



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

Guida all'autocateterismo vescicale.



Booklets

Una guida per i pazienti

Per migliorare il grado di informazione dei pazienti su alcuni importanti argomenti (quali ad esempio le terapie svolte, l'alimentazione da seguire e gli esercizi di riabilitazione) lo IEO pubblica questa collana di booklets per i pazienti.

Questa guida è stata realizzata per fornire ai pazienti e ai loro famigliari alcune informazioni, nella speranza che ciò possa essere d'aiuto.

Le informazioni qui contenute non potranno certo sostituire il colloquio diretto: Vi invitiamo pertanto ad esporre liberamente e senza timore ogni eventuale dubbio al personale del Reparto.

*Leonardo la Pietra
Direttore Sanitario
Presidente del Comitato Educazione Sanitaria*



Introduzione

L'intervento chirurgico di "isterectomia radicale" (cioè di asportazione totale dell'utero insieme ai suoi legamenti, detti parametri, che lo sospendono al centro del bacino), comporta abitualmente un ritardato ripristino della normale funzionalità vescicale con difficoltà ad urinare spontaneamente. Questo ritardo non è una "complicanza" dell'intervento ma una "normale sequela" al trattamento chirurgico stesso che, proprio per la sua radicalità, necessaria per la cura della sua malattia, comporta una parziale interruzione di alcune fibre nervose che decorrono nei legamenti che circondano l'utero, destinate alla vescica ed in parte al retto. Queste fibre nervose sono sia sensitive, che ci avvertono di quando la vescica è sufficientemente piena di urina (stimolo minzionale), sia motorie, cioè in grado di comandare al muscolo della vescica, detto detrusore, di contrarsi e svuotare la vescica stessa (minzione).

I tempi di recupero della normale funzionalità vescicale possono oscillare ampiamente, da pochi giorni, fino a più di 30 giorni.

Ciò dipende in gran parte dalla "radicalità" dell'intervento chirurgico effettuato, cioè da quanto più o meno estesamente si sono dovuti asportare i legamenti dell'utero. Generalmente si normalizza dapprima la capacità motoria di svuotare la vescica (minzione) e solo successivamente quella sensitiva relativa allo stimolo minzionale.

Durante i primi giorni dopo l'intervento (generalmente 2-3 giorni), viene lasciato in vescica un catetere morbido (posizionato in sala operatoria, dopo l'induzione dell'anestesia, onde evitare ogni disagio), allo scopo di far riposare i tessuti interessati dalla chirurgia. Successivamente, rimosso questo catetere, occorre valutare la capacità della vescica di svuotarsi autonomamente, controllando ad intervalli regolari di tempo di due/tre

ore al massimo, la quantità di urina che rimane in vescica, dopo la minzione spontanea. Tale procedura viene effettuata inizialmente con l'aiuto dell'Infermiera e, successivamente, in modo autonomo (autocateterismo). È necessario riportare per iscritto, su un apposito foglio (compilazione del diario minzionale), la quantità di urina che si riesce a mingere spontaneamente, misurandola con un apposito calice graduato, e la quantità di urina che viene successivamente rimossa dalla vescica con la procedura dell'autocateterismo.

L'autocateterismo ad intermittenza permette di:

- Ridurre i disagi causati dalla presenza del catetere vescicale a permanenza posizionato in sala operatoria;
- Ripristinare il più rapidamente possibile la ripresa della normale funzionalità vescicale;
- Evitare “distensioni” vescicali da riempimenti eccessivi di urina che, causando distrazioni delle fibre del muscolo detrusore della vescica, impediscono un'appropriata contrazione con completo svuotamento della vescica stessa;
- Prevenire il rischio di infezioni alle vie urinarie (cistite) causate da residui di urina in vescica.



Modalità dell'autocaterismo vescicale

Nella giornata in cui viene rimosso il catetere vescicale, occorre bere in discreta quantità: assumere almeno uno o due bicchieri di acqua od altre bevande (the, camomilla, ecc.) ad ogni ora, nella fascia di tempo compresa tra le ore 8.00 e le ore 16.00.

- 1 Al mattino, alle ore 8.00, recarsi in bagno e cercare di urinare spontaneamente, anche in assenza completa dello stimolo minzionale, aprendo il rubinetto dell'acqua ed esercitando una moderata pressione con le mani a livello della porzione inferiore della parete addominale, posizionando la padella sopra il water. Al termine della minzione spontanea versare il contenuto della padella nel calice graduato e scrivere il quantitativo di urina, espresso in ml, sul diario minzionale.
- 2 Eseguire l'igiene intima con sapone delicato.
- 3 Lavare accuratamente le mani con il sapone.
- 4 Preparare il materiale per l'autocaterismo: catetere lubrificato e garza o batuffolo sterile imbevuto di disinfettante (ad esempio di Tantum Rosa od Euclorina).

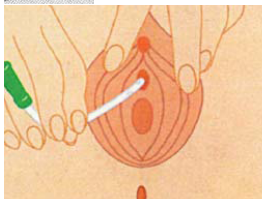


- 5 Assumere una posizione comoda, divaricare bene le gambe per facilitare l'individuazione del meato uretrale esterno, servendosi dell'ausilio di uno specchio, e posizionare la padella in modo appropriato da consentire di raccogliervi l'urina che uscirà dal catetere.



6 Disinfettare nel punto in cui si inserisce il catetere.

7 Allargare e sollevare leggermente verso l'alto le labbra della vulva con l'indice ed il medio di una mano, così da vedere nello specchio l'orifizio urinario.



8 Con l'altra mano introdurre delicatamente il catetere nell'uretra, spingendolo lentamente all'interno finchè non si osserva defluire l'urina dall'estremità esterna del catetere. Quando l'urina ha cessato di defluire, ritirare all'esterno il catetere procedendo lentamente in modo che fuoriescano anche le ultime gocce di urina: è importante svuotare completamente la vescica ad ogni cateterismo.

9 Gettare ora il catetere monouso.

10 Al termine versare il contenuto della padella nel calice graduato e scrivere il quantitativo di urina raccolto sul diario delle minzioni.



Ulteriori raccomandazioni

È importante evitare sovradistensioni vescicali: occorre cioè non lasciare mai riempire la vescica con più di 300-350 ml di urina complessiva, risultante dalla somma di quella della minzione spontanea e di quella dell'autocatereterismo.

Esempi da evitare: 50 ml di minzione spontanea + 400 ml di ristagno endovescicale = 450ml di urina complessiva, oppure:

200 ml di minzione spontanea + 300 ml di ristagno endovescicale = 500 ml di urina complessiva).

- Durante tutto il periodo dell'autocatereterismo deve essere assunto profilatticamente un antibiotico disinfettante delle vie urinarie onde ridurre il rischio di cistite.
- L'autocatereterismo deve essere continuato fino al riscontro di ristagni vescicali nella norma, generalmente inferiori o uguali a 50 ml di urina.
- È opportuno infine, dopo la sospensione dell'autocatereterismo, urinare spontaneamente, durante il giorno, ad intervalli di tempo regolari, non superiori alle tre ore, anche in assenza dello stimolo minzionale (minzione ad orologio), per almeno ulteriori due settimane

Come procurarsi i cateteri per eliminare il ristagno vescicale

Al momento della dimissione dalla divisione di ginecologia, le verrà indicato sulla relazione di dimissione il tipo e il calibro di catetere vescicale istantaneo a lubrificazione stratificata integrale che userà a domicilio per eseguire l'autocateterismo. Le verrà anche rilasciato il:

- Modello 03 e il Programma Terapeutico da presentare presso l'ufficio apposito della propria ASL per poter disporre gratuitamente dei cateteri.

I cateteri per legge vengono forniti dall'ASL senza alcun onere economico e possono essere ritirati in qualsiasi farmacia pubblica. I cateteri vengono forniti in base al Nomenclatore Tariffario delle Protesi che stabilisce le quantità prescrivibili secondo il piano riabilitativo prescritto dal chirurgo.



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IEO Booklets

- 1 Smettere di fumare
- 2 La radioterapia
- 3 Gestione della PEG
- 4 Lavaggio Port
- 5 La stomatite
- 6 Il drenaggio
- 7 Preparazione all'intervento chirurgico
- 8 Derivazione urinaria - Indiana Pouch
- 9 Neovescica ileale ortotopica
- 10 Laringectomia
- 11 Gestione delle urostomie
- 12 Igiene e cura della cannula per il paziente sottoposto ad tracheostomia
- 13 Il port
- 14 La nausea ed il vomito
- 15 Linfedema agli arti superiori
- 16 Agobiopsia mammaria (Tru Cut)
- 17 Guida all'autocatereterismo
- 18 Riabilitazione della deglutizione dopo chirurgia oro - faringea
- 19 Radiologia Interventistica
- 20 Codice rosso: il paziente in isolamento totale
- 21 Terapia radiante della pelvi e nutrizione
- 22 Neovescica ileale e nutrizione
- 23 Riabilitazione motoria dopo interventi di Chirurgia Cervico Facciale
- 24 Preparazione e conservazione degli alimenti
- 25 Codice Rosso: Isolamento totale per visitatori
- 26 Codice Giallo: Isolamento parziale
- 27 Codice Rosso: Isolamento totale
- 28 Alimentazione nel periodo di isolamento per i pazienti
- 29 Codice Giallo: Isolamento parziale per i visitatori
- 30 La ricostruzione mammaria
- 31 Il ricovero in Senologia
- 32 Il ritorno a casa
- 33 Gestione della digiunostomia nutrizionale
- 34 Il trattamento del dolore postoperatorio
- 35 La nutrizione durante il trattamento oncologico
- 36 Returning Home a Guide for patients
- 37 La salute dei denti e della bocca nel paziente oncologico
- 38 Riabilitazione motoria dopo intervento chirurgico al seno
- 39 Novità nello screening cervicale
- 40 Riabilitazione motoria dopo biopsia del linfonodo sentinella

Per ulteriori informazioni
www.ieo.it

- 41 La radioterapia esterna in senologia
- 42 La biopsia al linfonodo sentinella
- 43 Promemoria intervento cervicale di laserconizzazione o LEEP
- 44 Nuove metodiche di radioterapia intraoperatoria in senologia
- 45 Biopsia linfonodo sentinella in anestesia locale
- 46 Studi pre-chirurgici di farmacoprevenzione in senologia
- 47 Promemoria intervento laser cervicale
- 48 Il ricovero in terapia intensiva
- 49 L'ormonoterapia e la terapia biologica
- 50 Informazioni sullo schema di Chemioterapia Ibrido
- 51 Informazioni sullo schema di terapia Rituximab
- 52 Informazioni sullo schema di Chemioterapia Chop
- 53 Informazioni sullo schema di Chemioterapia R-Chop
- 54 Informazioni sullo schema di Chemioterapia VBM
- 55 Informazioni sullo schema di Chemioterapia Acod
- 56 Informazioni sullo schema di Chemioterapia R-Acod
- 57 Come affrontare il problema della perdita dei capelli
- 58 Gestione dell'elastometro
- 59 Il PICC Catetere Venoso Centrale ad inserzione periferica
- 60 Come aumentare l'apporto calorico della dieta
- 61 Alterazione dell' alvo e Nutrizione
- 62 Subocclusione intestinale e Nutrizione

#17



IEO Istituto Europeo di Oncologia
Via Ripamonti 435 20141 Milano

T +39 02 57489.1 F +39 02 57489.208
E info@ieo.it W www.ieo.it

A cura del
Comitato Comunicazione, Supporto ed
Educazione Sanitaria

Con il contributo della
Divisione di Ginecologia

Lo IEO è accreditato



Joint Commission
International