiti importanti e tra essi correlati, riguardo alla problematica della ritenzione urinaria gestita all'interno dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso dell'U.L.S.S. n. 9 di Treviso.

Il primo corrisponde all'assenza di uno strumento operativo per i pazienti che accedono con sintomi di ritenzione urinaria acuta a cui viene posizionato il catetere vescicale.

Il secondo importante aspetto, non essendo presente una linea direttiva comune, è la mancanza di un unico percorso educativo per questi stessi pazienti; si determina, quindi, una diversità nell'educazione alle persone e/o caregiver sulla gestione del presidio (catetere vescicale), fornita durante la dimissione da parte degli infermieri.

Come precedentemente esposto, non è presente uno strumento che formalizzi la successione di azioni e comportamenti attraverso cui l'infermiere possa raggiungere l'obiettivo di una erogazione di prestazioni sanitarie efficaci, efficienti ed omogenee.

Risulta quindi necessario uno strumento operativo contestualizzato nella realtà dell'Unità Operativa di emergenza dell'U.L.S.S. n. 9 di Treviso per l'infermiere che deve eseguire la procedura di cateterismo e, successivamente, educare il paziente.

2.2 Obiettivi: generale e specifico

Per questo progetto sono stati evidenziate due tipologie di obiettivo: generale e specifico, i quali sono tra loro collegati e non possono essere raggiunti separatamente.

L'obiettivo generale si propone di garantire acquisizione di competenze nella gestione del presidio da parte di tutti i pazienti con catetere vescicale dopo la dimissione dall'Unità Operativa di Pronto Soccorso.

Gli obiettivi specifici, invece, sono i seguenti:

- l'elaborazione di una check-list o strumento operativo, al fine di creare un percorso educativo uniforme per gli infermieri e per i pazienti con catetere vescicale dimessi dall'Unità operativa di Pronto Soccorso.

- la creazione di una brochure o strumento informativo, in cui vengono illustrate le procedure fondamentali che devono essere seguite a domicilio da parte del paziente o dei familiari.

2.3 Strategia di percorso di lavoro

Per poter realizzare questo lavoro ci si è avvalsi di due figure di riferimento, le quali ricoprono rispettivamente il ruolo di relatore e di correlatore di tesi: prof.ssa Marta Drusian, coordinatrice infermieristica dell'Unità Coronarica presso Ospedale di Treviso e docente di Area critica del Corso di Laurea in Infermieristica all'Università di Padova, e Enrico Parisotto, infermiere al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Treviso.

Il lavoro è stato suddiviso in punti fondamentali in modo tale da poter avere una direttiva schematica, chiara e precisa sia del problema sia del percorso da perseguire:

- l'individuazione della problematica: ciò è stato reso possibile attraverso l'esperienza di tirocinio svoltasi all'interno del contesto dell'Unità operativa di Pronto Soccorso, nel confronto diretto con l'infermiere referente di tirocinio affiancato per verificare l'effettiva esistenza del problema e, successivamente, con il relatore per consenso allo svolgimento del lavoro.
- la formulazione di quesiti che sono la base di partenza per lo svolgimento della ricerca per il progetto.
- ricerca della letteratura disponibile sia cartacea che telematica con l'utilizzo di *key words*.
- la creazione, distribuzione e raccolta di due questionari destinati rispettivamente agli infermieri che lavorano nell'Unità Operativa di Pronto Soccorso e ai pazienti con catetere vescicale in dimissione.
- l'analisi dei risultati raccolti durante il percorso di lavoro (questionari e dati statistici del *database* PS NET), discussione ed esposizione degli strumenti elaborati e conclusioni.

2.4 Proposte di soluzione

Come soluzione alla problematica rilevata sono state formulate inizialmente due proposte:

- corso di formazione in cui vengono affrontate tematiche di carattere generale e specifico sulla ritenzione urinaria e cateterismo vescicale.
- creazione ed introduzione in Unità Operativa di uno strumento operativo, per il personale sanitario, ed uno informativo, per quanto concerne l'utente, che

possiedano le qualità di efficacia ed efficienza, ed utilizzino un linguaggio medico-scientifico preciso ma comprensibile.

Tuttavia, per capire quale tra le due sia la soluzione idonea, è stato importante prima indagare il livello di conoscenze teoriche e pratiche possedute dal professionista e la valutazione di dati statistici specifici inerenti alla realtà dell'Unità Operativa; a tale scopo è stata svolta una ricerca bibliografica, la somministrazione di questionari ad infermieri e utenti e la consultazione di *database* clinici presenti nell'Unità Operativa coinvolta.

CAPITOLO 3

LA RICERCA: MATERIALI E METODI

La ricerca svolta per questo progetto si è avvalsa di due strumenti: la ricerca bibliografica (telematica e cartacea) e l'indagine tramite questionario.

3.1 Ricerca telematica e ricerca cartacea

La ricerca bibliografica completa si avvale di materiali sia di natura telematica che cartacea: articoli scientifici, revisioni bibliografiche e *randomized clinical trial* recenti ed aggiornati.

Essa ha reso possibile l'accesso ai diversi *database* presenti (come PubMed, NICE, The Cochrane Library, ect), i quali, oltre a fornire come risultato una serie di articoli e revisioni bibliografiche, a loro volta permettono di collegarsi a siti in cui si possono trovare altre pubblicazioni mediche e scientifiche relative alla stessa tematica della ricerca di partenza (Evidence-Based Nursing, Urologic Nursing Journal, Royal College of Nursing (RCN), EAUN, ect).

Questa ricerca iniziale prevede l'utilizzo di *key words* o parole chiave, le quali denotano una stringa di parole particolarmente rilevanti per il collegamento che hanno con l'argomento trattato all'interno di vari documenti (in questo caso articoli, revisioni, *clinical trial* e libri) e per le quali il motore di ricerca seleziona e mette in evidenza i risultati ottenuti a coloro che eseguono la ricerca. Le parole chiave che sono state adottate nella prima fase di selezione sono principalmente in lingua inglese: *retention urinary acute, emergency department, catheterization, bladder catheterization, patient education, management retention urinary acute, urinary tract infection, management urinary tract infections, catheter complications, teach back*. Talvolta, la maggior parte in PubMed, è stato impiegato il metodo Medical Subject Headings (MeSH), il quale è un vocabolario controllato per gli articoli di indicizzazione. Inoltre, la documentazione trovata è soggetta a criteri di selezione, detti anche filtri: tipologia, disponibilità, anno di pubblicazione del documento.

I criteri di selezione applicati alle pubblicazioni sono stati:

- per la tipologia: articolo scientifico o revisione bibliografica o *clinical trial*;
- per la disponibilità: testo completo o testo completo libero;

- per l'anno di pubblicazione è stato scelto quello "dieci anni", cioè tutti quei documenti datati dopo l'anno 2000.

Durante questa fase iniziale, si è riscontrato che la maggior parte della documentazione (62%) appartiene alla fascia temporale di pubblicazione che comprende gli anni dal 2010 al 2015; altri, invece, quella dal 2005 al 2009 (28%). Solamente due documenti risalgono rispettivamente al 2000 e al 2001, che corrispondono singolarmente al 5%. È stato consultato il sito nazionale del Collegio IPASVI, dove sono stati individuati due percorsi guidati (non è stato possibile risalire alla data di pubblicazione, quindi non collocati all'internodi una fascia).

Una volta conclusasi la prima selezione, tutti i documenti sono stati letti ed analizzati singolarmente, al fine di valutarne la validità e di stabilire se essere impiegati come risorsa nella redazione di documenti utili o come bibliografia per il progetto.

La ricerca cartacea si basa sulla consultazione di libri, manuali, trattati, studi in proprio possesso o presenti in biblioteche selezionate, come la Biblioteca Medica "V. Pinali" con sede a Padova. La consultazione è stata svolta servendosi delle stesse *key words* e degli stessi filtri utilizzati per quella telematica. Questo genere di ricerca ha portato ridotti risultati per quanto riguarda la quantità, ma rilevanti per la qualità: essi, infatti, sono stati tutti impiegati.

In conclusione sono stati individuati ventuno documenti tramite ricerca telematica e tre con quella cartacea.

3.2 Questionari e *target*

Lo strumento fondamentale utilizzato per la realizzazione dell'indagine è il questionario, del quale sono state create due versioni indirizzate rispettivamente a due diverse tipologie di *target*. In questo modo si crea l'opportunità di ricevere *feedback* positivo o negativo dalle rispettive parti in causa e raggiungere lo scopo finale della somministrazione, ovvero evidenziare i punti di forza e di debolezza di entrambi i destinatari e sviluppare così strumenti mirati.

Il primo *target* o campione individuato per la somministrazione di un questionario è la figura dell'infermiere dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso. Il questionario, che deve essere compilato in forma anonima per garantire la privacy dell'operatore, consiste in tredici domande a scelta multipla con possibilità di singola risposta e si prefigge il compito di indagare le conoscenze teoriche e pratiche, relative alla procedura di cateterismo vescicale e alle infezioni delle vie urinarie (IVU), di esplorare le modalità di informazione,

educazione e valutazione dell'apprendimento utilizzate da parte degli infermieri ai pazienti, ai quali viene posizionato un catetere vescicale in Pronto Soccorso e successivamente dimessi, e infine di scoprire se l'infermiere sente l'esigenza di avvalersi di strumenti specifici. (si veda Allegato 1: "*Questionario per infermieri*")

Il secondo questionario, invece, vede come proprio *target* il paziente dimesso con catetere vescicale e l'obiettivo prefissato è indagare se l'informazione e l'educazione ricevuta in merito all'acquisizione di conoscenze e di competenze di gestione del catetere vescicale a domicilio, risulta essere efficace ed efficiente. Il questionario è composto da cinque domande inerenti al comportamento adottato dall'infermiere durante il momento educativo e all'atteggiamento che deve essere assunto di fronte a determinate situazioni, come ad esempio l'insorgenza di complicanze durante la gestione domiciliare del presidio (si veda Allegato 2: "*Questionario per pazienti dimessi*").

Per la realizzazione di entrambi i questionari sono stati impiegati documenti di vario genere, i quali corrispondono al risultato della ricerca telematica e cartacea condotta e precedentemente esposta.

3.3 Il database PS NET

Il programma PS NET è una piattaforma telematica che si occupa della gestione della cartella clinica (medica ed infermieristica) informatizzata e attraverso la quale si possono visualizzare ed elaborare dati statistici relativi ad accessi, dimissioni, patologie dei pazienti che si presentano all'Unità Operativa.

Pertanto è stato possibile rilevare il numero effettivo di accessi al Pronto Soccorso di quei pazienti che manifestano ritenzione urinaria acuta come sintomatologia. I dati che vengono forniti ricoprono un periodo temporale annuale; quelli utilizzati per questo progetto di tesi risalgono all'anno 2015.

3.4 La raccolta dati

I dati raccolti per lo svolgimento del presente elaborato di tesi sono composti dai questionari somministrati e dai dati statistici forniti dal *database* PS NET.

La modalità di distribuzione dei questionari prevede la consegna diretta in Unità Operativa di Pronto Soccorso; per la raccolta degli stessi, invece, verrà effettuato un controllo periodico (circa ogni due settimane), mediante presenza personale in loco oppure contatto con correlatore, fino al completo raggiungimento del numero di questionari compilati.

La quantità di questionari compilati da parte dei pazienti da raggiungere è venti; per quanto riguarda, invece, per gli infermieri l'obiettivo è l'intero staff infermieristico. Quest'attività si svolge nel periodo compreso tra gennaio e marzo dell'anno 2016.

I dati elaborati dal database, infine, sono raccolti dopo la loro pubblicazione in PS NET.

CAPITOLO 4

I RISULTATI

4.1 Analisi dei risultati

I risultati illustrati all'interno di questo paragrafo derivano dalla somministrazione dei questionari elaborati per infermieri di Pronto Soccorso e per pazienti a cui è stato posizionato il catetere vescicale in Unità Operativa e dal *database* PS NET.

I primi dati considerati sono stati quelli inerenti alla compilazione del questionario elaborato dal parte degli infermieri. Le domande utilizzate come indicatori di verifica sono le numero quattro, sei, otto, dodici e tredici del questionario, le quali chiedevano rispettivamente all'infermiere di Pronto Soccorso: se per l'educazione usufruisca di strumenti operativi, la tipologia istruttiva utilizzata durante il momento educativo, se venga effettuata la valutazione dell'apprendimento del paziente, se all'interno della sua Unità Operativa esisteva un percorso o una checklist per la gestione del catetere vescicale e, infine, se ritenga necessaria la presenza di questo strumento per garantire uniformità di trasmissione di informazione e di competenze gestionali ai pazienti dimessi con il presidio. Dall'analisi in dettaglio di ogni singola domanda è risultato, come mostrato anche nel Grafico 1, che:

- il 100% degli infermieri possiede le conoscenze teoriche riguardanti la ritenzione urinaria acuta e il cateterismo vescicale;
- l'88.6% degli infermieri non si avvale di documentazione o strumenti mirati per la gestione del paziente che presenta come sintomatologia la ritenzione urinaria acuta e a cui viene inserito un catetere vescicale;
- la tipologia maggiormente utilizzata dall'infermiere per educare l'utente è il linguaggio verbale (82.9%). Tuttavia vi è un 17.1% che, oltre al linguaggio verbale, aggiunge la dimostrazione in loco anche con presidi;
- questi dati vengono ulteriormente confermati dalle percentuali ricavate dalle domande n.12 e n.13: il 97.5% degli infermieri ha affermato che non esiste nessun tipo di strumento a cui fare riferimento, mentre la seconda domanda ha dato prova che la maggior parte del personale infermieristico (91.4%) è favorevole alla creazione di un strumento mirato e che solo l'8.6% si è dimostrato contrario (tre infermieri su trentacinque);

- stando alle risposte ottenute dalla domanda n.8 si ritiene che la valutazione viene effettuata da parte dell'infermiere (77.1% dello staff infermieristico).

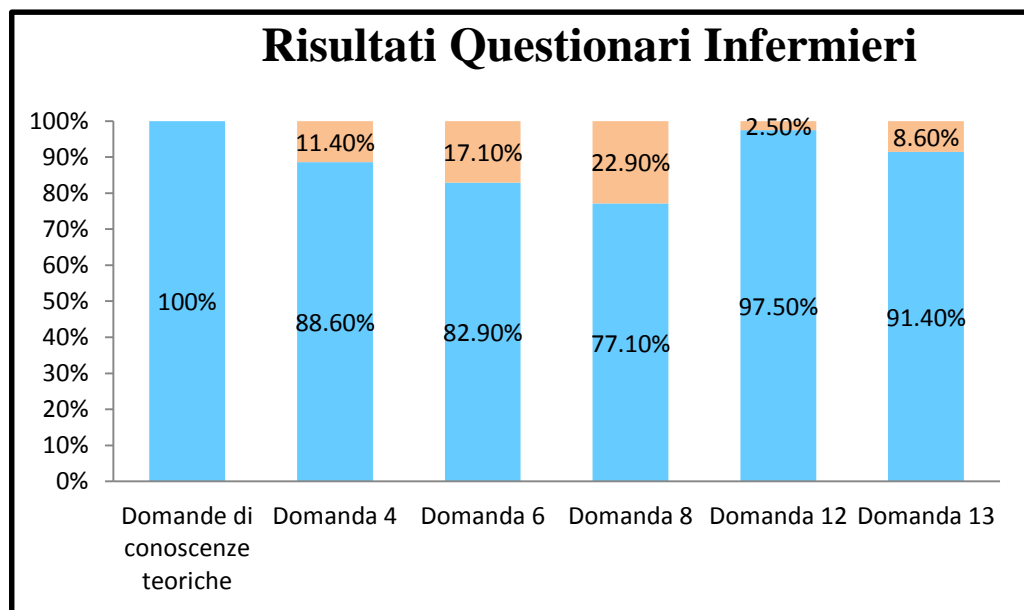


Grafico 1. Grafico dei risultati dei questionari somministrati agli infermieri.

I risultati, invece, ottenuti dai questionari indirizzati al paziente indicano che il 60% ha ricevuto educazione da parte dell'infermiere e il 40% invece no (queste rilevazioni fanno riferimento alle domande n.1 e n.2 del questionario somministrato); in alcuni casi (30%) la persona informata risulta essere il familiare o il caregiver in quanto il paziente presentava un'età avanzata (over 80 anni), mentre il restante 70% corrisponde al caso in cui l'educazione è stata fatta al persona stessa. Le conoscenze teoriche trasmesse al paziente e, successivamente, valutate con il questionario hanno mostrato che il 70% ha risposto parzialmente corretto (la domanda n.4 è stata quella che ha riscontrato errori), invece il 30% ha risposto in modo corretto a tutte le domande. (si veda Grafico 2)

Infine, il dato conclusivo è quello ricavato dal *database* PS NET: durante l'anno 2015 le diagnosi codificate di ritenzione acuta d'urina sono state 533 nelle 24 ore, 200 (37.5%) delle quali registrate in orario notturno (si veda Grafico 3). Poiché non vi è la possibilità di accedere a consulenze urologiche specialistiche nel turno notturno (precisamente la fascia oraria compresa tra le 19:30 e le 08:00), la procedura di cateterismo del paziente avviene in Pronto Soccorso. Dopo la dimissione dal Pronto Soccorso non esiste un percorso uniforme per tutti i pazienti: alcuni vengono inviati dall'urologo o il giorno seguente o con impegnativa di priorità B (breve attesa, ovvero può aspettare fino ad un massimo di 10 giorni); altri vengono inviati al Medico di Medicina Generale.

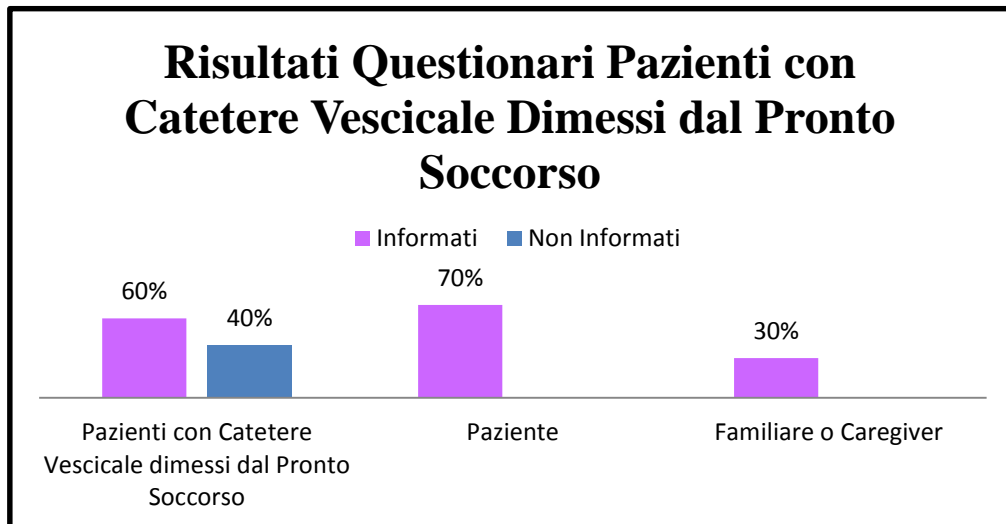


Grafico 2. Grafico dei risultati dei questionari somministrati ai pazienti con catetere vescicale in dimissione dal Pronto Soccorso.

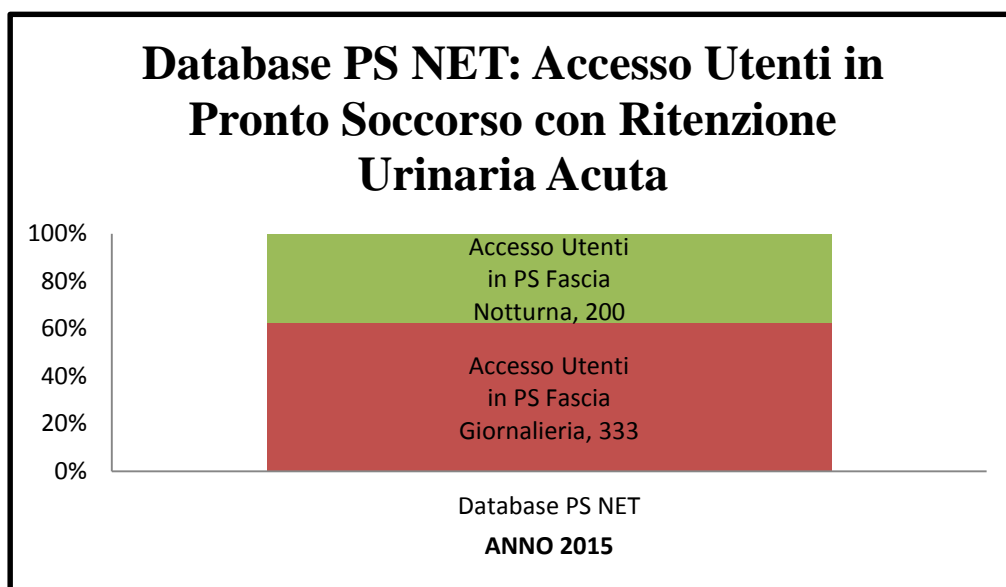


Grafico 3. Grafico dei dati ricavati dal *database* clinico.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

5.1 Discussione e presentazione degli strumenti

L'infermiere ha dimostrato una buona conoscenza teorica relativa alla ritenzione urinaria acuta e il cateterismo vescicale. Viene quindi scartata la proposta riguardante il corso di formazione (sulla ritenzione urinaria e sul cateterismo vescicale).

All'interno di alcuni questionari sono stati rilevati commenti o suggerimenti aggiunti affianco ad alcune domande che suggeriscono quale potrebbe essere lo strumento adeguato per affrontare la problematica analizzata. Alcuni infermieri hanno suggerito l'importanza di uno strumento da fornire al paziente. Informazioni scritte sulla gestione del catetere e/o consigli su eventuali complicanze appaiono essere rassicuranti per il paziente molto più di qualsiasi informazione verbale, essendo il Pronto Soccorso fonte di disagio e preoccupazione; inoltre, spesso i pazienti sono sordi, anziani, debilitati da patologie mediche e poco inclini ad ascoltare ed assimilare conoscenze nel momento di permanenza in zona di urgenze. Un infermiere ha sottolineato che "sarebbe utile per l'infermiere, ma purtroppo non c'è" uno strumento di aiuto. Oltre a ciò, durante la raccolta dei questionari diversi infermieri hanno dimostrato interesse nell'avere maggiori informazioni in merito al tipo di strumento prodotto con il progetto. Questo interesse dimostra quanto l'infermiere manifesti la volontà e la necessità di usufruire di strumenti che possono migliorare la qualità di assistenza erogata al cittadino e, di conseguenza, migliorarne la qualità di vita.

La rilevazione eseguita sui pazienti e i dati clinici ricavati da PS NET hanno reso manifesti due aspetti:

- il primo consiste nel fatto che non vi è ne garanzia che l'infermiere fornisca tutte le informazioni utili e necessarie e che il paziente una volta a domicilio, qualora abbia ricevuto conoscenze ed educazione sanitaria, non ricordi tutte le informazioni ricevute in modo corretto al momento della dimissione;
- il secondo che ci sono pazienti, i quali non ricevendo nessun elemento istruttivo, non sanno come gestire il catetere vescicale e il follow-up.

La proposta individuata ed esposta all'interno di questo elaborato di tesi si può ritenere attivabile per diversi motivi:

- costi: la spesa impiegata dall'Azienda Ospedaliera sarebbe mirata solamente alla stampa delle copie della check-list e della brochure.

- efficienza: utilizzando strumenti mirati e specifici è possibile ottimizzare i tempi di assistenza infermieristica fornita.
- efficacia: questi strumenti specifici risultano utili perché forniscono e permettono di trasmettere tutte le informazioni necessarie ed importanti senza ometterne alcuna.

L'utilizzo della combinazione tra check-list e brochure quindi andrebbe a beneficio: dell'utente che riceve un strumento informativo personalizzato (brochure); dell'Azienda Ospedaliera per i costi esigui sostenuti e risparmiati in tempistiche d'attesa in Pronto Soccorso e nuovi accessi impropri; dell'infermiere che garantisce al paziente una qualità di assistenza migliore; del neoassunto che ha la possibilità di accedere ed usufruire del strumento operativo (check-list) in tempi rapidi e sicuri.

Gli strumenti dovranno tuttavia essere condivisi con tutta l'equipe sia infermieristica che medica: verranno implementati nell'Unità Operativa dopo incontro tra il coordinatore infermieristico, lo staff d'infermieri e medici.

5.1.1 Lo strumento operativo: la check-list

Lo strumento operativo è stato creato sulla base dell'analisi di documenti ricercati nella letteratura e dei risultati ottenuti dall'indagine tramite questionario personalizzato e rilevazione di dati statistici all'interno del *database* PS NET.

Questo strumento si presenta sotto l'aspetto di check-list. Nella prima pagina vengono riportate le principali ed importanti azioni che l'infermiere deve seguire, durante tutta la durata della presa in carico del paziente. Le azioni educative che devono essere svolte da parte dell'infermiere corrispondono a:

- la descrizione della sintomatologia della ritenzione acuta d'urina e delle sue possibili cause
- la spiegazione della procedura di cateterismo vescicale
- i principi generali di un corretto follow-up
- i segni e sintomi delle IVU
- la consegna diretta a mano della brochure informativa.

Ogniqualvolta che viene trattato un argomento l'infermiere ne firma l'avvenuta esecuzione (si veda Allegato 3: *"Lo strumento operativo: la check-list"*).

Tuttavia, non basta compiere solo l'attività di informazione per poter affermare con certezza che il paziente sia consapevole di ciò che è accaduto e di ciò che dovrà fare in seguito a domicilio, ma è necessario verificare che vi sia stata l'acquisizione di conoscenze e competenze. La valutazione dell'apprendimento si può effettuare mediante il metodo del

teach-back. Esso è basato su ricerche scientifiche e sociologiche che promuovono l'aderenza, il *counseling*, la qualità dell'assistenza e la salvaguardia del paziente^{21 22}.

Il *teach-back* è un metodo che rassicura l'infermiere di aver veicolato tutte le informazioni in modo chiaro. Esso permette di ricevere un *feedback* dal paziente o dal caregiver in modo da valutare la comprensione dei concetti trasmessi. Se i concetti non fossero stati acquisiti l'infermiere deve quindi effettuare la ripetizione degli argomenti con altra modalità e successiva rivalutazione^{21 22 23 24}. Questo metodo presenta strategie applicabili in diversi ambiti^{21 22 23 24}.

5.1.2 *Lo strumento informativo: la brochure*

Lo strumento informativo, come già esposto nei capitoli precedenti, ha l'obiettivo di illustrare le manovre fondamentali e i comportamenti essenziali che devono essere adottati dal paziente o dal caregiver a domicilio.

Per rendere facilmente comprensibile l'impostazione è stato deciso di suddividere la brochure in colonne.

Nella prima colonna, in ordine di apparizione al lettore, vi è il titolo della brochure che illustra l'argomento trattato.

La colonna successiva mostra un elenco di segni e sintomi relativi alle infezioni delle vie urinarie e, in caso d'insorgenza, chi contattare e con quale priorità (Medico di Medicina Generale, Servizio di Continuità Assistenziale, SUEM Treviso Emergenza 118) o dove recarsi (Pronto Soccorso).

Nel retro, troviamo, in una, la descrizione breve e sintetica del catetere vescicale. Molte persone, soprattutto anziani, non sono in grado di comprendere subito cosa sia il catetere vescicale e in cosa consista la procedura di cateterismo, specialmente quando viene effettuato in un ambiente caotico come il Pronto Soccorso, considerato spesso fonte di preoccupazione, ansia e disagio. Vengono poi spiegate le principali manovre o accorgimenti da tenere presente ed attuare nella quotidianità per garantire la sicurezza e il comfort della persona assistita.

Infine sono elencate le potenziali problematiche che si possono incontrare per tutto il periodo in cui la persona è portatrice del presidio (distacco accidentale della sacca dal catetere vescicale, distacco accidentale del catetere, fuoriuscita scarsa e/o concentrata d'urina, l'assenza di urina, perdite dal meato uretrale o dal catetere e infezioni delle vie urinarie) con qualche suggerimento sull'atteggiamento e sul materiale da utilizzare per

disinfettare in caso di necessità (si veda Allegato 4: “*Lo strumento informativo: la brochure*”).

5.2 Conclusioni

Dopo aver valutato tutti i dati acquisiti, la miglior scelta tra le proposte di soluzione risulta essere la realizzazione di:

- una check-list, che può essere consultata da tutti, in particolar modo, tenendo conto del turnover del personale, dai neoassunti. Essa fungerà da guida agli infermieri per la gestione del paziente
- di una brochure da consegnare al paziente nel momento della dimissione.

Per questo motivo si ritiene necessario poter fornire all’infermiere e all’utente questi strumenti semplici, ma allo stesso tempo mirati e precisi al fine di migliorare l’assistenza e la qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA

1. Brunner L, Suddarth D, Smeltzer S. *Infermieristica medico-chirurgica*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2010;...(2):
2. Cullen I, Dowling C, Thornhill J, Grainger R. Emergency management of acute urinary retention: results from an all-Ireland urologist practice survey. *Irish Journal of Medical Science*. 2012;182(2):207-211. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23096424>
3. Marshall JR, Haber J, Josephson EB. An evidence-based approach to emergency department management of acute urinary retention. *Emergency Medicine Practice*. 2014; 16(1):1-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24804332>
4. Federazione IPASVI. Il paziente con ritenzione di urina – ECM [Internet]. [cited 02 January 2016]. Available from: <http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/il-paziente-con-ritenzione-di-urina-id32.htm>
5. Brian A Selius, Rajesh Subedi. Urinary Retention in Adults: diagnosis and initial management. *American Family Physician*. 2008;77(5): 643-650. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18350762>
6. Claus G Roehrborn. Tamsulosin for the Treatment of BPH. Acute Urinary Retention: Risk and Management. *Reviews in Urology*. 2005; 7(4): S31-S41. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1477606/>
7. Curtis LA, Dolan TS, Cespedes RD. Acute Urinary Retention and Urinary Incontinence. *Emerg Med Clin North Am*. 2001;19 (3):591-619. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11554277>
8. Choong S, Emberton M. Acute Urinary Retention. *BJU Int*. 2000; 85(2): 186-201. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10671867>
9. Fitzpatrick J, Kirby R. Management of acute urinary retention. *BJU International*. 2006; 97(s2):16-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16507048>
10. Federazione IPASVI. La gestione del catetere vescicale - ECM [Internet]. [cited 05 February 2016]. Available from: <http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/la-gestione-del-catetere-vescicale-id8.htm>
11. Herter R, Wallace Kazer M. Best Practices in Urinary Catheter. *Home Healthcare Nurse*. 2010;28(6): 342-349. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20539136>
12. Geng V, Cobussen-Boekhorst H, Holroyd S, Pearce I, Vahr S, Vandewinkel C, Eikenboon J, Lester M. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological

- Health Care. Catheterisation: urethral intermitten in adults, dilatation, urethral intermitten in adults. European Association of Urology Nurses (EAUN). 2013.
13. Geng V, Cobussen-Boekhorst H, Farrell J, Gea-Sánchez M, Pearce I, Schwennesen T, Vahr S, Vandewinkel C. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation: Indwelling catheters in adults, urethral and suprapubic. European Association of Urology Nurses (EAUN). 2012.
 14. Bond P, Harris C. Best Practice in urinary catheterisation and catheter care. *Nursing Times*. 2005;101(8):54,56,58. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/115754946>
 15. Addison R, Foxley S, Mould C, Naish W, Oliver H, Sullivan J, Thomas S, Reid J, Logan OBE K, Jones S, Phillimore A, Vaughan A. *Catheter Care*. London:Royal College of Nursing; 2012. http://rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0018/157410/003237.pdf
 16. Igawa Y, Wyndaele J, Nishizawa O. Catheterization: possible complications and their prevention and treatment. *Int J Urol*. 2008;15(6):481-485. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18430150>
 17. Regione Lombardia ASL Brescia. La prevenzione delle infezioni urinarie correlate al cateterismo vescicale in ambito domiciliare. Protocollo operativo infermieristico. 2011. Servizio Sanitario Nazionale Regione Lombardia Azienda Sanitaria Locale 3 Brescia. <http://www.aslbrescia.it/media/documenti/protocolli%20infermieri/La%20gestione%20del%20catetere%20vescicale.pdf>
 18. Rowe T, Juthani-Mehta M. Diagnosis and management of urinary tract infection in older adults. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2014;28(1):75-89. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24484576>
 19. Saoussen Ftouh, Karen Head, Caroline Lawson, Kamsha Maharaj, Abigail Jones, Fulvia Ronchi, Wonderling D, Aktar Rifna et NCGC Guideline Development Group. The Management of Lower Urinary Tract Symptoms in Men. *National Clinical Guideline Center (NCGC)*.2010;13-14-15:301-324. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0033879/>
 20. NICE Quality Standard. Urinary tract infections in adults. NICE National Institute for Health and Care Excellence. 2015. <http://www.nice.org.uk/guidance/qs90>
 21. Tamura-Lis W. Teach-back for quality education and patient safety. *Urol Nurs*. 2013; 33(6): 267-271. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24592519>
 22. Kornburger C, Gibson C, Sadowski S, Maletta K, Klingbeil C. Using “teach-back” to promote a safe transition from hospital to home: an evidence-based approach to

- improving the discharge process. *J Pediatric Nurs.* 2013; 28(3): 282-291.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23220377>
23. 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.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25237917>
24. Farrell MH, Kuruvilla P, Eskra KL, Christopher SA, Brienza RS. A method to quantify and compare clinicians' assessment of patient understanding during counselling of standardized patients. *Patient Educ Couns.* 2009; 77(1):128-135.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19380210>
25. Talbot K, AUNS Catheter Care SIG. Catheter Care Guidelines. The Australian and New Zealand Urological Nurses Society Inc. (ANZUNS). 2011.
<http://www.anzuns.org/ANZUScatheterisationdocument.pdf>
26. Rew M. Caring for catheterised patients: urinary catheter maintenance. *British J Nurs.* 2005; 14(2):87-92. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15750508>

ALLEGATI

ALLEGATO 1. QUESTIONARIO PER INFERMIERI.

GENERALITA'.

Età:

Da quanto tempo lavora come infermiere? meno di 1 anno 1-2 anni 2-5 anni >5 anni

Da quanto tempo lavora in Pronto Soccorso? meno di 1 anno 1-2 anni 2-5 anni >5 anni

QUESTIONARIO.

1- Sulla base delle sue conoscenze, quale situazione richiede la procedura di cateterismo vescicale?

- Ritenzione urinaria acuta.
- Intervento chirurgico.
- Occlusione momentanea della vescica.
- Tutte le precedenti.

2- In quali tipologie si suddivide il cateterismo vescicale?

- Catetere vescicale a breve termine e catetere vescicale a intermittenza.
- Catetere vescicale a intermittenza e catetere vescicale a permanenza.
- Catetere vescicale a permanenza e catetere vescicale a dimora.
- Non esistono tipologie diverse di cateterismo.

3- Secondo lei prima di procedere al cateterismo è importante:

- Spiegare la procedura al paziente.
- Creare un ambiente confortevole.
- Educare il paziente.
- Tutte le precedenti.

4- Quando educa il paziente per l'acquisizione di competenze per la gestione del presidio a domicilio utilizza qualche strumento tipo informativo e/o check-list?

- si
- no
- non fornisco al paziente nessun tipo di educazione.

5- Una volta terminata la procedura di cateterismo vescicale secondo lei è importante chiedere al paziente come si sente nei confronti di questo cambiamento (anche se temporaneo)?

- si
- no

- 6- Durante l'educazione del paziente all'acquisizione di competenze di gestione del presidio:
- Utilizza solo linguaggio verbale
 - Utilizza il linguaggio verbale, ma si avvale anche di documentazione.
 - Altro:
- 7- Nel momento in cui fornisce le informazioni per il processo di follow-up qual è secondo lei quella più importante che il paziente dovrebbe ricevere?
- Rivolgersi appena possibile al medico di medicina generale.
 - Controllare la chiusura della sacca di drenaggio..
 - Monitorare la diuresi.
 - Riconoscere segni/sintomi delle potenziali complicanze IVU.
 - Tutte le precedenti.
- 8- Una volta fornite le informazioni sul follow-up e educato il paziente sulla gestione del presidio, lei valuta il livello di apprendimento prima della dimissione?
- Sì, valuto il livello di apprendimento del paziente.
 - No, non valuto il livello di apprendimento del paziente.
- 9- In base alle sue conoscenze, quali sono le principali fonti di infezione delle vie urinarie (IVU) dovute al cateterismo vescicale?
- Introduzione di microrganismi direttamente in vescica al momento della cateterizzazione.
 - Migrazione di microrganismi lungo la superficie uretrale del catetere.
 - Migrazione microrganismi verso il lume del catetere.
 - Tutte le precedenti.
- 10- In base alle sue conoscenze, quali sono i segni e sintomi caratteristici di infezione delle vie urinarie (IVU)?
- Febbre, malessere, urine torbide e maleodoranti.
 - Malessere, febbre, presenza di sedimenti, presenza di sangue.
 - Febbre, malessere, presenza di sedimenti e presenza di sangue nelle urine, urine torbide e maleodoranti, bruciore uretrale, nausea e vomito.
- 11- Qualora vi fosse sospetto di IVU (infezione delle vie urinarie) è importante:
- Informare il medico di medicina generale.
 - Sostituire il catetere vescicale.
 - Riconoscere segni e sintomi delle IVU e informare il medico di medicina generale.

12- Esiste un percorso per l'educazione del paziente all'interno della sua Unità Operativa sulla gestione del catetere vescicale?

- Si
- No

13- Ritiene necessario che vi sia,all'interno della sua Unità Operativa,uno strumento operativo che garantisca uniformità di informazioni e di trasmissione delle competenze per la gestione del catetere vescicale ai pazienti?

- Si
- No

ALLEGATO 2. QUESTIONARIO PER PAZIENTI DIMESSI.

Gentile Signore/a,

sono Frasson Eleonora studentessa del 3[^] anno del Corso di Laurea in Infermieristica. Sto svolgendo una ricerca mediante questionario tra le persone che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Treviso per indagare l'informazione ed educazione ricevuta acquisizione di competenze di gestione del catetere vescicale. Se disponibile Le chiedo gentilmente un paio di minuti del suo tempo per rispondere a qualche semplice domanda.

Questo questionario è formato da 5 domande. Risponda ponendo una X sulla casella che Lei ritiene essere la più corretta.

Per ulteriori informazioni: eleonora.frasson.2@studenti.unipd.it oppure 333 7372293.

GENERALITA'.

Sesso: maschio femmina Età :.....

Comune di residenza:.....(...)

Grado di istruzione: licenza elementare licenza media diploma laurea

Occupazione: dipendente libero professionista pensionato
Altro(specificare).....

QUESTIONARIO.

- 1- Una volta terminata la procedura l'infermiere l'ha educata su come deve comportarsi con il catetere vescicale a domicilio?
 Si
 No
- 2- Durante il momento educativo per la gestione a domicilio del presidio l'infermiere Le ha detto che è importante:
 il lavaggio delle mani
 una corretta igiene intima
 effettuare controlli che riguardano l'integrità del catetere e della sacca
 tutte le precedenti
 non mi ha riferito nulla.
- 3- Una volta giunti a casa cosa è importante fare la mattina successiva?
 Informare il medico di medicina generale entro 12h
 aspettare che apra il distretto sanitario
 non devo fare nulla
- 4- Quali sono le complicanze che può incontrare durante la gestione a domicilio del presidio:
 infezione delle vie urinarie

- occlusione del catetere vescicale
 - perdita di urina
 - lesioni da decubito
 - tutte le precedenti
- 5- Qualora dovesse sospettare/presentare segni e sintomi di infezioni delle vie urinarie è importante che Lei:
- informi il medico.
 - sostituisca il catetere.
 - riconosca i segni e sintomi delle infezioni delle vie urinarie.
 - non faccia nulla.

La ringrazio per la sua collaborazione e Le porgo cordiali saluti.

CHECKLIST

Paziente con RITENZIONE URINARIA ACUTA in Pronto Soccorso

FASI EDUCATIVE.
<input type="checkbox"/> Descrivere la procedura di cateterismo vescicale
<input type="checkbox"/> Descrivere brevemente il materiale utilizzato per la procedura: <ul style="list-style-type: none">- catetere vescicale- sacca di raccolta urine con rubinetto
<input type="checkbox"/> Descrivere come mobilizzare la persona con catetere vescicale
<input type="checkbox"/> Descrivere la procedura del lavaggio sociale delle mani: <ul style="list-style-type: none">- come- quando
<input type="checkbox"/> Descrivere tempi e azioni per svuotamento della sacca di raccolta urine Importante: prestare attenzione al rubinetto
<input type="checkbox"/> Descrivere il posizionamento della sacca di raccolta urine: <ul style="list-style-type: none">- come- dove
<input type="checkbox"/> Descrivere cosa osservare: quantità e qualità delle urine
<input type="checkbox"/> Descrivere i principi generali di una corretta igiene personale Importante: quale materiale usare
<input type="checkbox"/> Descrivere le potenziali problematiche che si possono incontrare a domicilio: <ul style="list-style-type: none">- distacco accidentale della sacca- sfilamento del catetere vescicale- presenza di anuria- perdita di urina dall'uretra o dal catetere- segni di infezione
<input type="checkbox"/> Descrivere segni e sintomi delle infezioni delle vie urinarie: <ul style="list-style-type: none">- febbre- malessere- presenza di sedimenti- presenza di sangue nelle urine- urine torbide e maleodoranti- bruciore uretrale- nausea e vomito.
<input type="checkbox"/> Descrivere i principi generali di follow-up: <ul style="list-style-type: none">- importanza visita urologica- importanza MMG
<input type="checkbox"/> Consegnare la brochure informativa al paziente o caregiver

Infermiere



IMPORTANTE!!!

Qualora la persona presenti:

- » Dolore nella zona del basso ventre
- » Febbre
- » Malessere
- » Presenza di sedimenti
- » Presenza di sangue nelle urine
- » Urine torbide e maleodoranti
- » Bruciore uretrale
- » Nausea e vomito



CONTATTARE MEDICO CURANTE

dal lunedì al venerdì 08 – 20

SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

dal lunedì al venerdì 20 – 08

festivi e prefestivi

118

oppure

PRESENTARSI IN PRONTO SOCCORSO

AZIENDA U.L.S.S. N. 9 TREVISO

UU. OO. MEDICINA D'URGENZA E DI PRONTO
SOCCORSO



PICCOLI ATTI di
GENTILEZZA NELLA
QUOTIDIANITA':

COME GESTIRE

IL CATETERE VESCICALE
A DOMICILIO.





Per rendere confortevole la quotidianità di una persona con catetere vescicale bastano piccoli accorgimenti.

- Eseguire sempre il lavaggio della mani ad ogni manovra!
- Indossare guanti monouso per cambi sacca o igiene personale.
- Evitare di scollegare la sacca di raccolta dal catetere vescicale e di creare situazioni di trazione o torsione del catetere vescicale
- Posizionare la sacca di raccolta sempre al di sotto della vescica: a bordo letto, al di sotto della sedia e a livello polpaccio
- Effettuare intervalli regolari di svuotamento della sacca di raccolta (circa ogni 24 ore) utilizzando un contenitore sempre pulito da posizionare sotto il rubinetto. Attenzione al rubinetto: NON deve toccare il pavimento, biancheria sporca e DEVE essere riposizionato nell'apposito ricovero!
- Curare l'igiene personale e del catetere vescicale quotidianamente con acqua e sapone neutro. Attenzione: NON tirare o piegare il catetere vescicale!
- Assumere almeno 1,5-2 L di acqua al giorno (NON gassata)!
- Monitorare la quantità e il livello progressivo di urina durante la giornata.



CHE COS'E' IL CATETERE VESCICALE?



Il catetere vescicale è una tubicino (sonda), fatto di lattice o silicone, inserito all'interno della vescica attraverso l'uretra. Lo scopo principale del catetere vescicale è favorire lo svuotamento dell'urina dalla vescica. Il catetere vescicale è fissato grazie a un palloncino gonfiabile contenente soluzione fisiologica sterile.



POTENZIALI PROBLEMI

Durante il tempo di permanenza del catetere vescicale è possibile che si presentino alcune potenziali problematiche a cui è importante prestare ATTENZIONE!!

- Distacco accidentale della sacca dal catetere vescicale: disinfettare e cambiare la sacca, prestando attenzione che il beccuccio della sacca e l'estremità del catetere mantengano più sterilità possibile.
- Distacco accidentale del catetere: controllare se presenti eventuali perdite di sangue.
- Fuoriuscita di scarsa urina: controllare il bilancio idrico entrate/uscite.
- Nessuna emissione di urina: controllare se presenti attorcigliamenti o piegature.
- Perdita di urina dal meato uretrale o dal catetere
- Infezione delle vie urinarie

Nel caso dovesse presentarsi una o più di queste problematiche è importante tenere supervisionata la persona ed evitare che il catetere vescicale e/o la sacca vengano a contatto con materiale o superfici "contaminate" (esempio: pavimento). Per disinfettare la zona interessata utilizzare clorexidina 2% o iodopovidone 10%.