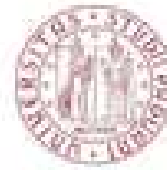


REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA



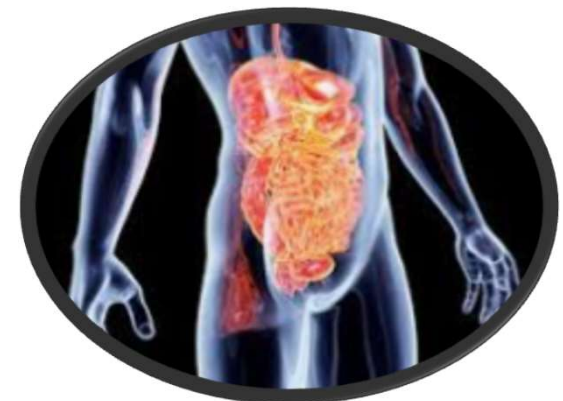
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

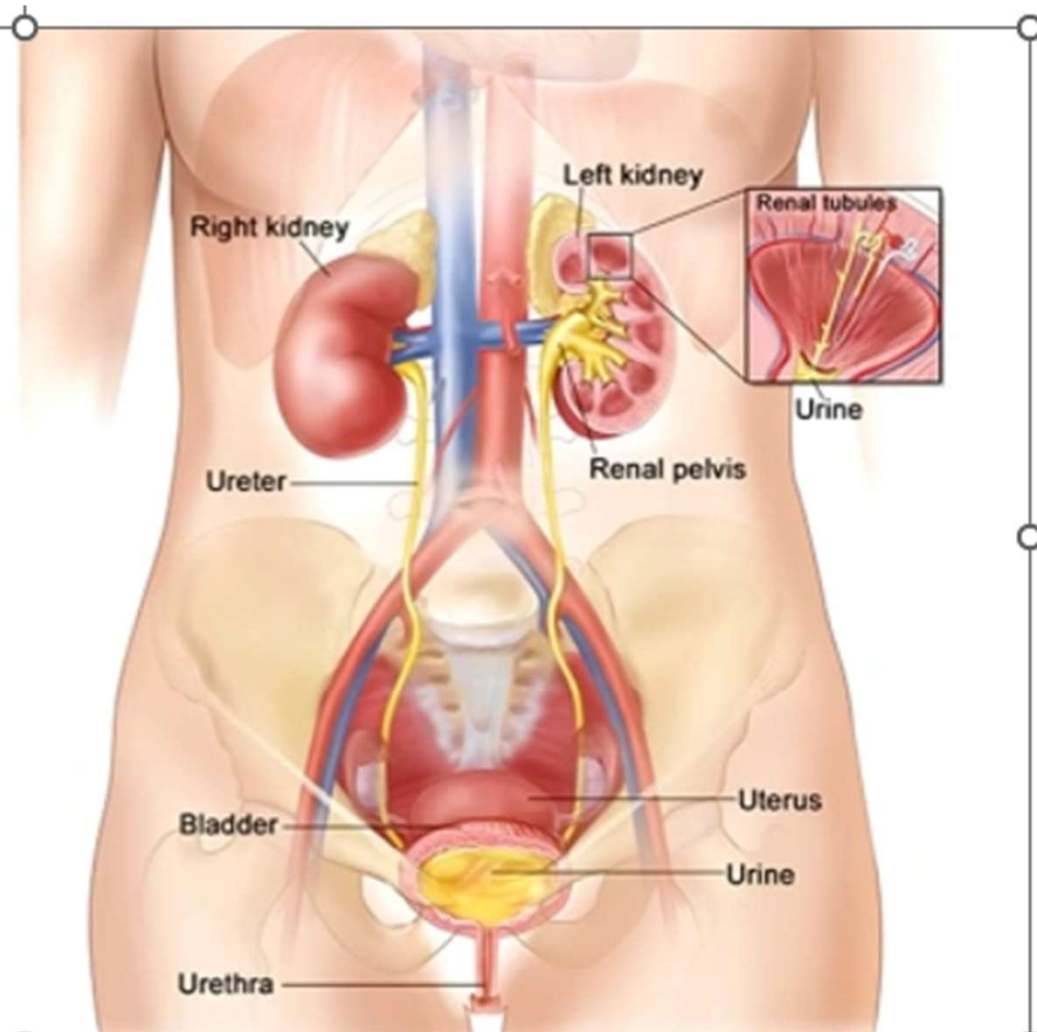
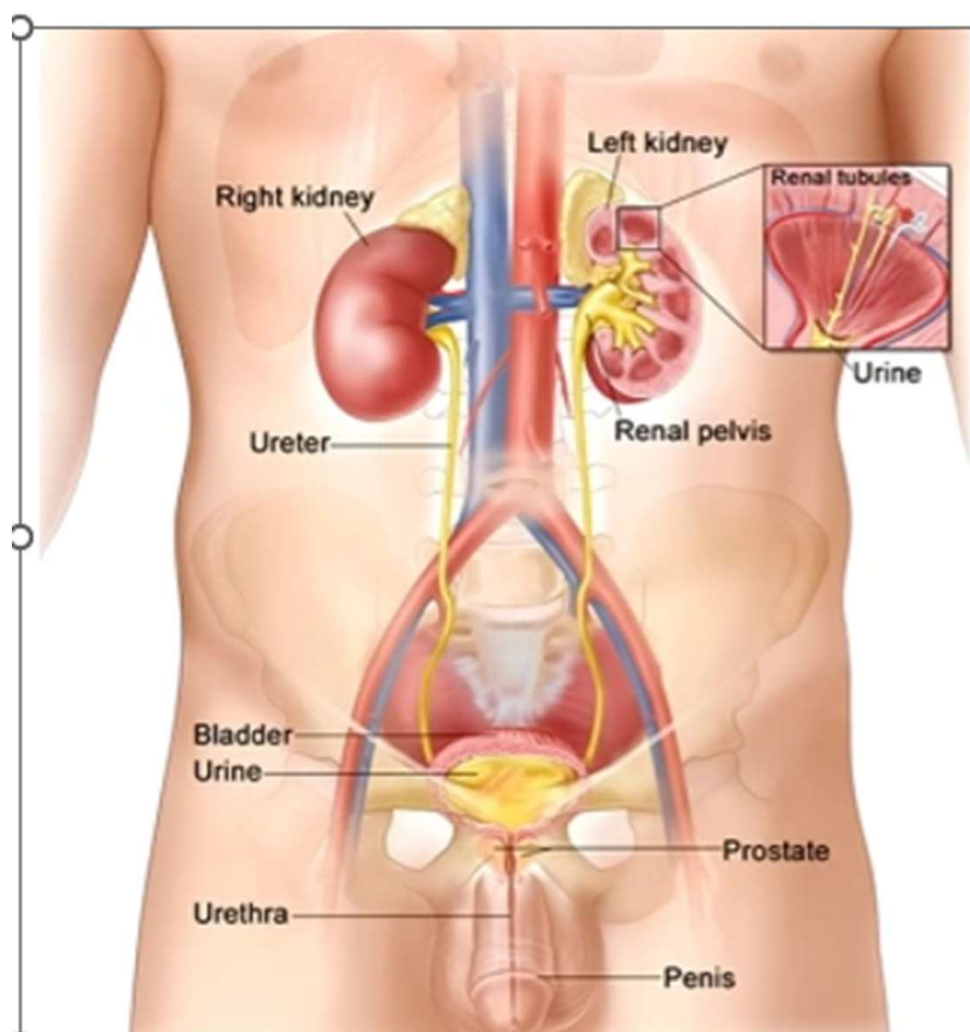
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA
FACOLTÀ DI MEDICINA E
CHIRURGIA
*Corso di Laurea in
Infermieristica – sede di Schio*

Eliminazione

"Eliminazione urinaria e fecale"

A.A. 2024-25





Alcuni termini:

Reni: principali regolatori dell'equilibrio idrico e acido-base dell'organismo. I Nefroni sono le unità funzionali dei reni e filtrano il sangue rimuovendo gli scarti metabolici

Ureteri: sono dotti collettori lunghi da 25 a 30 cm che fanno defluire l'urina dai reni alla vescica .

Vescica : organo cavo che funge da serbatoio di urina e organo di escrezione

Uretra: si estende dalla vescica fino al meato urinario, nell 'uomo è lunga circa 20 cm nella donna 3-4 cm.

Pavimento pelvico :La vagina, l'uretra e il retto passano attraverso il pavimento pelvico che è formato da strati di muscoli e legamenti e serve per dare sostegno ai visceri della pelvi.

Minzione : Significa svuotamento della vescica

Le principali alterazioni della funzione urinaria

- **Poliuria:** produzione di urine superiore a 3000 ml/24h (2cause: presenza di soluti non riassorbibili nelle urine come glucosio, urea, mannitolo oppure l'aumento delle escrezioni di acqua con le urine);
- **Nicturia:** Incremento della produzione notturne di urine con aumento della frequenza della minzione nelle ore di sonno;
- **Oliguria:** riduzione della produzione di urina, la quantità prodotta è inferiore a 500ml nelle 24h;
- **Anuria:** riduzione della produzione di urina inferiore a 50ml nelle 24h;
- **Ematuria:** presenza di sangue nelle urine;
- **Proteinuria:** Ogni giorno ogni individuo elimina circa 150 mg/die di proteine totali, se maggiori può essere segno di danno renale con aumentata filtrazione (glomerulonefriti) o di produzione di proteine anomale non riassorbibili come nel mieloma multiplo o nei linfomi.

- **Batteriuria:** presenza di batteri nelle urine;
- **Puria:** presenza di pus nelle urine;
- **Disuria:** difficoltà nella minzione per fenomeni irritativi della mucosa urinaria (cistite, uretrite, vulvovaginiti..) o per un ostacolo al deflusso urinario (ipertrofia prostatica, ostruzione parziale dell' uretra..);
- **Stranguria:** minzione dolorosa che spesso arresta l' atto mintorio (mucose infiammate);
- **Pollachiuria:** aumento della frequenza delle minzioni con emissione di piccole quantità di urina (per infezioni delle basse vie urinarie, gravidanza ecc);
- **Urgenza:** è uno stimolo alla minzione insopprimibile e indifferibile che può determinare la perdita involontaria di urine;
- **Distensione vescicale:** ingrandimento anormale della vescica, determinata dall' incapacità di eliminare le urine, che di conseguenza si accumulano in vescica (sclerosi multipla, neoplasie prostatiche ecc..).

Tabella 21.1 Caratteristiche delle urine normali e alterate

Normalità	Alterazione	Possibile causa
Colore: Giallo paglierino	Incolore - giallo pallido	Aumento dell'assunzione di liquidi e alcolici, uso di diuretici, diabete insipido e malattie renali (es. necrosi tubulare, glomerulo nefriti)
	Giallo-bianco opalescente	Infezione delle vie urinarie (presenza di pus), contaminazione da creme vaginali
	Giallo intenso	Assunzione di preparati multivitaminici
	Rosa o rosso vivo	Presenza di globuli rossi, contaminazione da flusso mestruale, assunzione di barbabietole, rabarbaro, more e mirtillo
	Blu-verde	Utilizzo di blu di metilene e altri farmaci (l'amitriptilina e il propofol)
	Arancio-ambra	Urine concentrate per ridotta assunzione o aumentata perdita di liquidi (sudorazione, febbre, vomito, diarrea); aumento della bilirubina diretta e dell'urobilina; utilizzo di farmaci (fenazopiridina, rinfampicina, pyridum)
	Marrone-nero	Presenza di globuli rossi vecchi; urine molto concentrate; presenza di bilirubina e urobilina; uso di farmaci (es. levodopa)
Limpidezza: Trasparenti	Torbide	Presenza di globuli bianchi e/o rossi, batteri, cellule di sfaldamento
Odore: Aromatico	Forte e sgradevole	Infezione delle vie urinarie
	Ammoniacale	Esposizione all'aria
Ph: 4,6 - 8,0	Aumentato	Dieta ricca di frutta, infezioni, alcalosi metabolica
	Diminuito	Dieta ricca di proteine, digiuno e acidosi metabolica e respiratoria
Peso specifico: 1.003 - 1.035	<1.003	Aumentato apporto di liquidi, farmaci diuretici, diabete insipido, malattie renali
	> 1.035	Ridotto apporto di liquidi, aumentate perdite di liquidi (febbre, diarrea, vomito), aumentata secrezione di ADH
Proteine: 0 - 8 mg/dl	> 8 mg/dl	Malattie renali, stress emotivi e fisici
Glucosio: Assente	Presenza	Diabete mellito, dieta iperglicidica
Chetoni: Assenti	Presenza	Diabete mellito, chetoacidosi, digiuno
Globuli rossi 0 - 5 cell/per campo	> 0,5 cell/per campo	Infezione delle vie urinarie, danno glomerulare-tubolare
Globuli bianchi 0 - 5 cell/per campo	> 0,5 cell/per campo	Infezione delle vie urinarie



Raccolta di
un
campione di
urine

Raccolta urine

- E' la raccolta di un campione urine in un apposito contenitore etichettato a scopo:
- Diagnostico:
 - Es. macroscopico (esame fisico)
 - Es. microscopico (esame chimico)
 - Es. microbiologico (urinocoltura)
 - Es. con strisce reattive (stick)
- Valutativo: bilancio ed equilibrio idro-elettrolitico (raccolta urine 24 h)



Esame chimico – fisico:

- Raccogliere una piccola quantità di urina (circa 8-10 ml), se possibile la prima minzione della mattina
- Informare il paziente la sera precedente e consegnare il recipiente di raccolta provvisto di etichetta identificativa
- Raccogliere il campione in un pappagallo, padella, sedia a comoda o direttamente nel vaso di raccolta
- Le urine non devono essere contaminate con feci o carta igienica
- Se la donna è mestruata, e l'esame non è rinviabile, si segnala sulla provetta o secondo modalità dell'U.O.
- Consegnare in laboratorio preferibilmente entro 2 ore



Urinocoltura



- Raccogliere il campione prima di iniziare la terapia antibiotica, salvo diversa indicazione medica.
- Educazione alla persona che deve effettuare una urinocoltura:
- Raccomandare alla persona un'igiene intima prima del prelievo
- Utilizzare la tecnica del mitto intermedio (scartare la prima parte della minzione, raccogliere la successiva direttamente nel contenitore sterile e scartare il rimanente)
- Quando si manipola il contenitore per urinocoltura fare attenzione a non contaminarlo:
 - Appoggiare il tappo su una superficie piana e pulita, con la parte interna verso l'alto
 - Non toccare con le dita l'interno del contenitore
 - Non contaminare con i genitali il contenitore
- Come tutti i campioni di microbiologia, va inviato il prima possibile

Esami su urine 24 ore

- Il contenitore per la raccolta urine delle 24 ore potrebbe contenere un conservante (Acido Cloridrico) da ritirare in laboratorio analisi.
- Raccogliere le urine nel seguente modo:
 - Effettuare la raccolta delle urine al mattino, svuotando la vescica e gettando via le urine emesse e prendere nota dell'ora.
 - Durante le 24 ore successive raccogliere tutte le urine emesse. Tra una minzione e l'altra mantenere il contenitore in un luogo fresco.
 - L'urina emessa ad ogni minzione deve essere raccolta e travasata nell'apposito recipiente contenete acido; tale contenitore deve essere usato così come viene fornito, senza lavarlo né svuotarlo.
 - NON URINARE DIRETTAMENTE NEL CONTENITORE
 - La raccolta deve terminare la mattina successiva alla stessa ora in cui è iniziata e deve comprendere anche le urine emesse nell'ora di fine raccolta.
 - Miscelare le urine prima di effettuare la raccolta del campione



Stick urine

- Sono strisce reattive costituite da un supporto di plastica rigido su cui sono fissati tasselli in feltro che contengono reagenti enzimatici capaci di produrre variazioni colorimetriche in contatto con i vari componenti urinari.
- In commercio si trovano striscette con uno o più reagenti , i più usati sono gli stick multi-reattivi.

Procedura:

immergere uno **stick** nelle urine per qualche istante ed osservare la colorazione di ciascun quadratino reattivo.

Scala colorimetrica:

- A seconda della presenza e della quantità del determinato parametro il feltrino di riferimento assumerà una colorazione più o meno intensa.
- Per ogni parametro è previsto un tempo di attesa che varia da pochi secondi a due minuti.



Raccolta urine 24 ore nel soggetto incontinente

1. Catetere condom (solo nell'uomo)
2. Catetere vescicale a permanenza

NB: ricordarsi di raccogliere le urine comunque nel contenitore della diuresi 24 ore e di **miscelare le urine** prima di raccogliere il campione.



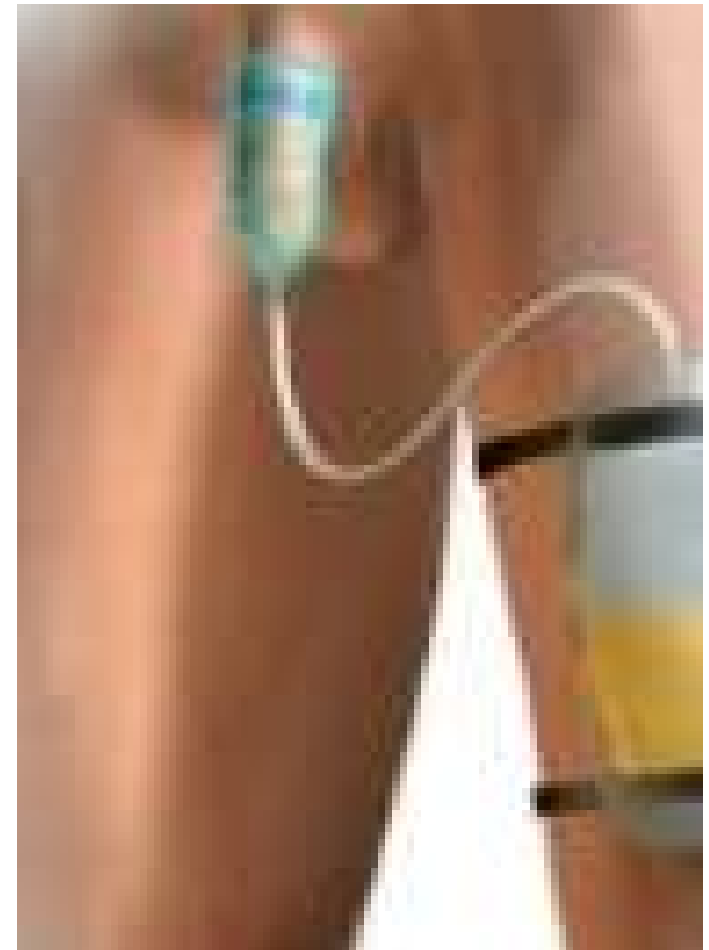
Urocondom

- Guaine/cateteri esterni/condom/profilattici: "maniche" in morbido lattice di gomma da indossare sul pene, con l'estremità distale più rigida per il collegamento ad una sacca di raccolta.
- Esistono diversi diametri e le misure vengono indicate in millimetri.



Condom: i metodi di fissaggio possono essere:

- Striscia biadesiva – aderisce da un lato al pene, dall'altro alla guaina. Usare tecnica «a spirale» x evitare strozzature
- Guaina autoadesiva con adesivo incorporato all'interno in puro silicone - trasparente ottima tenuta e con distacco morbido senza rischi per la pelle, ipoallergenico, non irritante; la mancanza di strisce adesive elimina il rischio di strozzature.



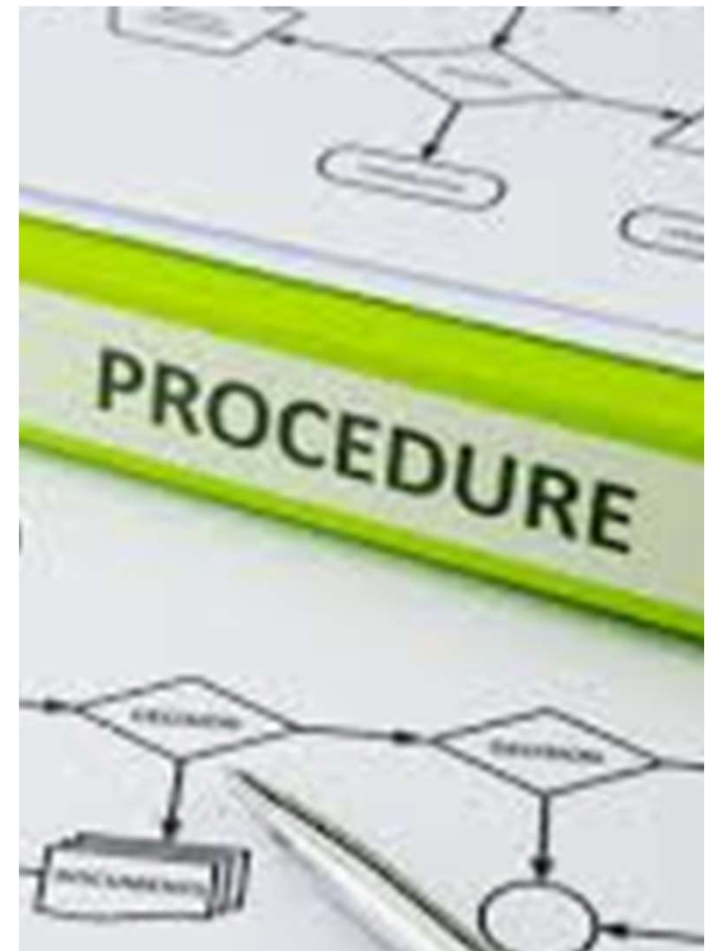
Procedura applicazione di condom

Materiale:

- Guanti in vinile
- Materiale per igiene perineale
- Rasoio monouso preferibilmente elettrico
- Catetere condom confezionato con striscia adesiva
- Sacca di raccolta delle urine con tubo di drenaggio, o sacca da gamba
- Cerotto

Punti principali:

- misurare la circonferenza del pene utilizzando il metro in cartone fornito dalla casa produttrice del condom
- Tagliare i peli non radere perché la ricrescita potrebbe creare irritazioni ed infezioni
- Mai far riempire la sacca più dei 2/3 della sua capacità. Usare sacche con valvole anti-reflusso
- Sostituire il condom entro 24 ore, semplicemente srotolandolo

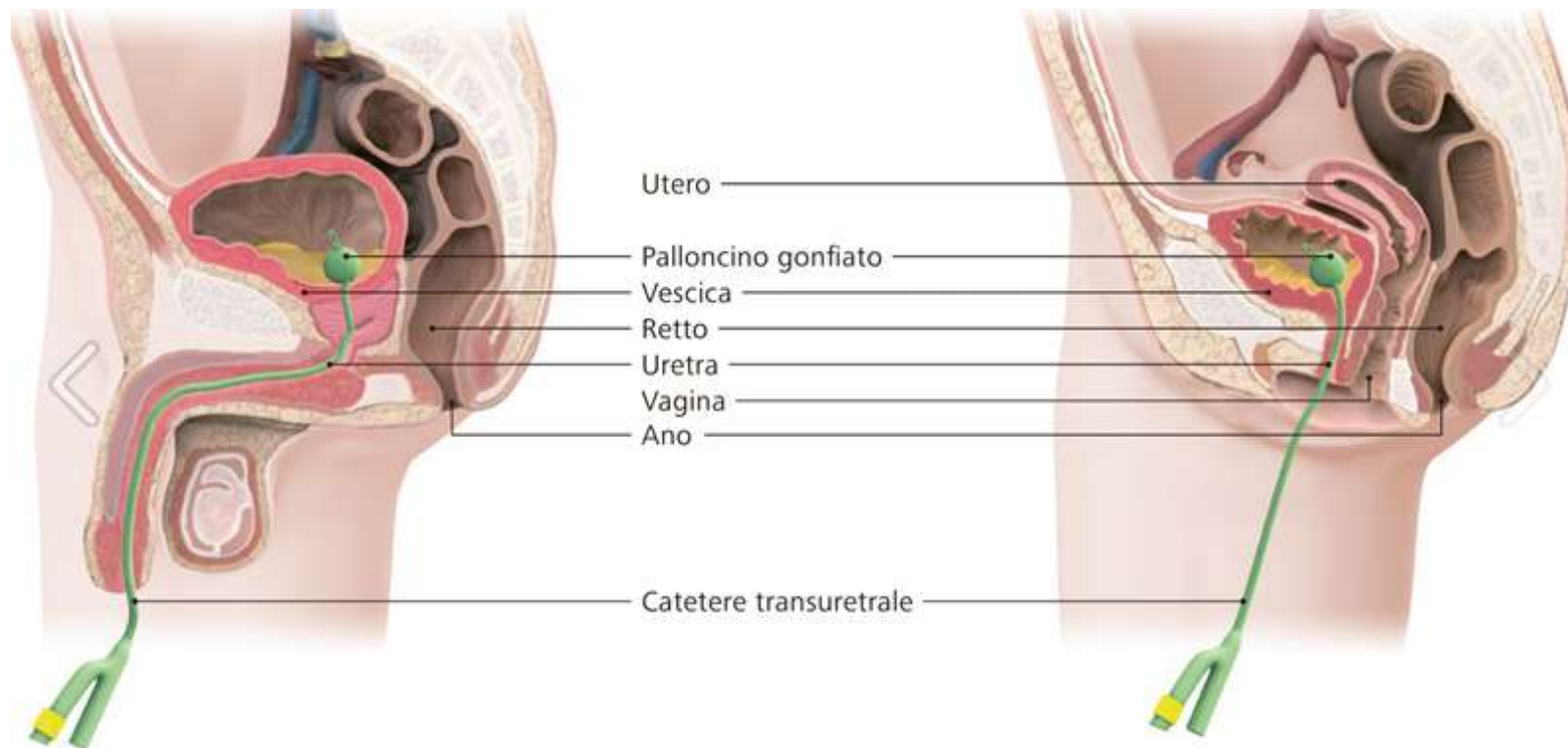




Catetere Vescicale

Cateterismo vescicale

Per cateterismo vescicale si intende l'introduzione provvisoria o permanente di un catetere sterile in vescica per via transuretrale o sovra pubica.



Cateterismo vescicale

Può essere:

- **Estemporaneo**; per la singola minzione
- **A breve permanenza** (o a breve termine) quando il catetere è mantenuto in sede per pochi giorni (al massimo 2 settimane)
- **A lunga permanenza** (o a lungo termine) quando viene tenuto in sede per un tempo più lungo



Scopo

Il cateterismo deve essere eseguito solo su precisa indicazione medica e riguarda alcune situazioni di necessità ben definite dalle linee guida.

- Diagnostico (monitoraggio diuresi)
- Terapeutico (per es. per il trattamento di neoplasie vescicali)
- Evacuativo (in caso di ritenzione urinaria)



Indicazioni al cateterismo vescicale

La ritenzione acuta d'urina è l'indicazione al cateterismo che ha **carattere di urgenza.**

Se si svuota rapidamente la vescica di un soggetto con ritenzione di urina importante si può causare un'emorragia vescicale. Per ridurre il rischio di emorragia bisogna svuotare la vescica gradualmente (300- 500 ml per volta, a intervalli di 10-30 minuti) anche se non esistono indicazioni precise né sulla quantità né sugli intervalli di tempo.



Tipologie di Catetere vescicale

A seconda dell'impiego al quale è destinato il catetere possiede dimensioni e caratteristiche diverse ed è costituito da vari materiali per renderlo rigido, semirigido o flessibile.

Il diametro del catetere **deve essere il più piccolo possibile** in funzione del problema del paziente; in caso di ematuria dovrà garantire il flusso. La scelta del materiale del catetere va fatta secondo le indicazioni e lo scopo del cateterismo.

I sistemi di drenaggio urinario sono costituiti da un catetere, una sacca di drenaggio e un circuito. Le caratteristiche principali del catetere sono:

- il diametro esterno (calibro)
- il numero di vie
- il materiale e la consistenza
- la forma e le caratteristiche dell'estremità prossimale

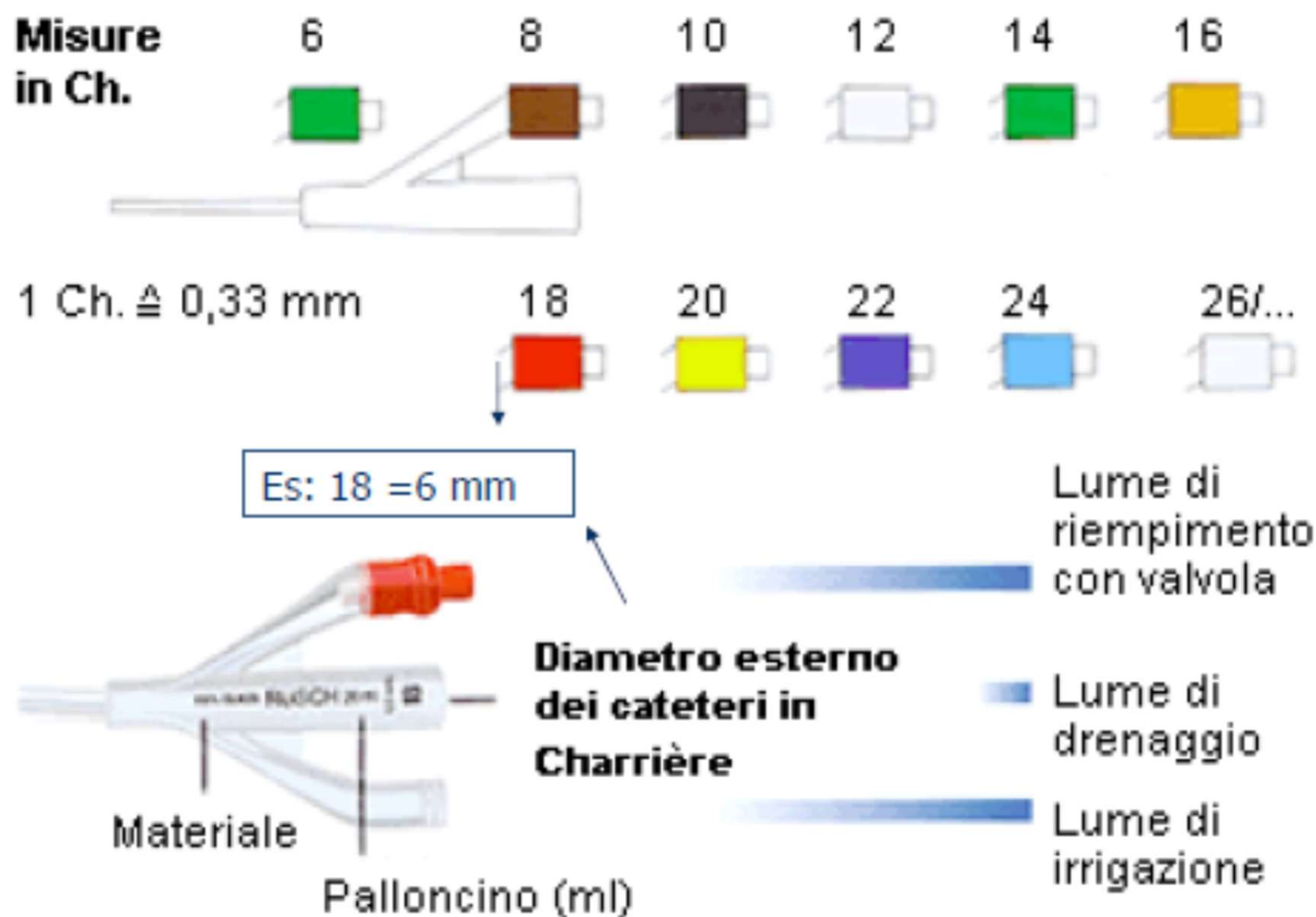
Scelta del catetere: calibro

- L'unità di misura del catetere è la scala di Charrière (1 Ch = 1/3 di mm) e corrisponde al diametro esterno del catetere stesso.
- Deve essere minore possibile (tenendo conto dello scopo) per non traumatizzare la mucosa uretrale

Indicazioni generali per la scelta del CV in funzione del calibro

Dimensioni del diametro sulla base della scala di Charrière	Dimensioni del diametro in mm	Indicazioni generali
12-14 CH	4-4,7 mm	cateterismo provvisorio
12-16 CH	4 mm-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

Unità di misura catetere Charrière



ASSOCIAZIONE INFERMIERI DI UROLOGIA

- Non utilizzare il cateterismo vescicale in assenza di specifica indicazione. Se indispensabile, attenersi alle linee guida in materia di scelta dei presidi, procedura di inserzione, gestione, precoce rimozione ed educazione al paziente.
- Non praticare cateterismo vescicale con presidi in lattice e a due vie, di calibro inferiore a **22 ch per gli uomini** e **20 ch per le donne**, in pazienti con **diagnosi sospetta e/o accertata di macroematuria.**



Numero di vie

- I cateteri possono essere a una, due o tre vie.
 - cateteri a una via: sono utilizzati solo in caso di cateterismo a breve permanenza.
 - cateteri a due vie: una favorisce il deflusso delle urine, l'altra, dotata di valvola, permette la distensione di un palloncino in vescica che conferisce stabilità al dispositivo.
 - catetere a tre vie: sono utilizzati nei casi in cui è necessario irrigare la vescica.



Scelta del catetere: materiale e consistenza

La scelta del catetere deve considerare almeno 2 importanti fattori:

il tempo di permanenza previsto

le caratteristiche fisiche e di patologia del paziente

Esistono diversi tipi di catetere che possono essere schematicamente suddivisi in:

cateteri urologici vescicali a permanenza o Foley

cateteri urologici vescicali a intermittenza

I cateteri Foley, utilizzati sia nell'assistenza ospedaliera che domiciliare ogni qualvolta ci sia bisogno di un catetere a permanenza, sono tenuti in sede da un palloncino che deve essere riempito di soluzione fisiologica dopo l'inserimento.

LATTICE SILICONATO: Catetere vescicale foley a due vie realizzato in lattice siliconato. Risulta morbido, flessibile ed economico: ideale per i cateterismi a breve termine (7-14 giorni). Generalmente il catetere vescicale in lattice è classificato IIA, per cui è previsto un tempo di permanenza massimo non superiore ai 28 giorni.



SILICONATO CON ANIMA IN LATTICE: silicone internamente ed esternamente, anima in lattice, per media lunga permanenza (14-28 giorni), Classe II A, colore azzurro.

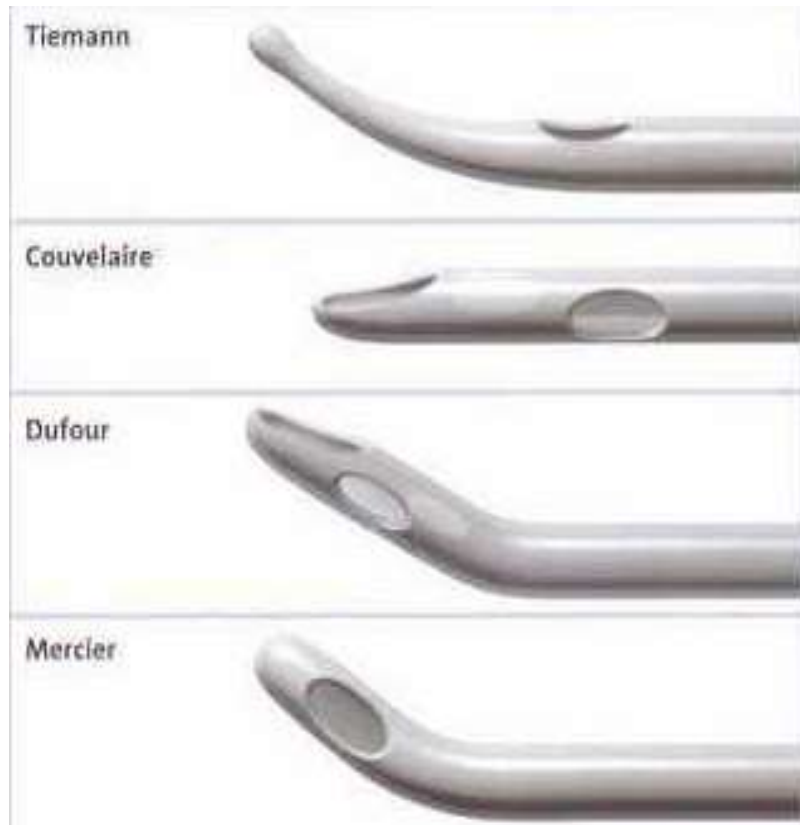


SILICONE: meno flessibile del lattice, è considerato maggiormente biocompatibile. Consigliato per i pazienti con allergia al lattice, il silicone è indicato per cateteri a lungo termine (12 settimane). Il catetere vescicale in silicone è generalmente classificato 2B, per cui è previsto un tempo di permanenza superiore ai 30 giorni.



PVC: utilizzato principalmente per la fabbricazione dei cateteri a breve termine, in particolare per il cateterismo ad intermittenza (sono rigidi e senza il palloncino di fissaggio) e nel post operatorio urologico (a tre vie con palloncino).

Estremità prossimale del CV



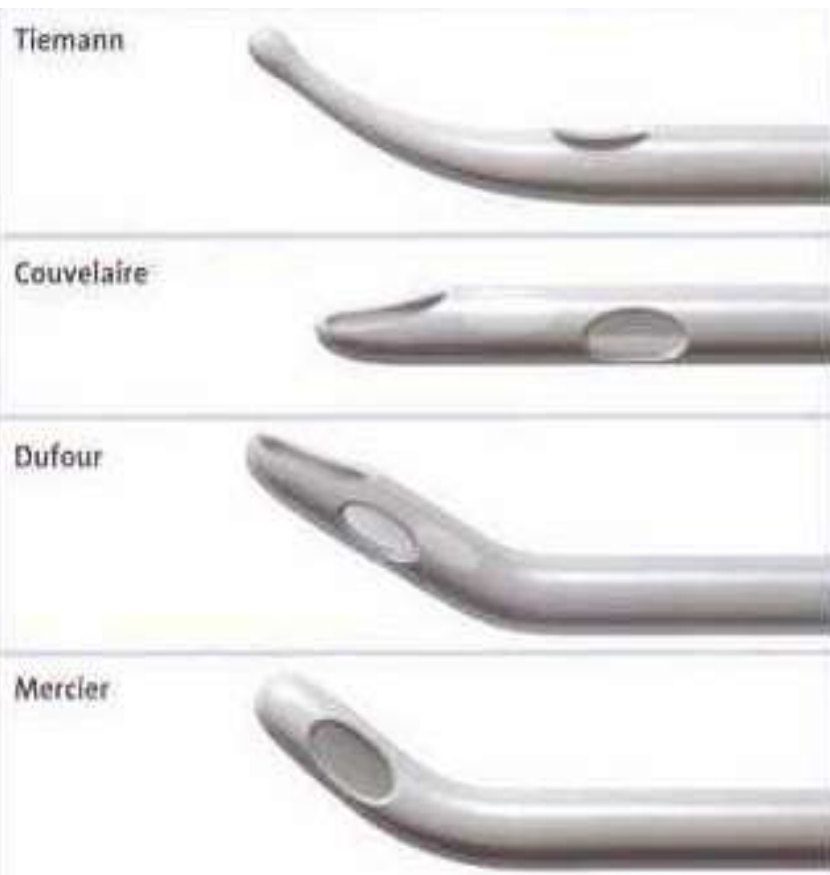
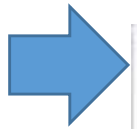
Il catetere **standard** è quello di **Nelaton** con l'estremità prossimale arrotondata e rettilinea. E' dotato di uno o 2 fori di drenaggio contrapposti. Catetere più frequentemente utilizzato.

Nelaton



Il catetere di **Tiemann** (semirigido) è indicato per gli uomini con un restringimento dell'uretra.

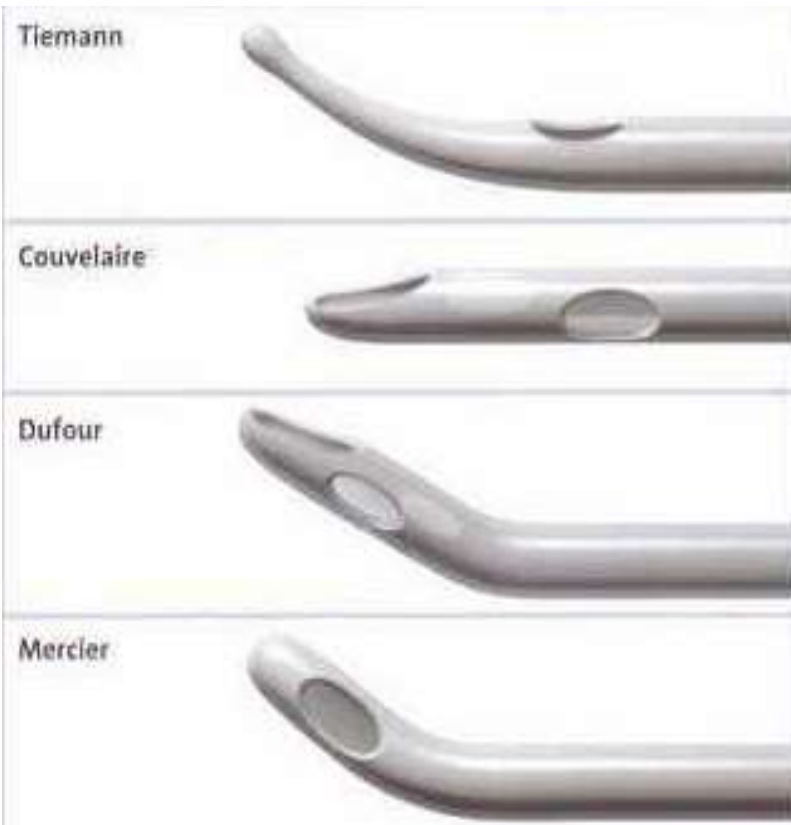
L'estremità ha forma conica e può essere rettilinea (catetere conicolivare) oppure può avere un'angolatura di 30°.



Nelaton



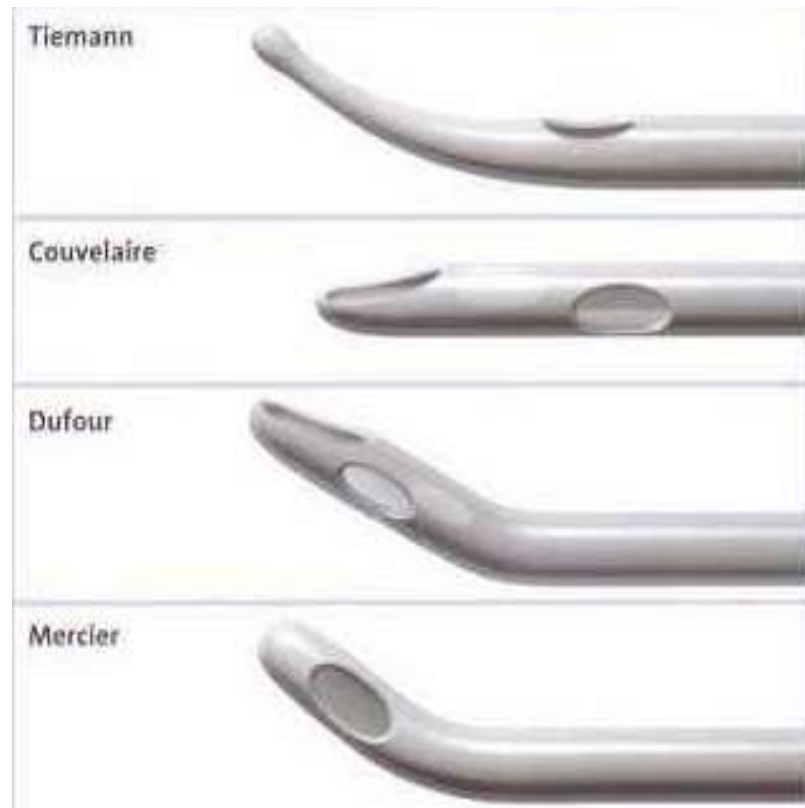
Il catetere di **Couvelaire** si utilizza in caso di emorragia vescicale o dopo intervento chirurgico urologico perché garantisce un buon drenaggio. La struttura può essere rigida o semirigida e all'estremità ha un foro a becco di flauto e 2 fori laterali.



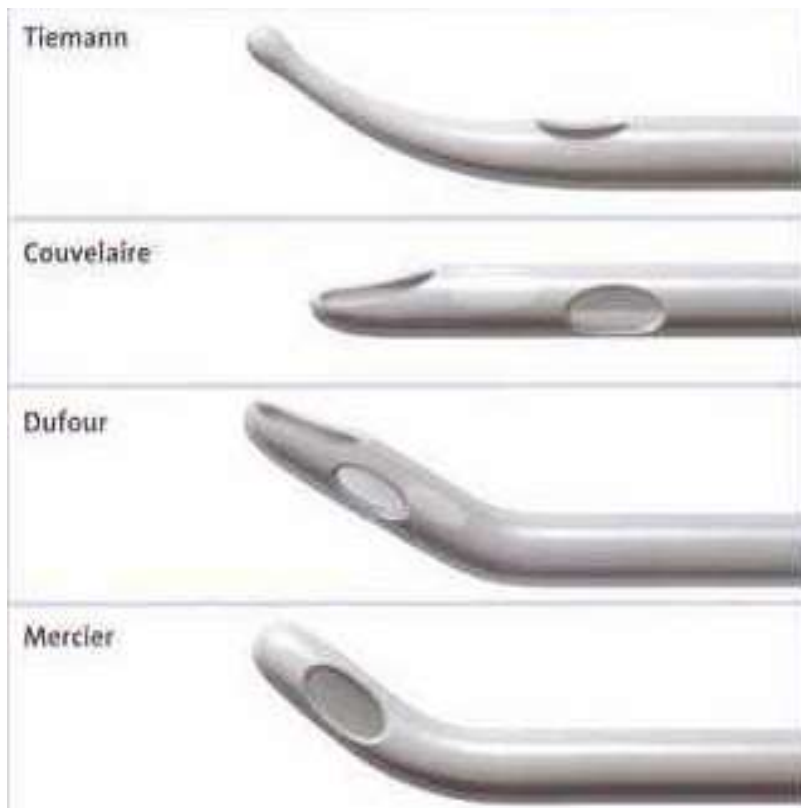
Nelaton



Il catetere di **Dufour** (semirigido, autostatico) è a 3 vie. La punta ha una curvatura di 30°, è a becco di flauto con 2 fori laterali contrapposti. Viene utilizzato in caso di ematuria importante.



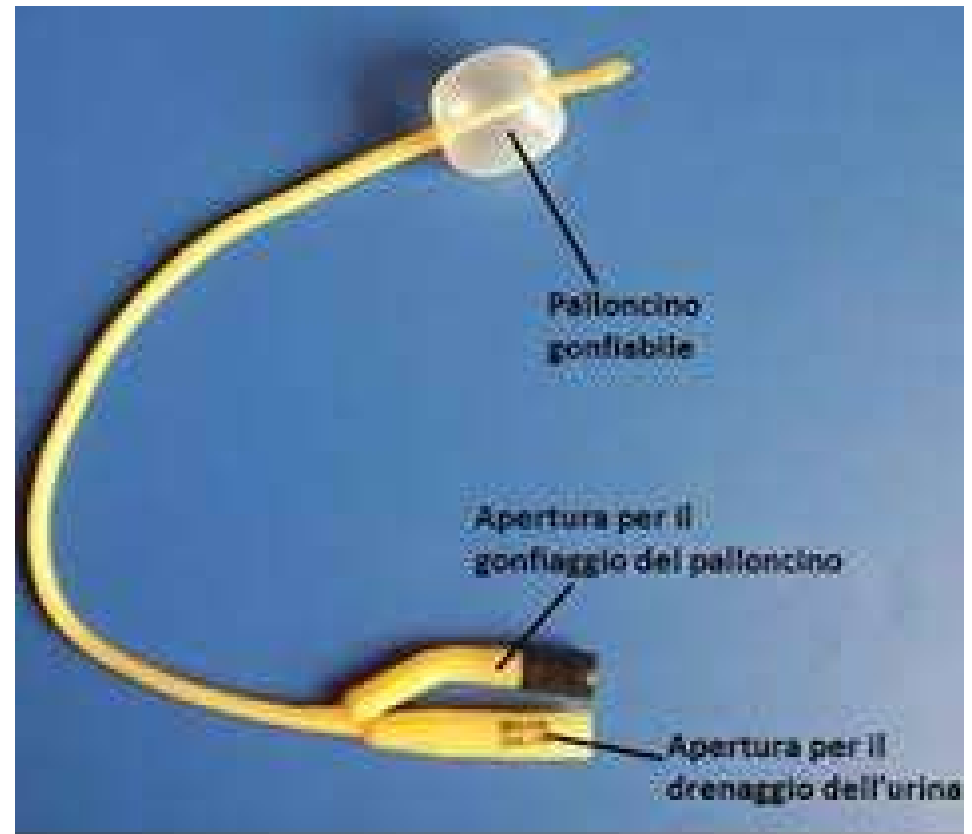
Nelaton



- Il catetere di **Mercier** (semirigido) ha la punta arrotondata con un angolatura di 30-45° e uno o 2 fori di drenaggio. L'angolo serve per favorire l'introduzione nell'uretra membranosa o prostatica. E' usato principalmente in caso di ritenzione urinaria da ipertrofia prostatica.

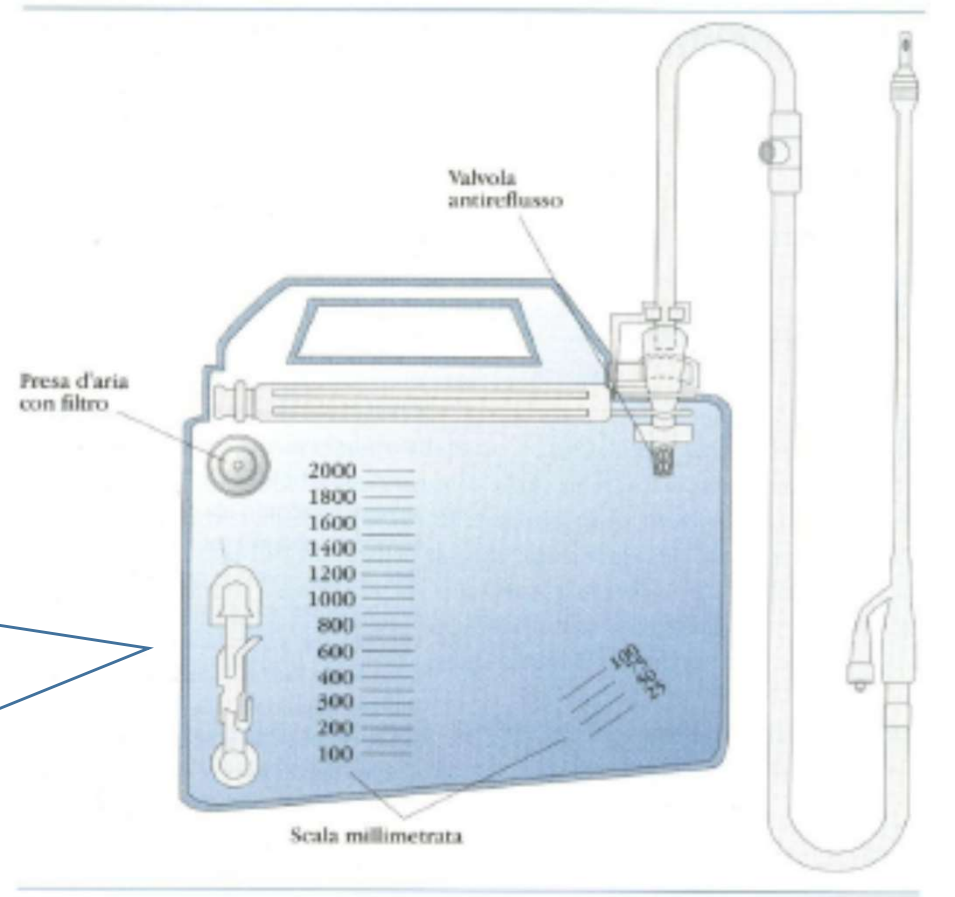
Il **catetere di Foley** ha all'estremità distale un palloncino gonfiabile che ne permette l'ancoraggio in vescica. Il palloncino va gonfiato convenzionalmente con 8-10 ml di soluzione fisiologica sterile.

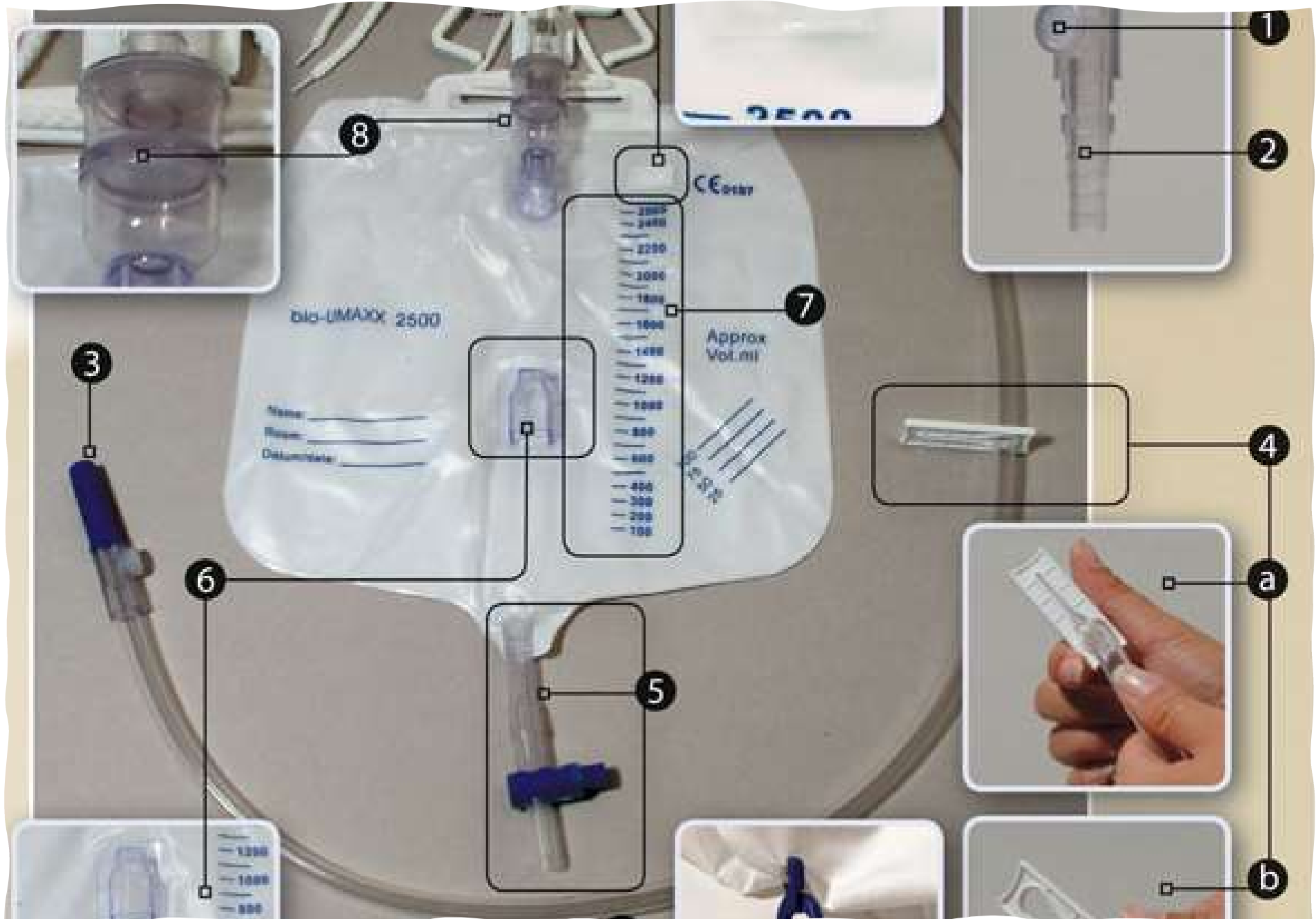
La quantità precisa di liquido per il cuffiaggio è riportata nella confezione del presidio stesso e può variare dalla quantità convenzionalmente utilizzata.



Sacca di raccolta

Per garantire l'assenza di contaminazioni bisogna utilizzare il drenaggio a circuito chiuso, cioè il catetere va connesso alla sacca per la raccolta delle urine al momento del cateterismo e non deve mai essere disconnesso.





periodico della vescica. questo sistema è da preferire nei pazienti non allettati e autonomi dal momento che evita l'ingombro della sacca:



SACCA PER CATETERISMI A BREVE TERMINE:

Per cateterismi di breve durata (presumibilmente non superiore a una settimana) come ad es. per parto, intervento chirurgico utilizzare sacche a circuito chiuso sterili, con rubinetto di scarico e valvola antireflusso, ma senza punto prelievo.

SACCHE PER
Per cateterismi a
chiuso, sterili,
rubinetto



CATETERISMI A MEDIO E LUNGO TERMINE:

medio e lungo termine (superiore a 1 settimana) utilizzare sacche a circuito con valvola antireflusso. Dotate di punto prelievo senza ago e alloggio per svuotamento. Per lo svuotamento utilizzare gli appositi svuota sacca.

SACCHE SATELLITE DI SVUOTAMENTO MONOUSO:

Sacche di svuotamento, da utilizzare al fine di ridurre gli incidenti professionali da imbrattamento e l'inquinamento del rubinetto di svuotamento

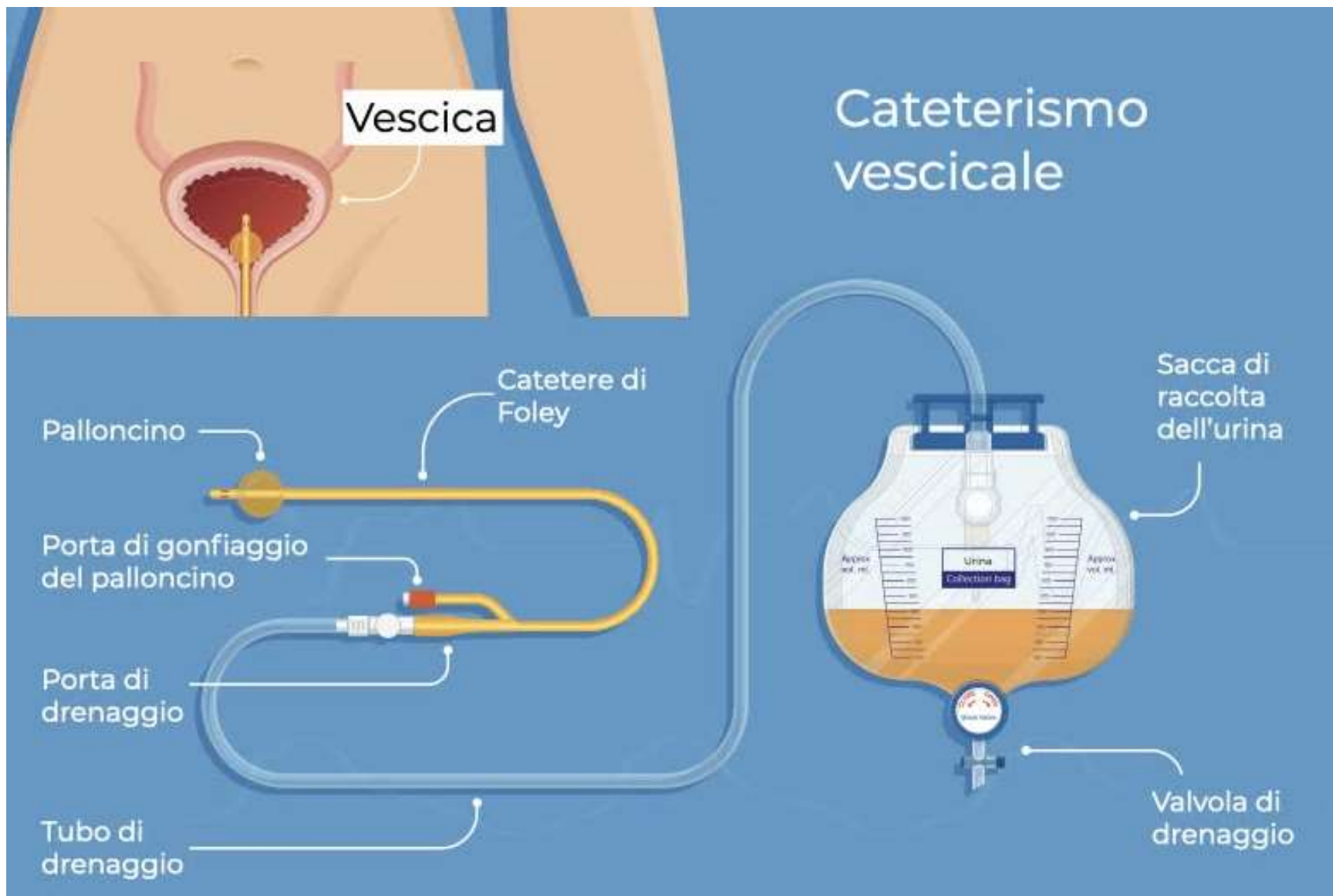


SISTEMA DI CONTROLLO DIURESIS ORARIA + SACCA SVUOTAMENTO:

Urino metro + sacca svuotamento per il monitoraggio diuresi oraria

VALVOLA CATETERICA UNIDIREZIONALE

Può essere utilizzata con una mano sola e dotata di un meccanismo di chiusura a bottone che la può lasciare in stato di permanente apertura.



SACCA DI RACCOLTA

- La sacca va mantenuta sotto il livello della vescica, deve avere un rubinetto di svuotamento e un dispositivo antireflusso.
- E' necessario non contaminare la sacca e l'ambiente durante lo svuotamento. Per questo **occorre indossare i guanti monouso ed evitare il contatto del rubinetto con il contenitore**. Il paziente deve sapere che è importante non dare strappi alla sacca e non appoggiarla sul pavimento.
- Nei soggetti allettati l'uso della sacca da letto è necessaria, ma diventa scomoda nei soggetti che camminano.
- Per facilitare la vita di relazione nei soggetti con catetere a lunga permanenza si possono utilizzare alcuni presidi, come le sacche da gamba, i tappi e la valvola cateterica.



- **CATETERISMO VESCICALE**

- <https://www.youtube.com/watch?v=YzgXWuElygk> BASI

- <https://www.youtube.com/watch?v=1w0Q9B1P9BM&t=193s> MASCHILE

- <https://www.youtube.com/watch?v=8UYobnhBqGQ> FEMMINILE

Procedura

- Per semplificare la procedura di inserimento si raccomanda di lubrificare il catetere con un lubrificante idrosolubile sterile.
- In caso di cateterismo difficoltoso si consiglia di utilizzare il lubrificante associato a lidocaina (anestetico) così da ridurre il fastidio per il paziente e i rischi di traumi della mucosa uretrale.
- Secondo gli studi disponibili la procedura sterile nel cateterismo a breve permanenza non riduce il rischio di infezioni rispetto alla procedura pulita.
- La procedura di cateterismo vescicale è molto semplice nella donna, dove l'uretra è breve e rettilinea e molto più impegnativa nel maschio. Occorre infatti porre la massima attenzione nello svolgere la manovra per il rischio di lesione dell'uretra, che può favorire infezioni e può portare alla **creazione di false strade** con ripristino problematico del normale percorso anatomico e notevole sofferenza per il paziente.

Materiale:

- carrello o supporto stabile sul quale posizionare tutto il materiale
- contenitore per rifiuti e per rifiuti sanitari
- occhiali protettivi per l'operatore
- guanti puliti
- materiale necessario per l'igiene perineale
- catetere vescicale idoneo per calibro, materiale, consistenza, numero di vie
- sacca di raccolta a circuito chiuso
- cerotto
- **Kit per cateterismo** contenente il seguente materiale sterile in un contenitore rigido sterile all'interno, che può essere utilizzato come bacinella:
 - telino sterile
 - telino fenestrato
 - 2 paia di guanti sterili
 - garze / tamponi
 - pinza sterile
 - antisettico (iodopovidone o clorexidina)
 - lubrificante in siringa
 - siringa da 10 ml preriempita di soluzione fisiologica



Antisepsi dei genitali



DONNA

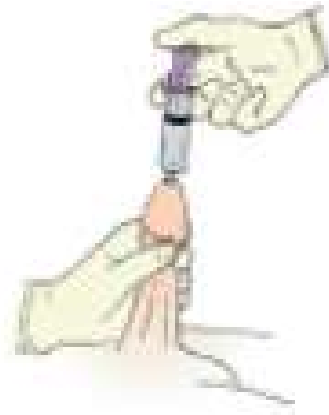
Scoprire e posizionare la paziente in posizione ginecologica.

Preparare il meato, aprire le piccole labbra con la mano non dominante, e con l'altra con tampone e pinza effettuare movimenti dall'alto verso il basso

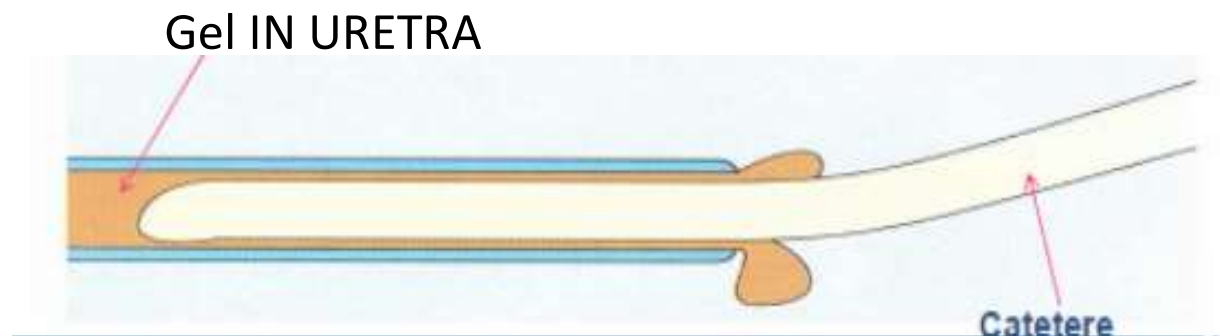


UOMO

Posizionare il paziente supino con le cosce leggermente divaricate. Con la mano non dominante posizionare il pene a 90° rispetto il corpo, retrarre il prepuzio e visualizzare il meato urinario, con il batuffolo effettuare movimenti dall'alto verso il basso in modo circolare

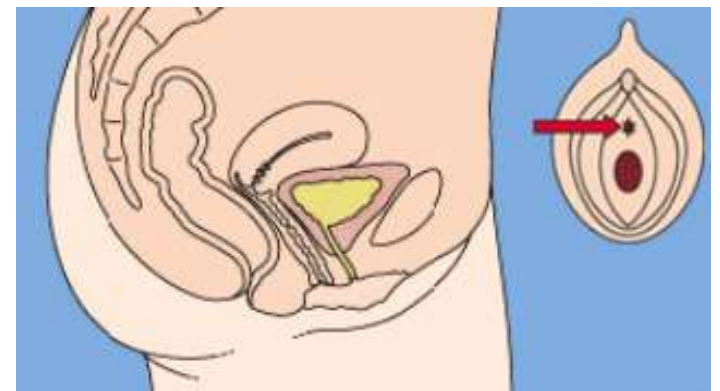
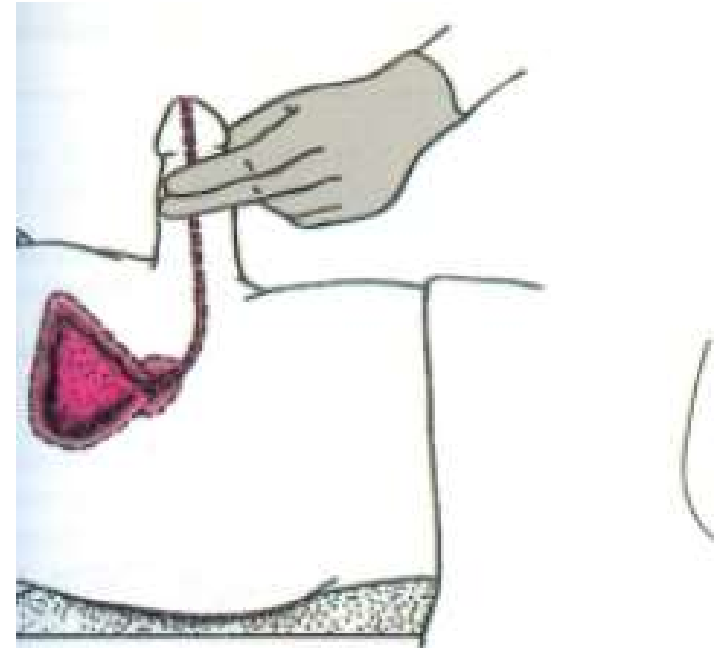


Solo il precedente riempimento dell' uretra con il GEL permette un agevole scorrimento del catetere e una cateterizzazione esente da rischi (il metodo risulta pratico, efficace e sicuro)



Introduzione del catetere

- UOMO: introdurre il cv per 20 cm mantenendo il pene perpendicolare all' addome fino a che vi è resistenza prostatica, successivamente si abbassa il pene e si continua l' inserimento per altri 2,5cm fino a quando vi è la fuoriuscita di urina. (Tenere il pene con angolo di 90° permette la distensione dell' uretra e permette un inserimento non traumatico del cv)
- DONNA: introdurre il Cv nell' uretra per 4-6 cm verso l' alto fino a quando c'è la fuoriuscita di urina



GUIDELINES



Raccomandazioni

- Se l'urina non esce subito, si può provare a schiacciare il catetere un paio di volte. E' possibile che il lubrificante occluda temporaneamente il lume. In alternativa, per verificare che il catetere sia effettivamente in vescica, si può eseguire delicatamente un lavaggio vescicale con soluzione fisiologica sterile (livello IV).
- Se il paziente sente dolore quando si gonfia il palloncino, è probabile che questo sia in uretra e non in vescica. Occorre quindi sgonfiare il palloncino, ritirare il catetere e ricominciare la procedura di inserimento (livello IV).
- Durante l'introduzione del catetere, se si avverte resistenza, ritirare un po' il catetere e ruotarlo sul suo asse, riprovare quindi a farlo avanzare con gradualità e senza forzare (livello IV).
- Il palloncino può essere gonfiato con soluzione fisiologica o distillata. L'uso di soluzione fisiologica non provoca incrostazioni all'interno del palloncino o del circuito (livello IV).

E se l'urina non fuoriesce più?



- Il catetere o il tubo sono attorcigliati o schiacciati?
- Il tubo che porta alla sacca è bloccato?
- La sacca si trova più in basso rispetto al livello della vescica?
- Le cinghie sono fissate correttamente e non bloccano la valvola di apertura della sacca da gamba?
- Provare a cambiare la posizione del catetere o della sacca, per esempio provare a metterla sull'altra gamba.
- Il paziente soffre di stitichezza?
- Il paziente sta bevendo 8 bicchieri di liquidi al giorno?
- Potrebbe essere un problema di sacco? Provare una nuova sacca.

Rimozione CV



- Il catetere deve essere **rimosso appena possibile** per il rischio di infezioni.
- Le infezioni delle vie urinarie coprono dal 20 al 40% di tutte le infezioni ospedaliere e nel 70-80% dei casi.
- E' importante che le infezioni delle vie urinarie vengano trattate correttamente, un trattamento inadeguato può favorire la resistenza batterica.
- Le batteriurie asintomatiche non devono invece essere trattate. Sembra che per prevenire in modo efficace il rischio di infezioni delle vie urinarie convenga procedere con un programma assistenziale che comprenda più interventi (**bundle**) per esempio valutando giornalmente la possibilità di rimozione del catetere, mantenendo la borsa di drenaggio delle urine al di sotto della vescica, utilizzando un sistema sterile a drenaggio chiuso e un sistema di fissaggio per evitare lo spostamento del catetere.

	COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE DISTRETTO 1	Rev.0/2018
	PREVENZIONE INFEZIONI TRATTO URINARIO CORRELATE ASSISTENZA	

BUNDLE 1 INSERIMENTO DEL CATETERE VESCICALE



1. Inserire solo se necessario, considerando tutte le alternative e documentando le motivazioni che portano all'esigenza del posizionamento.



2. Applicare tecniche asettiche prima dell'inserimento del CV: asepsi delle mani



3. Utilizzare il CV del più piccolo calibro possibile e una volta inserito gonfiare il palloncino fino al livello consigliato (tranne che nei casi con indicazioni cliniche diverse).



4. Effettuare la pulizia del meato uretrale con soluzione sterile salina o antisettico e applicare un lubrificante sterile in confezione mono-paziente prima di inserire il CV. (Se disponibile usare Kit sterile di inserimento)



5. Mantenere le tecniche asettiche fino a quando il CV viene connesso al sistema di drenaggio chiuso sterile

	COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE DISTRETTO 1	Rev.0/2018
	PREVENZIONE INFEZIONI TRATTO URINARIO CORRELATE ASSISTENZA	

BUNDLE 2 MANTENIMENTO DEL CATETERE VESCICALE



1. Rivalutare ogni giorno la necessità di mantenere il catetere e rimuovere tempestivamente il device appena non è più necessario.



2. Effettuare l'igiene delle mani prima e dopo ogni manipolazione del catetere e del sistema di drenaggio indipendentemente dall'uso dei guanti.



3. Non rompere il circuito chiuso sterile tranne per chiare e motivate ragioni



4. Effettuare ogni giorno la pulizia del meato uretrale e se il paziente è autonomo informarlo sulla corretta gestione del CV per prevenire il rischio infettivo



5. Mantenere libero il deflusso delle urine: la sacca deve rimanere al disotto del livello della vescica: il rubinetto non deve essere a contatto con altre superfici come ad es. il pavimento



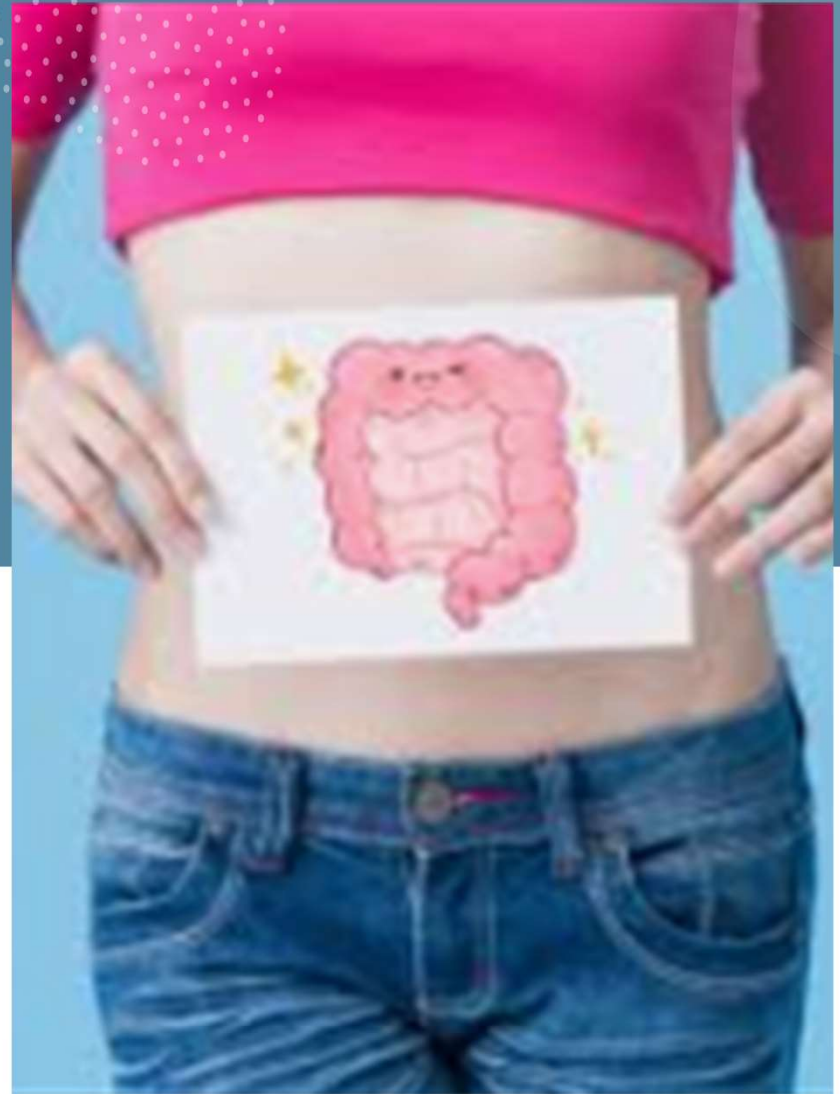
6. La sacca di drenaggio deve essere svuotata utilizzando un contenitore monouso pulito. Se disponibile usare la sacca satellite monouso.



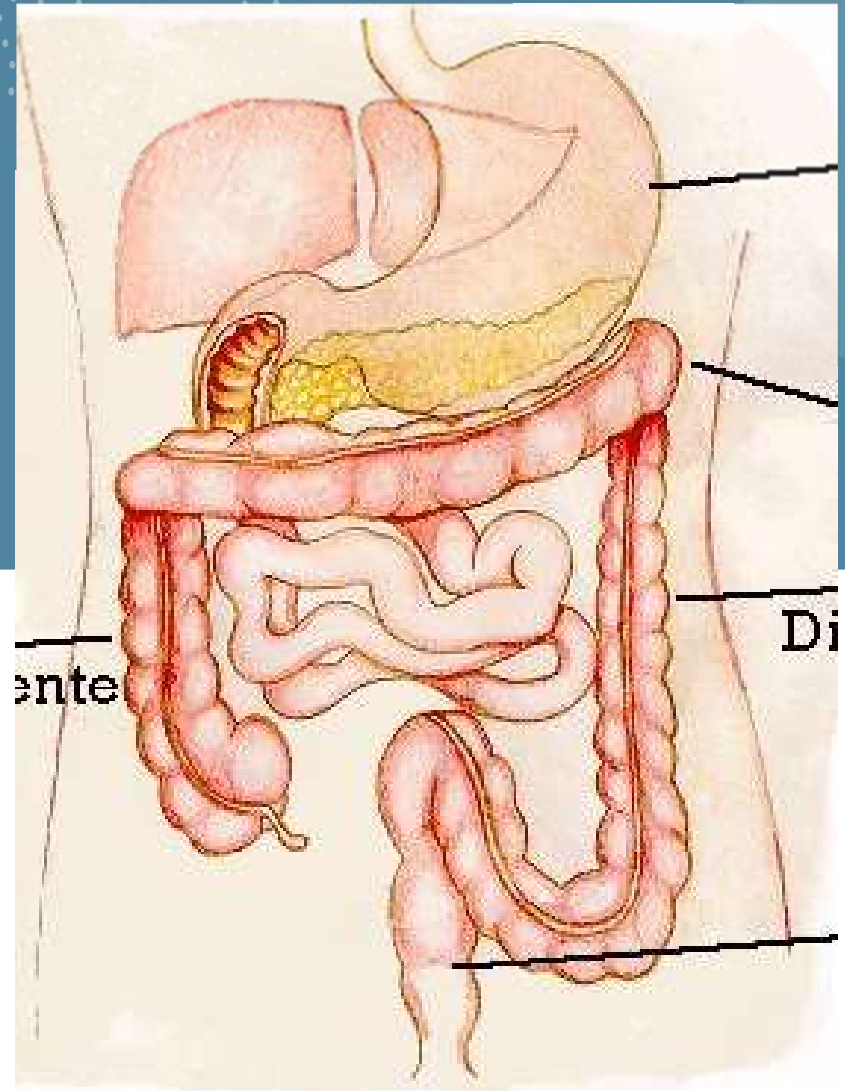
RIMOZIONE CATETERE VESCICALE:

<https://www.youtube.com/watch?v=qXN2jKk2TMQ>

Eliminazione intestinale



Tratto Digerente



Alcuni termini

- **Intestino crasso:** Si estende dalla valvola ileocecale all'ano
- **Retto e canale anale:** è lungo da 10 a 15 cm , la parte distale è il canale anale lungo da 2.5 a 5 cm.
- **Defecazione:** espulsione di feci dal retto attraverso il canale anale, è detta anche eiezione o evacuazione
- **Feci:** sono formate dal 75 % di acqua e il 25 % di materiali solidi
- **Fecalomi :** ammasso di feci dure che si possono formare nell'intestino crasso per trattenimento delle feci stesse all'interno dell'intestino.
- **Melena:** feci di color nerastro per la presenza al loro interno di sangue digerito.
- **Tenesmo rettale:** condizione medica caratterizzata da una contrazione spasmodica e spesso associata a dolore , dello sfintere anale e accompagnata da un continuo stimolo a evacuare, anche senza emissione di materiale o con emissione di materiale fecale in modica quantità.

TABELLA 41.1 Caratteristiche delle feci normali e anormali

Caratteristica	Normale	Anormale	Causa possibile
Colore	Adulto: marrone Lattante: giallo	Argilla o bianco Nero o catramoso Rosso Pallido Arancione o verde	Assenza di pigmenti biliari (ostruzione biliare); esame diagnostico con utilizzo di bario Farmaci (per es., ferro); sanguinamento dal tratto gastrointestinale alto (per es., stomaco, intestino tenue); dieta con molta carne rossa e verdura verde scuro (per es., spinaci) Sanguinamento dal tratto intestinale basso (per es., retto); alcuni cibi (per es., barbabietole) Malassorbimento dei grassi; dieta ricca in latte e latticini e povera in carne Infezione intestinale
Consistenza	Formate, molli, semisolide, umide	Dure, secche Diarrea	Disidratazione; diminuzione della motilità intestinale da mancanza di fibre nella dieta, mancanza di esercizio fisico, disturbi emotivi, abuso di lassativi Aumento della motilità intestinale (per es., irritazione del colon causata da batteri)
Forma	Cilindrica (contorno del retto) con diametro di circa 2,5 cm negli adulti	Sottili, a forma di matita o di stringa	Condizione ostruttiva del retto
Quantità Odore	Varia con la dieta (circa 100–400 g/die) Aromatico: influenzato dal cibo ingerito e dalla flora batterica intestinale	Pungente	Infezione, sangue
Costituenti	Piccole quantità di fibre non digerite, batteri e cellule epiteliali desquamate, grassi, proteine, costituenti secchi dei succhi digestivi (per es., pigmenti biliari, materia inorganica)	Pus Parassiti Sangue Grandi quantità di grasso Corpi estranei	Muco Infezione batterica Condizione d'infiammazione Sanguinamento gastrointestinale Malassorbimento Ingestione accidentale



ESPLORAZIONE RETTALE

Quando si esegue?

Esplorazione rettale

COSA RILEVA:

- l'estensione e la circonferenza del canale anale
- l'anello ano-rettale
- Constatare il contenuto dell'ampolla rettale, es. la presenza di residui di sangue, muco, pus, emorroidi, ragadi, tipologia di feci.

SCOPO:

- Per valutare la tonicità dello sfintere anale
- Per l'individuazione di fecalomi e la rottura degli stessi
- Valutare la presenza di sangue o muco nell'ampolla rettale a scopo di indirizzo diagnostico.



Esplorazione rettale

- Materiale necessario: guanti monouso, lubrificante idrosolubile, dispositivi per garantire la privacy (paravento..), telini monouso o traverse, padella o comoda se la persona è allettata o posizionarsi vicino a un servizio igienico, occorrente per l'igiene intima se la persona è allettata o da aiutare
- Posizione: persona sdraiata su un fianco sx con entrambe le ginocchia flesse in avanti o in posizione ginecologica in base alle condizioni cliniche del paziente.
- Ispezione cute perianale (ev. escoriazioni, emorroidi, sanguinamento etc.)

Rimozione di un fecaloma

"ammasso di [feci](#) dure che si possono formare nell'[intestino crasso](#) per trattenimento delle feci stesse all'interno dell'intestino. "

FATTORI FAVORENTI:

- ❖ Alterazioni del riflesso della defecazione e le feci possono essere trattenute nell'ampolla rettale es. nell'anziano, in patologie specifiche di demenza, patologie neurologiche
- ❖ Riduzione peristalsi
- ❖ Disidratazione
- ❖ Alimentazione inadeguata



Esplorazione rettale e rimozione fecaloma:

<https://www.youtube.com/watch?v=-Vr6vZVqDDw>

Enteroclisma

Si definisce enteroclisma o clistere l'introduzione di acqua o soluzioni nell'intestino, attraverso il retto.

La manovra può essere attuata sia per favorire l'evacuazione in utenti con stipsi sia per introdurre farmaci o altro nell'intestino.

Si distinguono pertanto in:

- clistere evacuativo
- clistere terapeutico
- clistere diagnostico

Nel clistere evacuativo l'introduzione dell'acqua tiepida stimola la peristalsi intestinale e consente l'ammorbidimento della massa fecale



Enteroclisma

Per l'esecuzione di un enteroclisma è necessaria la prescrizione medica. Quest'ultima deve contenere:

- tipologia (evacuativo o medicamentoso)
- modalità di somministrazione (a grande o piccolo volume)

Protocolli condivisi (RSA) : i protocolli sono schemi predefiniti di comportamento diagnostico-terapeutico e fanno riferimento a sequenze procedurali abbastanza prescrittive. Sono strumenti rigidi che indicano la sequenza di azioni che permette di raggiungere un determinato obiettivo.

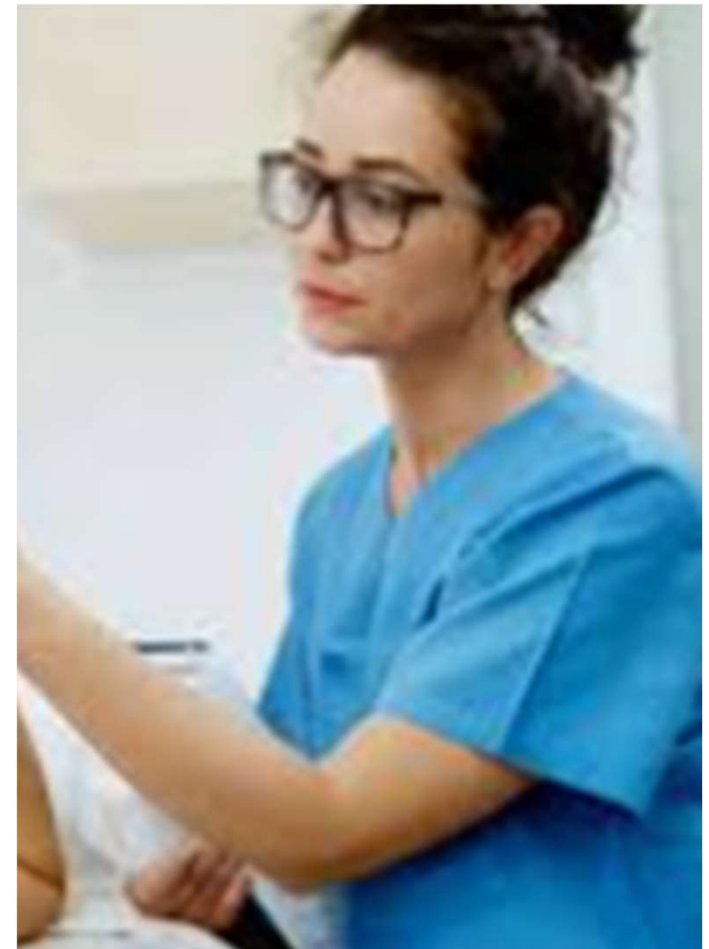


Accertamento:

- Accertare la “storia” attuale e remota di eliminazione dell’utente
- Patologie pregresse
- Esame fisico, ad esempio se presenti emorroidi importanti
- Confrontare i dati rilevati con la prescrizione medica e determinare lo **scopo del clistere**

Assicurarsi che l’utente:

- Abbia compreso lo scopo del clistere
- Sappia in che cosa consiste la procedura
- Individui che cosa lo potrà aiutare durante e dopo la procedura



Enteroclisma: Indicazioni

- Alleviare la presenza di gas, la costipazione (stipsi) o i fecalomi
- Preparazione per esami diagnostici radiologici e endoscopici nei quali è necessario ottenere una pulizia dell'intestino crasso dalle feci e per poter osservare la mucosa (esame endoscopico) o indirettamente (esame radiologico)
- Applicazione di farmaci direttamente sulla mucosa dell'intestino crasso in caso di patologie infiammatorie intestinali





Attento controllo e sorveglianza del paziente durante l'esecuzione dell'esame e nel post

- Se durante l'introduzione si incontra resistenza alla progressione della cannula **non esercitare forza** ma togliere e lubrificare nuovamente
- se l'utente riferisce crampi **arrestare temporaneamente la somministrazione e controllare sia la temperatura che la velocità d'infusione**
- Invitare l'utente a trattenere il più possibile soprattutto se è un clistere medicamentoso



Controllare con l'esame clinico durante e dopo l'enteroclisma

- Se l'utente, durante l'esecuzione, avverte lo stimolo alla defecazione invitarlo a trattenere arrestando l'infusione (comprimere le natiche l'una all'altra);
 - Invitare l'utente ad eseguire variazioni di decubito per favorire la ritenzione del liquido
 - Al termine del periodo di tempo invitare l'utente ad evacuare.
 - L'infermiere registrerà il tipo di clistere eseguito ed eventuali osservazioni sulle feci



Precauzioni

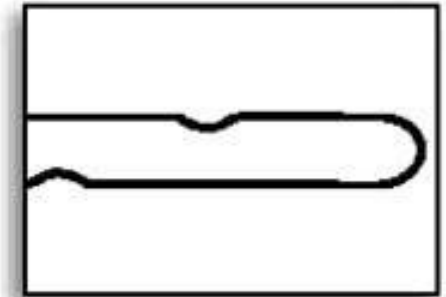
Porre particolare attenzione all'effettuazione dell'enteroclisma in persone:

- con patologia infiammatoria a carico dell'intestino (diverticolite, colite...) poiché il clistere può provocare irritazione della mucosa
 - nelle quali è difficile la visualizzazione dell'ano a causa della presenza di emorroidi, edema o lesioni del perineo
 - anziane o affette da cardiopatia (i riflessi vaso-vagali prodotti dalla distensione del retto possono causare gravi disturbi cardiaci)
- possono aver luogo delle abrasioni o perforazioni della mucosa se la sonda rettale viene inserita troppo profondamente, se il liquido viene introdotto con eccessiva pressione, se il liquido viene introdotto mentre la persona è in posizione seduta

Controindicazioni

- l'enteroclisma NON va realizzato in persone affette da patologie acute a carico dell'intestino (es: appendicite, peritonite...)

Clistere a grande volume



SONDA RETTALE



Clistere di grandi volumi

Distendono la parete rettale ed attivano il riflesso della defecazione.

Vengono eseguiti per:

- Trattamento della stipsi
- Preparazione per un intervento chirurgico
- Preparazione per un esame diagnostico (colonscopia)
- Evacuazione di feci in pazienti plegici e/o anziani ed epatopatici;
- Somm.ne di farmaci

Clistere a
piccolo
volume



Clistere a piccolo volume

Indicazioni e peculiarità:

- Sodio – Fosfato (soluzione ipertonica) 120 ml → lassativo osmotico
- Clisma monouso per il trattamento della stitichezza associata a dolori addominali, gonfiore e difficoltà di evacuazione
- Preparati commerciali
- Come adiuvante alla terapia lassativa orale
- Rapida evacuazione: effetti dopo 5-10 min dalla somministrazione
- Sono monouso



Preparazione intestinale per Colonscopia Selg/Isocolan (protocollo aziendale)

- Il giorno precedente l'esame eseguire la preparazione intestinale con **SELG-ESSE 1000 /ISOCOLAN**
- Pranzo leggero
- Sciogliere 2 buste di SELG-ESSE 1000 in 2 litri d'acqua (se ISOCOLAN 4 buste) e bere dalle ore 14.00 alle 16.00 la soluzione così ottenuta (2 bicchieri ogni 15 minuti)
- Dalle 19.00 alle 21.00 bere altri 2 litri di soluzione preparata allo stesso modo
- Cena liquida con brodo, the, camomilla
- Digiuno dalla mezzanotte