



È evidente che...

a cura di IID Adriana Capalbo*, IID Luigia Caldera **

Per ridurre al minimo l'incidenza di infezioni delle vie urinarie (IVU) associate a catetere vescicale (c.v.), la prevenzione migliore è quella di evitare l'applicazione di cateteri in pazienti che non ne hanno assoluta necessità e/o di rimuoverli appena possibile.

A fronte di tale lapalissiana affermazione, si ritiene però importante affrontare ancora una volta questa tematica, ormai erroneamente inflazionata, poiché i dati epidemiologici¹ indicano che una percentuale variabile tra il 5 e il 12 % dei ricoverati è interessata da infezioni nosocomiali e di queste, le IVU sono quelle che hanno un'incidenza maggiore, con percentuali che variano dal 30 al 40% del totale; in particolare, la popolazione ospedalizzata acquisisce IVU in circa l'80% dei casi a seguito di cate-terizzazione. Le IVU sono comunque generalmente benigne e talvolta sono considerate semplicemente una sorta di incidente temporaneo che spesso si autorisolve con la rimozione del catetere; tuttavia, possono indurre complicazioni locali più o meno gravi fin però a giungere anche a complicanze sistemiche gravi. In ogni caso, il Codice Deontologico precisa che: "Nell'agire quotidiano l'infermiere si impegna a non nuocere..."², bensì a "bene facere" e poiché la pratica del cateterismo vescicale è prevalentemente di competenza e responsabilità infermieristica (si ricorda che il mansionario stabiliva precise disposizioni in merito), viene spontanea la considerazione che, se ancora permane alta la percentuale di IVU associate a cateterismo, gli infermieri hanno verosimilmente delle responsabilità legate a tale pratica.

Gli infermieri, con i nuovi presidi a disposizione e la ricerca nel campo, hanno già modificato ed evoluto nel

tempo l'applicazione del catetere alle persone che assistono e la gestione conseguente: il riciclo dei cateteri, la pratica routinaria delle lavande vescicali, i sacchetti di raccolta non sterili... di sicuro sono solo dei ricordi. Eppure, alla luce dei dati sopra esposti, è probabilmente necessario verificare ancora l'attuale pratica in uso e confrontarla con i principi ed i concetti che oggi sono ritenuti di provata efficacia³.

Scopo di questa revisione della letteratura è quello di verificare e diffondere quali siano ad oggi le migliori prove di efficacia disponibili relativamente all'applicazione e gestione del catetere vescicale.

Materiali e metodi

La revisione della letteratura (tabella 1), rivolta solo a documenti in lingua inglese/francese/italiana, senza limiti di tempo, si è svolta nelle seguenti fasi:

1. reperimento di linee guida sulla più fornita banca dati delle stesse e sui siti delle principali istituzioni internazionali che producono e diffondono tali strumenti (vedi tabella). Tale ricerca ha consentito di reperire due linee-guida di cui la prima (Centres for Diseases Control and Prevention - CDC - 1981) un po' datata e la seconda (Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé - ANAES - 1999) che costituisce un adattamento ed integrazione di quella dei CDC.
2. reperimento di revisioni sistematiche prodotte dalla Cochrane Collaboration (CC). Tale ricerca ha consentito di reperire tre documenti che trattano aspetti specifici del cateterismo vescicale e che sono serviti per integrare le raccomandazioni di cui sopra.
3. ricerca sul sito del Joanna Briggs Institute (JBI), istituzione accade-

mica infermieristica australiana, che produce revisioni sistematiche dalle quali deriva i cosiddetti "Best Sheets". Tale ricerca ha prodotto un documento del 2000 e due revisioni sistematiche di cui la più recente (2004) non è stata inclusa nella nostra analisi in quanto non disponibile on line;

4. consultazione del sito dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con reperimento di un protocollo del 2003, anch'esso basato prevalentemente sulle linee guida del CDC del 1981.

Data la nota autorevolezza delle agenzie produttrici dei documenti reperiti, non si è ritenuto opportuno procedere a valutazione critica degli stessi ed al reperimento di studi primari.

Discussione

Si riporta di seguito la traduzione delle raccomandazioni dei CDC che pur risalendo al 1981, costituiscono ad oggi il principale punto di riferimento dei documenti elaborati successivamente. Si è ritenuto opportuno integrare quanto raccomandato dai CDC con quanto riportato dagli altri documenti reperiti, al fine di meglio dettagliare alcuni aspetti delle raccomandazioni.

Le indicazioni fornite dai CDC assumono una diversa forza a seconda del tipo di studi di ricerca che ne è alla base, come specificato nel seguente sistema di classificazione:

Categoria I: misure fortemente raccomandate, in quanto si basano su studi clinici strutturati e controllati o giudicati utili dalla maggior parte degli esperti.

Categoria II: misure moderatamente raccomandate, derivanti da studi clinici che sostengono fortemente la loro efficacia o il cui fondamento teorico è valido e pertinente.

Categoria III: misure debolmente

raccomandate, proposte da ricercatori, esperti o organismi diversi, la cui efficacia non è ancora stata dimostrata e il cui fondamento teorico non è solido. Sono relative a questioni che devono essere sottoposte ad ulteriori studi di ricerca.

Considerazioni conclusive

La revisione della letteratura presentata ha messo in evidenza come, ad oggi, il principale riferimento scientifico per la gestione dei c.v. resti il documento elaborato dai CDC nel 1981 e mai revisionato. Poiché anche le fonti più recenti consultate fanno comunque riferimento al suddetto documento, riteniamo che la ricerca scientifica, su questo tema, non ha probabilmente prodotto nulla di sostanzialmente nuovo negli ultimi 20 anni.

L'aver preso in considerazione solo i documenti disponibili on-line è sicuramente un limite della revisione svolta, in quanto non possiamo verificare se la revisione del JBI del 2004 ha apportato importanti modifiche rispetto al documento sopra citato. In ogni caso, le raccomandazioni dei CDC potrebbero essere ritenute dai più scontate e banali, ma l'elevata incidenza delle IVU, ancora ai giorni nostri, deve far riflettere sulla misura in cui tali raccomandazioni sono realmente conosciute ed applicate nel-

l'assistenza alle persone, in tutti gli ambiti.

Le indicazioni di cui sopra possono costituire il punto di riferimento per l'elaborazione di protocolli operativi nei quali si possono circostanziare alcuni aspetti che la trattazione, in questo articolo, non ha potuto necessariamente approfondire: tali protocolli potranno tradurre, nella pratica quotidiana, le migliori prove di efficacia.

Per noi che ci prendiamo cura dei malati, il nostro nursing è qualcosa che, se non facciamo progredire ogni anno, ogni mese, ogni settimana, credetemi sta andando indietro. (Florence Nightingale)

Bibliografia

- ANAES - Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé - a cura del Service Evaluation en Etablissements de Santé (1999) *Qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires* Parigi.
- Brosnahan J., Jull A., Tracy C. (2004) Types of urethral catheters for management of short term voiding problems in hospitalised adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews.
- CDC - Centres for Diseases Control and Prevention - (1981) *Guideline for Prevention of Catheter-associated*

Urinary Tract In-fectious Atlanta.

- Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. (1999) *Codice Deontologico*.
- Dunn S., Pretty L., Reid H., Evans D. (2000) Management of short term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery.
- Fryklund B., Haeggmann S., Burman LG., (1997) Transmission of urinary bacterial strains between patients with indwelling catheters nursing in the same room and in separate rooms compared. *J Hosp Infect* 36: 147-153
- Griffiths R., Fernandez R., (2005) Policies for the removal of short term indwelling urethral catheters The Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Istituto Superiore di Sanità (2003) *Protocollo per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle infezioni delle vie urinarie associate ai cateteri vescicali* Rapporti ISTISAN 03/40.
- Jain P., Parada PJ, David A., Smith LG. (1995) Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalised medical patients. *Arch Intern Med*, 155:1425-9.
- Niel-Weise BS, van den Broek PJ., (2005) Urinary catheter policies for long term bladder drainage The Cochrane Database of Systematic Reviews.

* A.O. Sant'Anna Como - Responsabile Qualità e Ricerca - SITRA

** A.O. Sant'Anna Como - Tutor Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria - Sede di Como

¹ Istituto Superiore di Sanità (2003) *Protocollo per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle infezioni delle vie urinarie associate ai cateteri vescicali* Rapporti ISTISAN 03/40

² Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. (1999) *Codice Deontologico* - Art.2.6.a

³ "L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate così da garantire alle persone le cure e l'assistenza più efficaci". Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. (1999) *Codice Deontologico* - Art. 3.1.

Tabella 1 - Revisione della letteratura

Fonti consultate	Strategie di ricerca	numero documenti reperiti	numero documenti pertinenti	Fonti
NGC www.guideline.gov	Browse by Disease/Condition "Urinary tract infection"	10	0	
	Browse by Treat-ment/Intervention "Catheters, Indwelling"	5	0	
	Free Search Urinary catheter*	62	0	
CDC www.cdc.gov	Indice linee-guida	1	1	"Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections" - 1981
ANAES www.anaes.fr	Indice linee-guida	1	1	"Qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires" - 1999
SIGN www.sign.ac.uk	Indice linee-guida	1	0	
PNLG www.pnlg.it				
NICE www.nice.org.uk				
RCN www.rcn.org.uk				
NZGG www.nzgg.org.nz	Indice linee-guida	1	0	
AHQR www.ahcpr.gov				
Cochrane Library	"urinary catheterization" (Free and Mesh Search com-bined)	10	3	1. "Types of urethral catheters for management of short-term voiding problems in hospitalised adults". - 2004 2. "Policies for the removal of short-term indwell-ing urethral catheters"- 2005 3. "Urinary catheter policies for long-term blad-der drainage" - 2005
Joanna Briggs Institute (JBI) www.joannabriggs.edu.au	Indice Revisioni sistematiche	2	2	"Management of Short-Term Indwelling Urethral Catheters to Prevent Urinary Tract Infections"- 2000 e 2004 (aggiornamento)
	Indice "Best Sheets"	1	1	"Management of Short Term Indwelling Urinary Catheters" - 2000
Istituto Superiore di Sanità www.iss.it	Indice Pubblicazioni "Rapporti ISTISAN"	1	1	"Protocollo per la prevenzione, la diagnosi e la tera-pia delle infezioni delle vie urinarie associate ai cateteri vescicali" - 2003



NOTIZIE IN PILLOLE

Fondo sanitario: aumenti record per il 2005

Il fondo sanitario nazionale è aumentato per il 2005 complessivamente per circa 9 miliardi di euro, un aumento record mai registrato prima. Si raggiungerà così quota 90,2 miliardi di euro, con un aumento medio di circa il 9% rispetto all'anno precedente. Le novità riguardano non solo le cifre ma anche per i criteri di riparto del fondo tra le diverse regioni. Verrà ad esempio estrapolato il finanziamento per gli extracomunitari, e vi sarà un adeguamento in base ai dati di popolazione di ciascuna regione.

(fonte: il sole 24 ore sanità, 8-14 febbraio 2005)

Categoria I Fortemente raccomandate Personale	Categoria II Moderatamente raccomandate Personale	Categoria III Debolmente raccomandate	Osservazioni
Il c.v. dovrebbe essere manipolato solo da coloro (personale ospedaliero, familiari, pazienti stessi) che conoscono la tecnica asettica adeguata per suo posizionamento e la sua gestione.	Il personale ospedaliero e tutti coloro che gestiscono un c.v. dovrebbero seguire periodicamente corsi di formazione pratica che mettono l'accento sulla correttezza della tecnica e sulle potenziali complicanze del cateterismo vescicale.		
Indicazioni per il cateterismo vescicale Il c.v. dovrebbe essere posizionato solo se strettamente necessario e lasciato in sede per il minor tempo possibile. Il cateterismo vescicale non dovrebbe essere praticato nel solo interesse del personale curante.		Indicazioni per il cateterismo vescicale In casi selezionati, altri metodi di drenaggio urinario come l'uso del condom, il cateterismo sovrapubico ed il cateterismo vescicale a intermittenza, possono essere valide alternative all'introduzione di un catetere a permanenza	• In uno studio, che ha coinvolto pazienti ospedalizzati, il c.v. si è rivelato ingiustificato nel 21% dei casi di primo posizionamento e nel 47% dei casi di sostituzione. (Jain et al, 1995) • La sola motivazione dell'incontinenza non è un'indicazione per il posizionamento di un c.v. a permanenza (ANAES) • Secondo l'ISS è il medico che deve valutare i possibili metodi alternativi al c.v. A nostro avviso sarebbe auspicabile, in questa circostanza, l'integrazione delle competenze professionali.
Lavaggio della mani Deve essere sempre effettuato immediatamente prima e dopo la manipolazione del c.v. e del sistema di drenaggio.			• ISS specifica che tale lavaggio deve essere effettuato con soluzione antisettica alcolica. Sottolinea inoltre l'importanza del lavaggio delle mani anche prima e dopo le attività di cura del paziente cateterizzato.
Inserimento del c.v. Il c.v. dovrebbe essere inserito utilizzando una tecnica asettica e materiale sterile. I c.v. a permanenza dovrebbero essere adeguatamente fissati al fine di evitare la rimozione accidentale e trazioni sull'uretra.	Inserimento del c.v. Il materiale necessario è rappresentato da guanti, campo sterile ed un antisettico appropriato per la disinfezione periuretrale oltre che da un tubetto monodose di soluzione lubrificante. Al fine di minimizzare il rischio di trauma uretrale, il calibro del c.v. dovrebbe essere il più piccolo possibile ma tale da garantire un buon drenaggio.		• Secondo la revisione della CC (n.1) gli unici c.v. che consentono una riduzione della batteriuria in pazienti cateterizzati per un max di 14 gg., sono quelli impregnati di gel idrofilo contenente argento. Per quelli impregnati di antibiotici non è ancora stata dimostrata l'efficacia. Sembrerebbe invece che i c.v. in silicone producano meno effetti collaterali negli uomini sottoposti a cateterizzazione rispetto a quelli in lattice. • Negli uomini il lubrificante anestetico sembra essere più efficace se instillato in uretra. L'effetto massimo si ottiene dopo 10 minuti. (ISS) • Per le dimensioni del c.v. l'ANAES consiglia un calibro da 12 a 16 CH, l'ISS un calibro da 10 a 14 CH per gli uomini e da 14 a 16 CH per le donne. • Qualora la cateterizzazione avvenga in ambito domestico l'ISS ritiene sufficiente una "tecnica pulita".
Sistema di drenaggio Il sistema di drenaggio dovrebbe essere permanentemente tenuto chiuso e sterile. Il c.v. ed il tubo di drenaggio non dovrebbero mai essere disconnessi a meno che, in casi eccezionali, non sia necessario effettuare delle irrigazioni (vedi oltre).		Sistema di drenaggio In caso di disconnessione accidentale o perdi-te, il sistema di drenaggio dovrebbe essere sostituito con tecnica asettica, dopo disinfezione della giuntura c.v./tubo di drenaggio.	• In assenza di sistema chiuso, entro 4 giorni si manifesta batteriuria nel 100% dei pazienti con c.v. (ISS, ANAES) • I principi fondamentali del sistema chiuso, secondo l'ANAES, sono così riassumibili: - c.v. e sacca di raccolta devono essere posizionati e rimossi contemporaneamente. - lo svuotamento della sacca deve essere effettuato in maniera asettica attraverso il rubinetto. - il rubinetto non dovrebbe mai toccare terra o superfici potenzialmente contaminate. • Non è verificato che aggiungere sostanze antimicrobiche nella sacca consenta di ridurre il rischio di IVU (ISS e JBI)

Categoria I Fortemente raccomandate Irrigazione	Categoria II Moderatamente raccomandate Irrigazione	Categoria III Debolmente raccomandate	Osservazioni
Qualora sia indispensabile effettuare l'irrigazione dovrebbero essere utilizzati uno schizzettone e del liquido di irrigazione sterili monouso. La persona che effettua l'irrigazione deve seguire una tecnica asettica.	L'irrigazione dovrebbe essere evitata qualora l'ostruzione del c.v. sia prevedibile (ad es. dopo chi-rurgia della prostata o della vescica); in questi casi è utile munirsi di un sistema chiuso di irrigazione continua. Per rimuovere un'ostruzione dovuta a coaguli, pre-senza di muco ed altre cause è possibile ricorrere ad irrigazione intermittente. La giunzione c.v./tubo di drenaggio dovrebbe essere disinfettata prima della disconnessione. L'irrigazione continua della vescica con agenti antimicrobici non si è dimostrata essere una pratica utile e non dovrebbe quindi essere effettuata routinariamente come misura di prevenzione delle infezioni. Se il c.v. si ostruisce, necessitando di frequenti irrigazioni per il mantenimento della pervietà, la sonda deve essere sostituita perché è molto probabile che essa stessa contribuisca all'ostruzione (es. formazione di incrostazioni)		• ISS: preferire cateteri a tre vie quando è prevedibile l'irrigazione
Prelievo di urine Qualora sia necessario prelevare per esami un piccolo campione di urine fresche si può disinfettare l'estremità distale del c.v. o, preferibilmente, la valvola di prelievo, se disponibile, e aspirare la quantità di urina necessaria con ago e siringa sterili. Volumi più ampi di urina dovranno essere ottenuti, con tecnica sterile, dal sacchetto di raccolta			• L'ISS e l'ANAES confermano la necessità di tecnica sterile nel prelievo di urine • Qualora le urine raccolte non possa-no essere immediatamente sottoposte ad urinocoltura, il campione va conservato a 4°C per 12-24 ore, al fine di mantenere inalterata la conta batterica (ISS)
Drenaggio delle urine Il drenaggio delle urine non dovrebbe essere mai interrotto tranne che per la raccolta di urine o altre ragioni mediche e comunque solo temporaneamente ed occasionalmente. Per garantire un miglior drenaggio delle urine: 1. il c.v. ed il tubo di drenaggio non dovrebbe-ro presentare torsioni; 2. il sacchetto di raccolta dovrebbe essere svuotato regolarmente utilizzando un contenitore diverso per ogni paziente (il rubinetto di svuotamento ed il contenitore non sterile non dovrebbero mai entrare in contatto); 3. un c.v. mal funzionante od ostruito dovrebbe essere irrigato (vedi sopra) o se necessario sostituito; 4. il sacchetto di raccolta delle urine dovrebbe essere sempre posto ad un livello inferiore rispetto alla vescica.			
	Cura del meato Due studi hanno dimostrato che sia l'antisepsi due volte al giorno con soluzione a base di iodio sia l'igiene quotidiana con acqua e sapone del meato uretrale, non sembrano ridurre le infezioni associate al cateterismo vescicale.		• Tutte le fonti consultate sembrano concordare che la cura del meato con soluzioni antisettiche non riduce l'incidenza di IVU rispetto alla igiene personale standard.

Categoria I Fortemente raccomandate	Categoria II Moderatamente raccomandate	Categoria III Debolmente raccomandate	Osservazioni
	Frequenza di sostituzione del c.v. Il c.v. non dovrebbe essere sostituito ad intervalli di tempo decisi arbitrariamente.		• Si consideri che il rischio di contrarre un IVU in pazienti portatori di c.v. aumenta dal 3 al 6% per ogni giorno di cateterizzazione. (Revisione CC n.1) • Il c.v. va rimosso quando non più necessario (ISS)
		Separazione dei pazienti portatori di c.v. Al fine di minimizzare il rischio di infezioni crociate i pazienti portatori di c.v. a permanenza e che presentano un IVU non dovrebbe condividere la stanza con pazienti non infetti portatori di c.v.	• Uno studio (Fryklund ed altri, 1997) ha dimostrato che, fra i pazienti cateterizzati, il rischio di infezione crociata è maggiore fra coloro che condividono la stessa camera, piuttosto che fra coloro che occupano camere diverse.
		Monitoraggio batteriologico Non è ancora stata dimostrata l'efficacia di un regolare monitoraggio batteriologico dei pazienti cateterizzati come misura di prevenzione delle IVU e quindi non è raccomandato	

ECM regionale: cosa cambia?

A cura di IID Paola Zappa

L'introduzione del sistema di Educazione Continua in Medicina in Italia, a partire dal 2002, rappresenta per legge un obbligo deontologico per tutti coloro che esercitano una professione sanitaria.

L'aggiornamento professionale e la formazione permanente, che contribuivano ancora prima della nascita dell'ECM a costruire un'immagine matura dell'infermiere, negli ultimi anni hanno avuto un forte impulso, anche a causa del "moltiplicarsi delle criticità" del contesto sanitario attuale e del conseguente rapido invecchiamento del patrimonio conoscitivo acquisito e dei sempre più brevi cicli di rinnovamento del proprio bagaglio professionale.

Oggi, quindi, la naturale esigenza degli infermieri di un'elevata cultura e capacità per assumere responsabilità e decisioni in tutte le aree dell'assistenza infermieristica, si coniuga alla necessità di acquisire ogni anno un determinato numero di crediti formativi (vedi schema 1).

L'aumento progressivo del numero di crediti utili a sanare il proprio

debito formativo, se da un lato ha dato un forte impulso allo sviluppo dei professionisti della salute, dall'altro ha creato un meccanismo distorto, con una "corsa ai crediti", che non sempre è garanzia di un incremento della competenza e si traduce in un miglioramento delle risposte ai bisogni di salute e ai bisogni di assistenza infermieristica del cittadino e della collettività.

A tutto questo si aggiunge l'ulteriore criticità rappresentata dalla reale capacità, sia in termini di tempo che di risorse, di organizzare e offrire le sufficienti opportunità formative a **tutti** gli operatori della sanità..

È in questo complesso panorama che si è andato ad inserire il Sistema di Educazione Continua in Medicina della Regione Lombardia che, con le sue novità, rappresenta un ambito di interesse per gli infermieri.

Con la DELIBERAZIONE N° VII/18576 del 5 agosto 2004, la Regione ha approvato le "Linee di indirizzo per l'attivazione del Sistema ECM in Lombardia", coerentemente con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella

seduta del 20 maggio 2004, che al punto 10 recita "... *gli operatori sanitari ... sono tenuti a soddisfare il proprio debito annuale attraverso attività che abbiano come obiettivi formativi quelli di specifico interesse per la Regione nella quale operano, in misura determinata dalla stessa e non superiore al 50%. Tali crediti hanno lo stesso valore di quelli acquisiti con attività finalizzate ad obiettivi formativi nazionali*".

Il Sistema Regionale vuole valorizzare i suoi professionisti e intende procedere all'accreditamento, non dei singoli eventi/progetti formativi, bensì dei **provider** (chi organizza la formazione), individuandoli tra i soggetti pubblici e privati, che dimostrino di possedere i requisiti previsti.

I principi generali del modello lombardo possono essere così sintetizzati:

1. La formazione ECM deve rientrare in un processo di sviluppo professionale continuo (Continuous Professional Development - CPD), in quanto necessità del professionista, che diviene attore