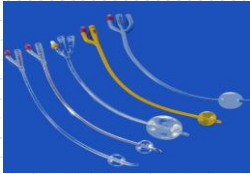


CATETERISMO VESCICALE

Introduzione di un tubo di lattice, silicone o pvc attraverso l'uretra nella vescica del paziente



INDICAZIONI

- ❖ Monitorare in modo intensivo la diuresi (1-2 ore)
- ❖ Risolvere una ritenzione urinaria acuta
- ❖ Utilizzo perioperatorio nella chirurgia addominale, pelvica, rettale (rimuovere al più presto)
- ❖ Gestire gravi casi di macroematuria/piuria
- ❖ Gestire l'incontinenza in presenza di ulcere da decubito
- ❖ Come eccezione al paziente che lo richiede per migliorare il comfort

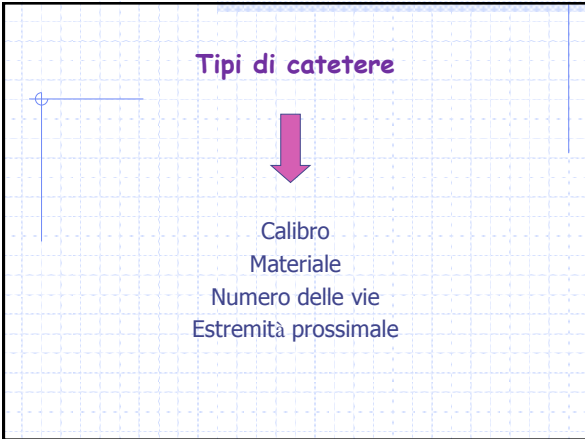
TIPI DI CATETERIZZAZIONE

ESTEMPORANEO

si inserisce un catetere diritto monouso per il tempo necessario a svuotare la vescica

A PERMANENZA:

il catetere rimane posizionato per un periodo più o meno lungo (1 o più giorni)



CALIBRO

CRITERI DI SCELTA

- ❖ dimensione dell'uretra del paziente (età)
calibro più piccolo possibile per limitare il trauma all'uretra e ridurre il rischio di infezioni
- ❖ Caratteristiche dell'urina

Unità di misura: SCALA DI CHARRIERE
 Corrisponde al diametro esterno del catetere
 (1 CH = 1/3 mm → 18 CH = 6 mm)

CALIBRO

CH	Codice COLORE
10	Nero
12	Bianco
14	Verde
16	Arancio
18	Rosso
20	Giallo
22	Blu

indicazioni

12-14 ch
se urine chiare

16 ch
se urine torbide, sabbia
presente in piccola quantità
ematuria lieve senza
coaguli

18 ch
se presenza di sabbia, coaguli
sedimento

Materiale

critério di scelta: la durata della cateterizzazione

PVC: per cateterismo intermittente (scarsa flessibilità)

LATTICE SILICONATO : inferiore a trenta giorni

SILICONE : maggiore di trenta giorni

NUMERO DELLE VIE

Crterio di scelta :Scopo della cateterizzazione

❖ **UNA VIA:** cateterismo intermittente



❖ **DUE VIE:** drenaggio urina



❖ **TRE VIE:** irrigazioni, instillazione farmaci

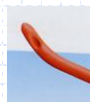


ESTREMITA' PROSSIMALE (1)

❖ **NELATON:** estremità prossimale arrotondata e rettilinea. viene utilizzato soprattutto nella donna



❖ **MERCIER:** semirigido, punta arrotondata (30-45); usato nei casi di ritenzione urinarie da ipertrofia prostatica



ESTREMITA' PROSSIMALE

COUVELAIRE: semirigido, punta con foro a "becco di flauto"; utilizzato soprattutto in caso di emorragia vescicale.



TIEMANN: estremità a forma conica e angolo di 30°; semirigido, indicato negli uomini con restringimento dell'uretra.



ESTREMITA' PROSSIMALE (3)

FOLEY: molle, dotato all'estremità distale di un palloncino gonfiabile che ne permette l'ancoraggio alla vescica

La sua flessibilità ed elasticità assicura un elevato grado di comfort al paziente.



SACCHE DI RACCOLTA

SACCHE DA LETTO: hanno capacità di 1500-2000 ml, sono graduate con rubinetto di svuotamento e porta per prelievo di campioni

Vengono appese al letto mediante appositi sostegni.

Intralciano nel movimento



SACCHE DI RACCOLTA (2)

SACCHE DA LETTO CON UROMETRO: per la misurazione della diuresi oraria



SACCHE DA GAMBA: hanno capacità di 350-700 ml, vengono indossate durante il giorno fissate alla coscia del paziente



Prima di inserire il catetere

Informare e coinvolgere la persona
Istruire sulla tecnica di respirazione guidata per favorire il rilassamento
Valutare la presenza di allergia al lattice; patologie che possono ostacolare il passaggio del catetere
Predisporre il materiale
Eseguire o aiutare il paziente ad eseguire **l'igiene perineale**
Garantire la **privacy**
Invitare ad assumere la **posizione** supina

Inserimento del catetere

Frizionare con soluzione alcolica le mani per 30-40 secondi o lavare con acqua e sapone
Procedere alla manovra con i guanti sterili



Il secondo operatore passa il materiale
Preparare il campo sterile
Lubrificare
Inserire il catetere nel meato (5-7 cm nella donna E 18-20 nell'uomo)
Quando fuoriesce urina gonfiare il palloncino di ancoraggio

GONFIARE IL PALLONCINO

CON CHE COSA ?

acqua sterile e non soluzione salina in quanto potrebbe cristallizzarsi e provocare il mancato sgonfiamento del palloncino

QUANTO?

- In relazioni alle indicazioni della casa produttrice del catetere (5-30ml)
- Età del paziente (3 ml pediatrico)

ESITI INATTESI

- ❖ Se si incontrano delle resistenze durante l'inserimento del catetere, non forzare troppo la manovra per non creare traumi
- ❖ Se non compare reflusso di urina, valutare la possibilità di non essere in uretra
- ❖ Se dolore al gonfiaggio, aspirare il liquido e inserire il catetere per altri due-tre cm

Dopo l'inserimento

- ◆ Fissare il catetere
- ◆ Smaltire i rifiuti
- ◆ Fornire informazioni su come muoversi
- ◆ Avvertire che potrebbe sentire il desiderio di urinare pur in presenza del catetere
- ◆ Documentare
- ◆ Monitorare il deflusso delle urine

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI VIE URINARIE

Le UTI rappresentano il 40-80% di tutte le infezioni nosocomiali (Lo et al. 2008)

Batteriuria si sviluppa nel 25% dei pazienti cateterizzati per 7 giorni

La presenza di catetere vescicale è un FDR di infezione; cateterizzazione è molto diffusa circa il 12-16% dei pazienti durante il ricovero (Lo et al. 2008) e il 58% nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico (wald et al., 2008)

Fattori di rischio per UTI

◆ Durata della cateterizzazione

Strategie per ridurre:

Lasciare in situ fino al persistere dell'indicazione

Protocolli di verifica giornaliera

Documentazione (data ora di inserimento)

◆ Incrostazioni (Nelle cateterizzazioni a lungo termine)

precipitazione di aggregati cristallini che portano al restringimento del lume con conseguente ristagno

Strategie per ridurre

Incremento di liquidi

Aumento della concentrazione di citrati (succo di limone)

PATOGENESI

I microrganismi responsabili di IVU:

flora endogena (batteri area periuretrale)

fonti esogene (contaminazione attrezzature, mani del personale, manipolazione del circuito)

possono aver accesso alla vescica:

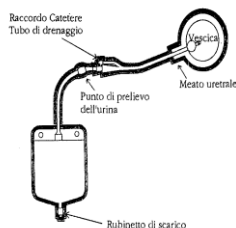
❖ AL MOMENTO DELL'INSERZIONE DEL CATETERE

❖ ATTRAVERSO IL LUME DEL CATETERE

❖ SULLA SUPERFICIE ESTERNA DEL CATETERE

IL SISTEMA DI DRENAGGIO

Possibili punti d'ingresso dei microrganismi da manipolazione del sistema di drenaggio



GESTIONE DEL DRENAGGIO URINARIO

- ❖ Eseguire l'igiene delle mani prima e dopo ogni manipolazione
- ❖ Il sistema deve rimanere pervio, non scollegarlo mai. In caso di disconnessione rimuovere il catetere e riposizionarlo con tecnica asettica
- ❖ La sacca non deve essere alzata al di sopra del livello della vescica per il rischio di reflusso
- ❖ Evitare movimenti o trazioni fissando il catetere alla coscia del paziente
- ❖ Cambiare il catetere e la sacca solo in presenza di segni di infezione
- ❖ Non praticare irrigazioni
- ❖ Cura quotidiana del meato con acqua e sapone

SVUOTARE LA SACCA DI RACCOLTA

- ❖ Accurato lavaggio delle mani ed indossare DPI
- ❖ Attenzione a non toccare la sacca con il contenitore di raccolta
- ❖ Disinfettare il rubinetto dopo la chiusura

RIMOZIONE DEL CATETERE

VA TOLTO APPENA POSSIBILE:

- ❖ Sgonfiare completamente il palloncino
- ❖ Sfilare completamente il catetere
- ❖ Si può verificare disuria, aumento della frequenza urinaria/ritenzione urinaria

Controllare la ripresa della minzione ed eventuali segni di discomfort

E' UTILE LA GINNASTICAVESCICALE ?

E' la chiusura ad intervalli del flusso del catetere vescicale

Prove di efficacia della ginnastica vescicale effettuata prima della rimozione del catetere - Centro studi EBN - Bologna

- ❖ Il muscolo detrusore non esegue nessuna forma di ginnastica, in quanto lo svuotamento dell'urina avviene per drenaggio e non per contrazione del muscolo stesso.
- ❖ La chiusura del catetere determina la stasi di urina in vescica che può aumentare l'incidenza delle infezioni urinarie
- ❖ La correzione dell'incontinenza viene garantite dalle strutture sfinteriali e dalla muscolatura del piano pelvico perineale, il riempimento della vescica non esercita tale strutture muscolari

Raccolta di campione sterile con catetere

- ❑ Un ora prima di eseguire il campione clampare tubo appena sotto la porta
- ❑ Lavarsi le mani
- ❑ Pulire la porta del prelievo con soluzione antisettica
- ❑ Aspirare almeno 20 ml e trasferire nel contenitore sterile
- ❑ Riaprire il flusso
- ❑ Smaltire il materiale e inviare il campione in laboratorio

◆Bibliografia

○ Trattato di cure infermieristiche

◆Capitolo 21 «*Eliminazione urinaria e gestione delle alterazioni*»

Da pag 721 a 732 escluse le procedure diagnostiche radiologiche

Da pag 734 a 762 (escluso procedura 21.3 e assistere ed educare la persona con deviazione urinaria)
