

Firenze 28 novembre 2 dicembre 2007

Percorso di Cura e Continenza Urinaria



Dr. ssa C. Corsini
U.O Riabilitazione A.O Lodi

1° Corso per Fisioterapisti e Terapisti Occupazionali

Incontinenza e Stroke

Alcuni studi hanno dimostrato la presenza di incontinenza urinaria nel 51% dei pazienti con esiti di ictus e incontinenza urinaria nel 25-28% dei pz dimessi dopo stroke

Ictus

Outcome riabilitativi

Incontinenza Urinaria

- ❖ Associata a cattivi esiti di recupero
- ❖ Fattore influenzante la dimissibilità ospedaliera
- ❖ Fattore influenzante la qualità di vita dei pazienti

Anziani - Ictus ed incontinenza

L'incidenza dell'ictus aumenta con l'età fino al 75% di pazienti con oltre 65 anni e con valore massimo negli ultraottantacinquenni

Affligge circa il 20% degli anziani al domicilio, il 30% nei Pz ricoverati nei reparti per acuti e circa il 50% dei residenti nelle Residenze Sanitarie Assitenziali (RSA)

Il recupero della continenza come obiettivo riabilitativo

**Prevention and treatment of urinary incontinence
after stroke in adults (Cochrane Data base of
Systematic Reviews)**

**Nella fase “precoce dell’ intervento riabilitativo
la valutazione e la gestione strutturata
dell’incontinenza urinaria può ridurre
la presenza dell’ incontinenza stessa alla
dimissione**

Indice di Barthel: struttura

Alimentazione	Alimentazione	0	2	5	8	10
	Igiene personale	0	1	3	4	5
Cura di sè	Bagno-doccia	0	1	3	4	5
	Abbigliamento	0	2	5	8	10
Continenza	Urinaria	0	2	5	8	10
	Intestinale	0	2	5	8	10
	Uso del gabinetto	0	2	5	8	10
	Trasferimenti	0	3	8	12	15
Mobilità	Deambulazione	0	3	8	12	15
	Carrozzina	0	1	3	4	5
	Scale	0	2	5	8	10

The International Continence Society (ICS)

defines incontinence as a condition

where involuntary loss of urine is a social or hygienic problem and is objectively demonstrable.

REQUISITI PER LA CONTINENZA

Corretto funzionamento delle basse vie urinarie e del controllo neurologico

Fase di riempimento

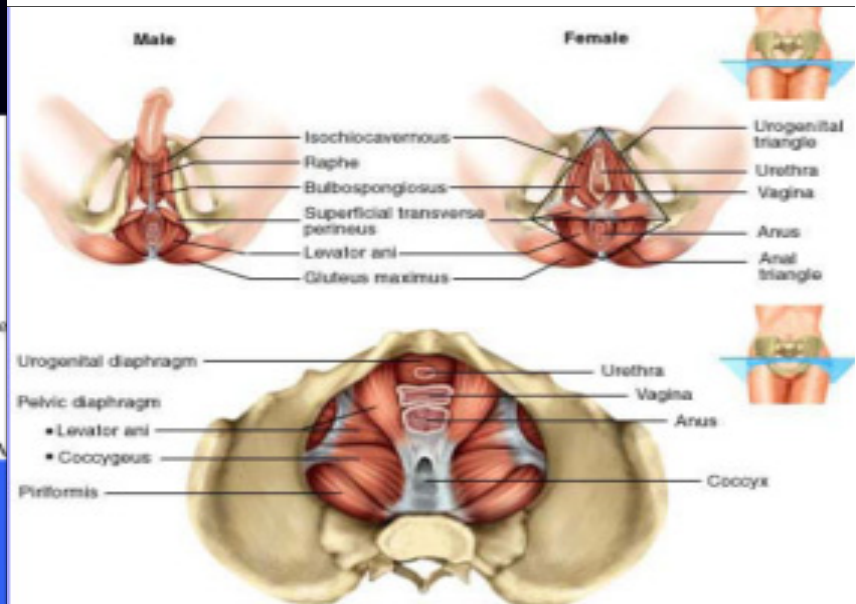
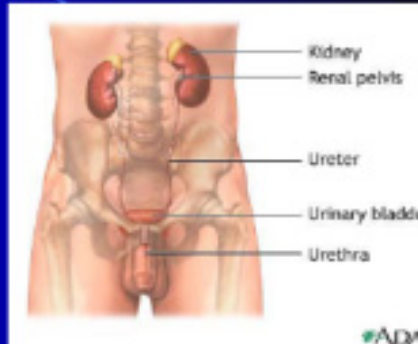
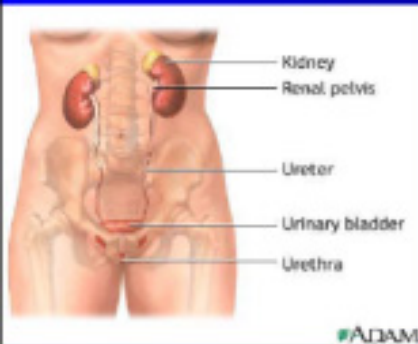
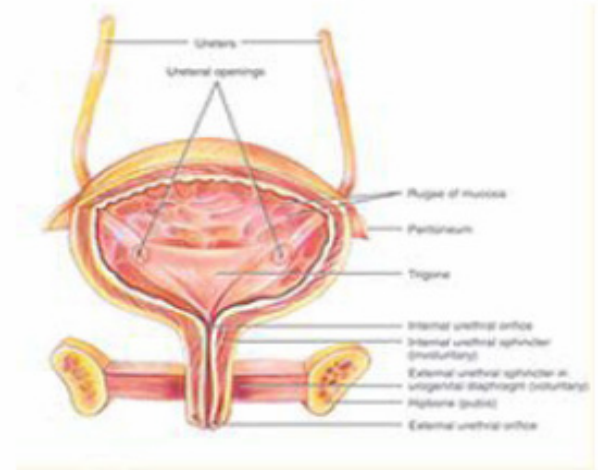
- Capacità di raccogliere volumi crescenti di urina in condizioni di bassa pressione
- Meccanismi sfinterici efficienti
- Adeguata sensazione di riempimento vescicale
- Assenza di contrazioni vescicali involontarie

Fase di svuotamento

- Buona contrattilità detrusoriale
- Assenza di ostruzioni al flusso
- Coordinazione tra attività detrusoriale e sfinterica

vescica

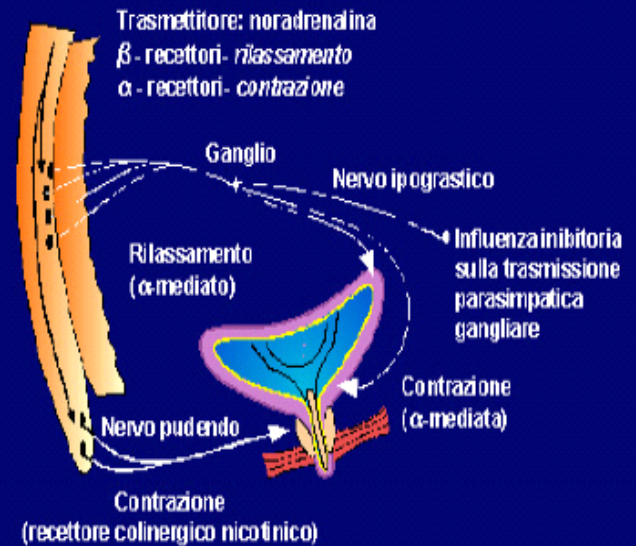
- Organo cavo ed impari
- Rappresenta serbatoio dell'urina
- Ha una capacità di circa 250-300 c.c.



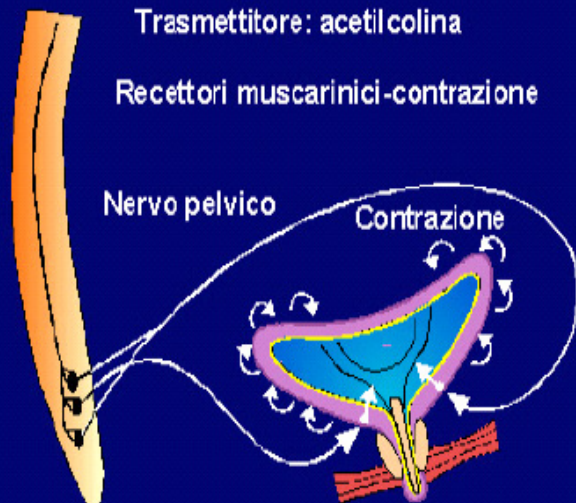
Fase di riempimento

L'attivazione dell'ortosimpatico determina la distensione vescicale tramite le fibre noradrenergiche ed i recettori beta e la chiusura dello sfintere uretrale con le fibre adrenergiche ed i recettori alfa

Innervazione e recettori simpatici e somatici



Innervazione e recettori parasimpatici



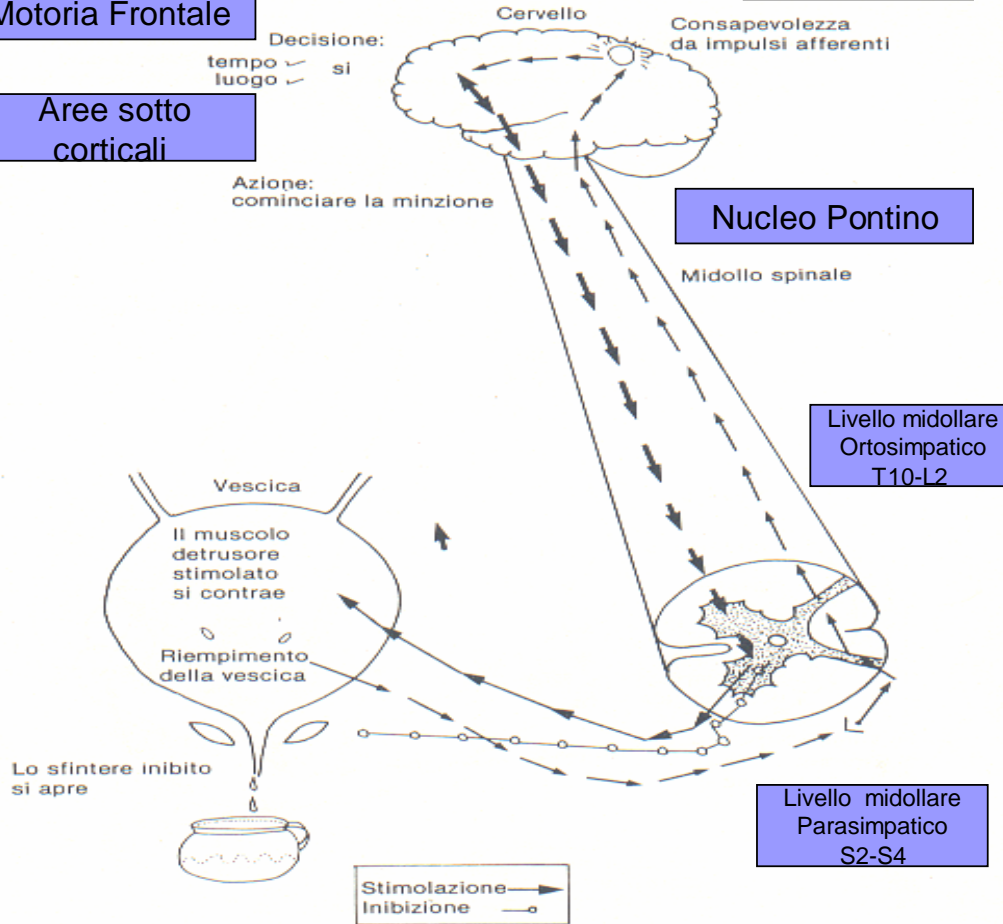
Fase di svuotamento (minzione)

L'attivazione del parasimpatico Determina la contrazione del detrusore E il rilasciamento, quindi l'apertura, Dello sfintere uretrale

Area Corticale
Motoria Frontale

Aree sotto
corticali

Continenza



Continenza:
delicato
meccanismo
di riempimento
e di
svuotamento
vescicale
risultante
dal
sincronismo
delle attività
inibitorie
ed eccitatorie
periferiche -
midollari
coordinate
dai
centri
sottocorticali -
corticali

Il complesso vescico-sfintero-perieale è sotto il controllo di più centri nervosi localizzati in varie sedi del SNC

Controllo neurogeno vescico.sfinterico

- ❑ Area motoria detrusoriale situata nel lobo frontale (giro frontale superiore)
- ❑ Area motoria dello sfintere striato uretrale e della muscolatura striata uretrale
(lobulo paracentrale)
 - ❑ Capsula interna
 - ❑ Sistema libico
 - ❑ Gangli della base
 - ❑ Cevelletto
 - ❑ Centro ponto-mesencefalico (stimola contrazione detrusore e rilasciamento cervico uretrale)
 - ❑ Simpatico toraco-lombare (D10-L2)
 - ❑ Centro sacrale (S2-S4)
- Loop I comprende vie nervose che collegano la corteccia cerebrale frontale al centro ponto-mesencefalico (azione sul detrusore inibente)
- Loop II assicura la connessione nervosa tra il centro pontino e quello sacrale parasimpatico
- Loop III permette la coordinazione tra la funzione detrusoriale e l'attività sfinterica striata (nervo pelvico- nervo pudendo)
- Loop IV ne fanno parte i sistemi che connettono la corteccia frontale con i nuclie del pudendo

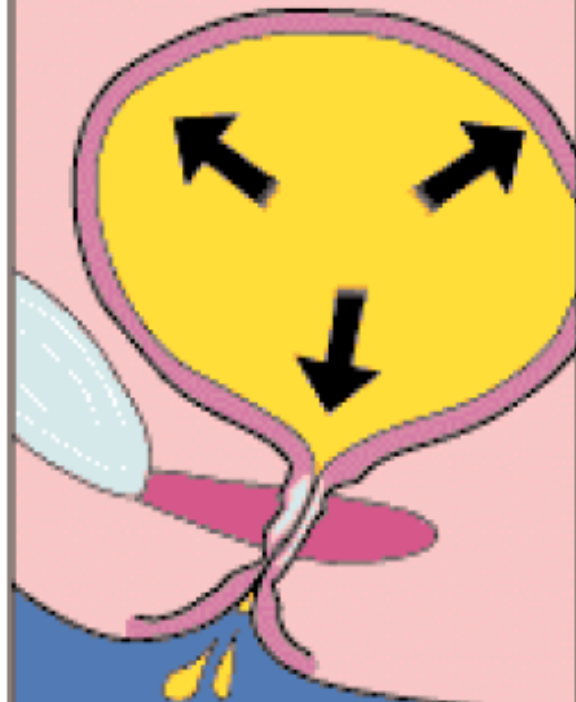
Forme di Incontinenza Persistente

- **Incontinenza da urgenza:** bisogno impellente di mingere con impossibilità del soggetto a differire la minzione
 - **Incontinenza da sforzo :** perdita involontaria di piccole quantità di urina causata da un brusco aumento della pressione endo-addominale
 - **Incontinenza da rigurgito:** deficit di svuotamento vescicale sia per motivi ostruttivi che per motivi neurologici con progressivo riempimento e conseguente gocciolamento continuo
- **Cause legate ad alterazione basso tratto vie urinarie:** Cistite/ uretrite, tumori vescicali, calcoli/diverticoli, ostruzioni
 - **Disturbi del SNC**
stroke, parkinsonismo, lesioni spinali, sovrasacrali
 - **iper mobilità uretra prossimale** per lassità pavimento pelvico e/o deficit dei meccanismi di sospensione della vescica
 - **Debolezza intrinseca dello sfintere uretrale esterno** per pregressa chirurgia, terapia radiante, ipoestrogenismo, denervazione pelvica
 - **Ostruzione uretrale** per problemi prostatici, stenosi infiammatorie, cistocele
 - **Deficit contrattilità detrusoriale** per neuropatie, lesioni spinali, dissinergia vescico-sfinterica da SM o lesioni soprasacrali

Types of Incontinence

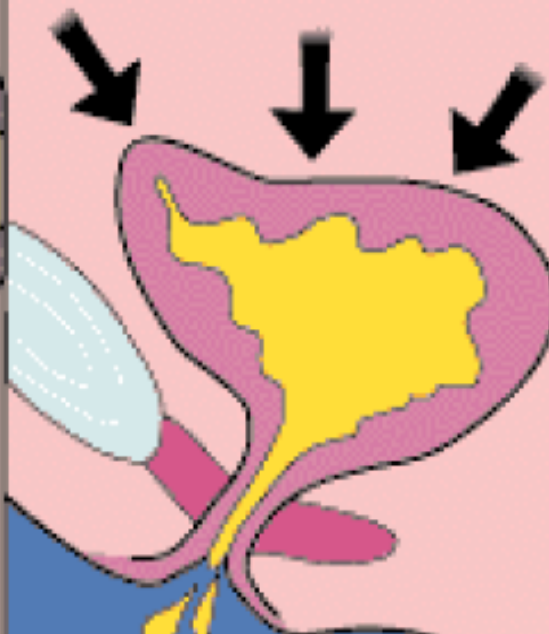
Overflow

- Urethral blockage
- Bladder unable to empty properly



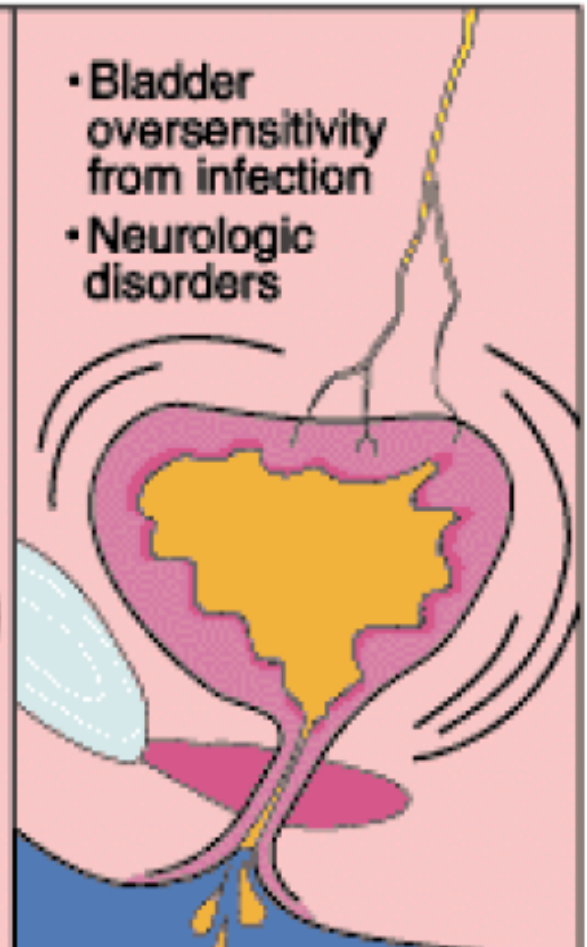
Stress

- Relaxed pelvic floor
- Increased abdominal pressure



Urge

- Bladder oversensitivity from infection
- Neurologic disorders



```
graph TD; A[Disfunzioni neurogene Vescico sfinteriche] --- B[Cause di incontinenza]; C[Fattori di Fragilità Dell'anziano] --- B; D[Patologie del basso tratto delle vie urinarie] --- B;
```

Disfunzioni neurogene
Vescico sfinteriche

Cause
di
incontinenza

Fattori di Fragilità
Dell'anziano

Patologie del basso
tratto delle vie urinarie

Ritenzione urinaria
Incontinenza da urgenza

Lesione neurologica ed incontinenza

Alterazione dei meccanismi di
controllo neurologico della
funzione minzionale

Determinanti dell'incontinenza nel Pz anziano con Ictus

- Alterazione dei **meccanismi di controllo neurologici** con possibile ipo-areflessia detrusoriale e conseguente necessità di posizionamento del catetere vescicale (Ritenzione urinaria)
- Possibile iperattività detrusoriale residua, (Incontinenza da urgenza)

Disfunzioni neurogene
Vescico-Sfinteriche

Lesione
Cerebrale
soprapontina

Lesione
Sottopontina
Soprasacrale

Lesione
Sacrale/
periferica

Iperattività dissinergia acontrattilità

Lesione neurologica ed incontinenza

Presenza di disabilità (emiplegia)

Presenza di deficit
neuropsicologici (afasia, agnosia)

Presenza di deficit cognitivi

Determinanti dell'Incontinenza nel Pz anziano con Ictus

- Presenza di emiparesi/emiplegia con alterazioni della **motilità** (deambulazione, destrezza manuale ect) e conseguente difficoltà nel corretto uso del gabinetto o/e dei suoi sostituti
- Possibili difficoltà **comunicative** (afasia, disartria, agnosia, demenza) con conseguenti difficoltà nell'esprimere le necessità minzionali

(incontinenza funzionale)

Incontinenza transitoria

Fattori
iatrogenici - ambientali -
assistenziali

Presenza di barriere

iatrogene (effetti collaterali da farmaci,
contenzione farmacologica)

Assistenziali (carenza di assistenza,
contenzione fisica)

ambientali (barriere architettoniche, vestiario
ect)

la continenza nel paziente anziano



Gestione dei processi critici assistenziali....

Bernardini, 2000

Il peso assistenziale della incontinenza

108 min / paz. 24h

Tempo medio assistenziale totale

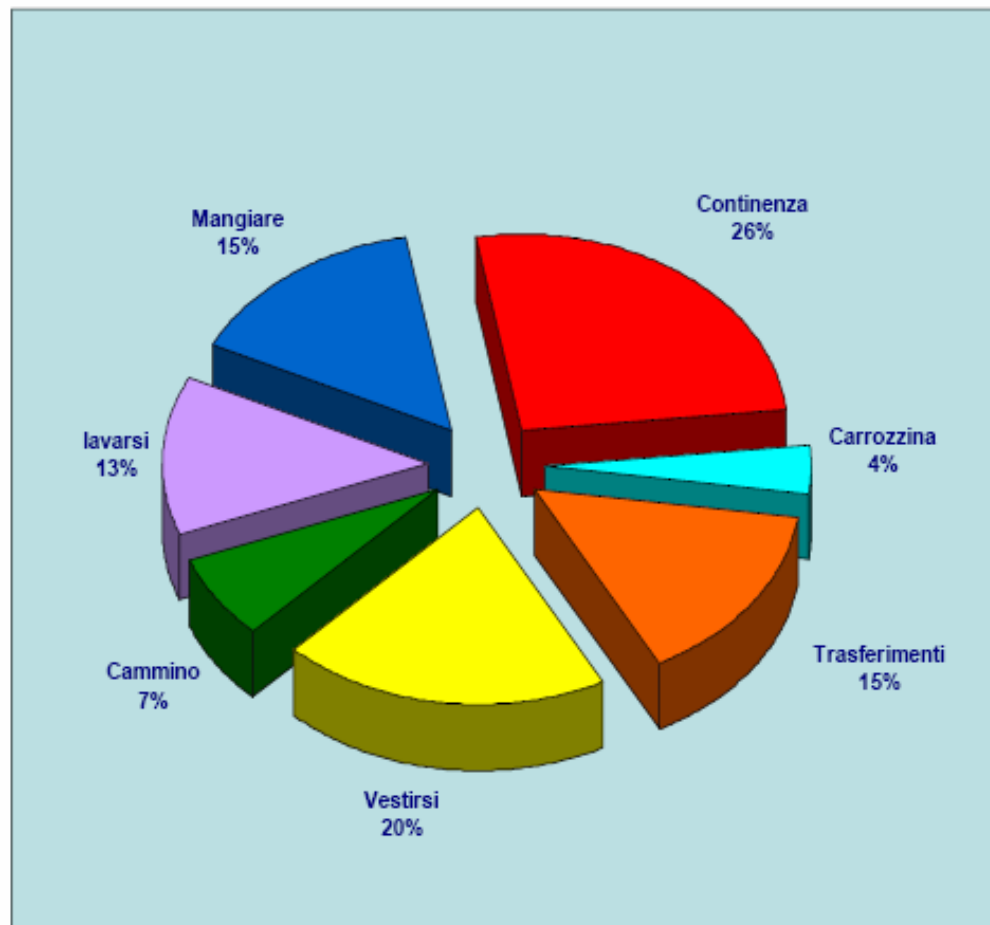
28+38 min / paz. 24h

Tempo medio per la gestione della incontinenza (IU+IF)



Ci sono diversi fattori che possono variare i tempi richiesti per la gestione della IU:

- il **LIVELLO DI MOBILITA'** e
- le **CAPACITA' COMUNICATIVE** sono quelli che influenzano di più i tempi assistenziali



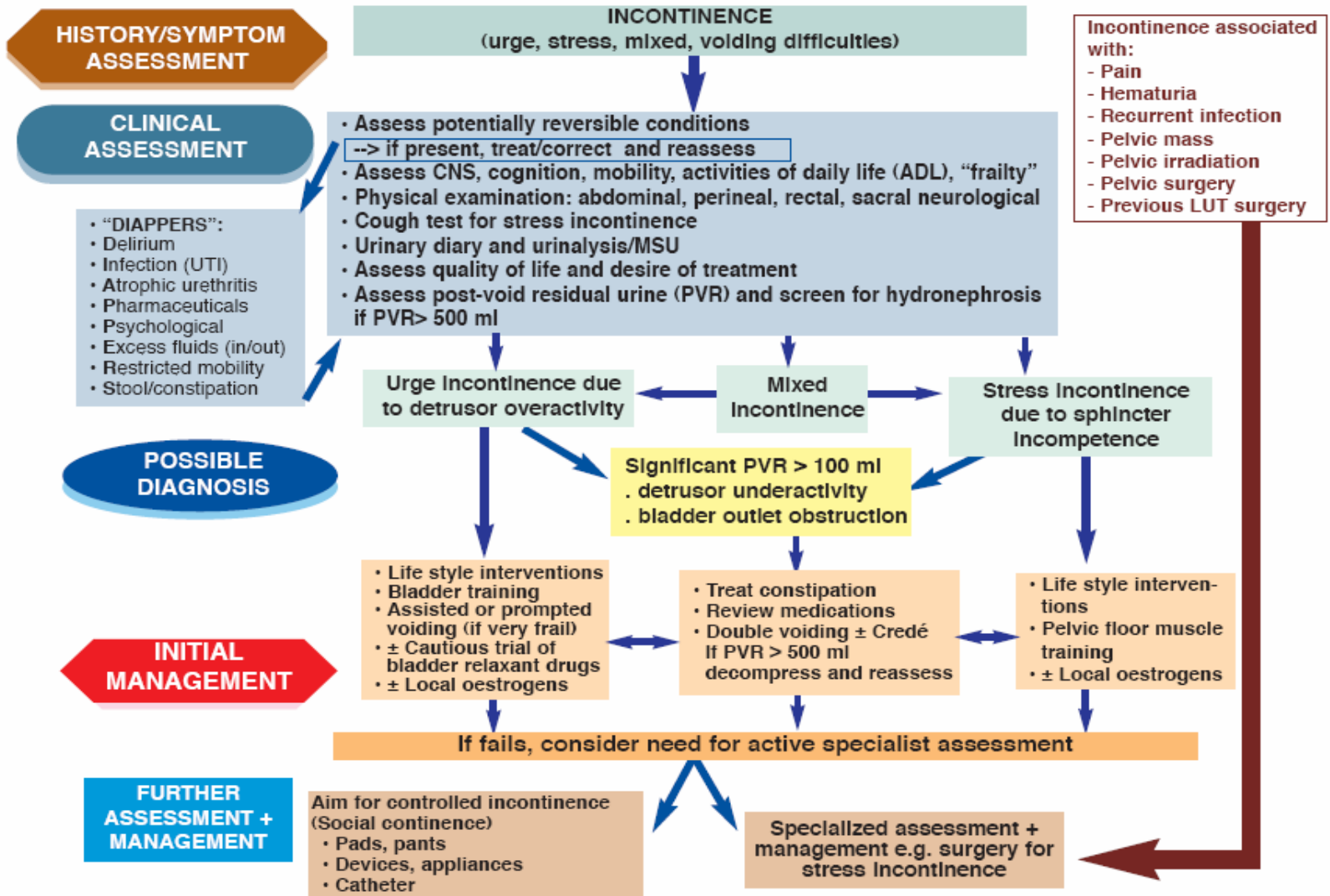
L'IU è una sindrome multifattoriale

- causata dalla combinazione di:
 - Alterazione del controllo neurologico
 - malattie dell'apparato urogenitale
 - Disabilità
 - Cambiamenti età associati
 - Comorbilità e farmaci
 - instabilità clinica
 - Fattori ambientali/ assistenziali
- che alterano il controllo della minzione o/e la capacità di autogestirsi nell'uso del gabinetto.

Il percorso di cura dell'incontinenza urinaria nel paziente anziano con ictus

**Percorso di cura : algoritmo che
descrive l'insieme delle attività
diagnostiche e terapeutiche
programmate per la gestione di una
determinata condizione patologica**

Management of Urinary Incontinence in Frail and/or Disabled Older Women



Il Percorso di Cura Integrato per il recupero della continenza urinaria

- Controllo delle problematiche del catetere vescicale e applicazione del protocollo di rimozione del catetere vescicale stesso
- Valutazione di primo livello ICI per l'Incontinenza Urinaria nel Pz anziano
- Identificazione e trattamento delle forme di Incontinenza Urinaria Transitoria (DIAPPERS)
- Valutazione delle forme di Incontinenza Urinaria complessa (II Livello)
- Trattamento delle forme specifiche di Incontinenza urinaria Persistente (urgenza, sforzo, mista, ritenzione)
- Intervento educativo-comportamentale ed assistenziale per la continenza dipendente e sociale.

**Gestione del catetere vescicale
secondo le linee guida
ICI 2002 (anziano e catetere)**

Rimozione del catetere vescicale

Valutazione
per la rimozione

Modalità
protocollo di rimozione
Diario vescicale
Monitoraggio ripresa
diuresi spontanea
Monitoraggio RPM
con relativi CE e/o CI
Recupero
della continenza

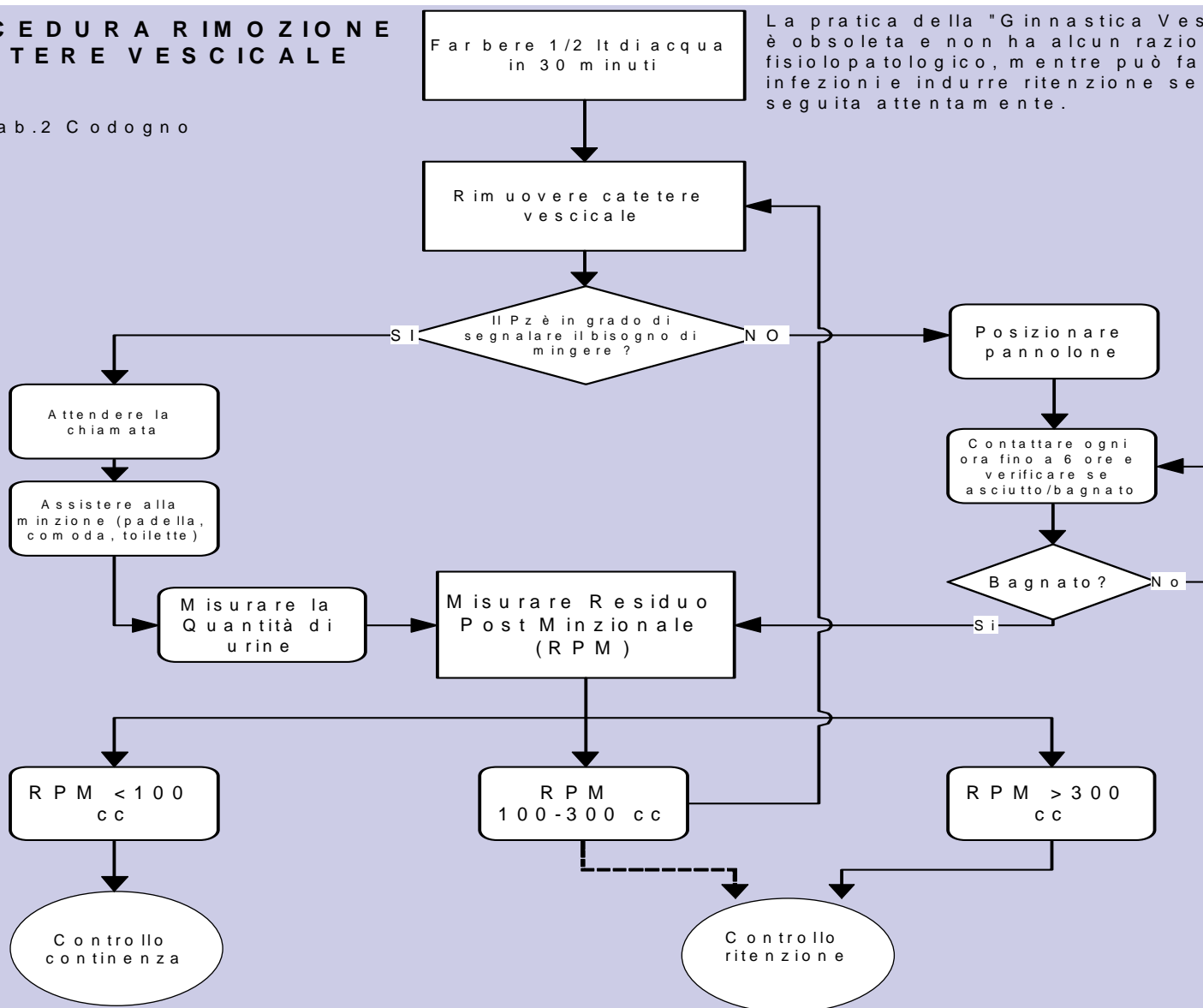
**Prevenzioni
infezioni**

**Prevenzione
complicanze**

PROCEDURA RIMOZIONE CATETERE VESCICALE

U O Riab.2 Codogno

La pratica della "Ginnastica Vescicale" è obsoleta e non ha alcun razionale fisiopatologico, mentre può favorire le infezioni e indurre ritenzione se non seguita attentamente.



Se dopo 6 ore dall'inizio della procedura il paz. non ha urinato o non è stato trovato bagnato praticare cateterismo vescicale, registrare il volume urinario, lasciare il CV a dimora per monitorare la diuresi. Riscutere il caso.

STANDARD DI CURA

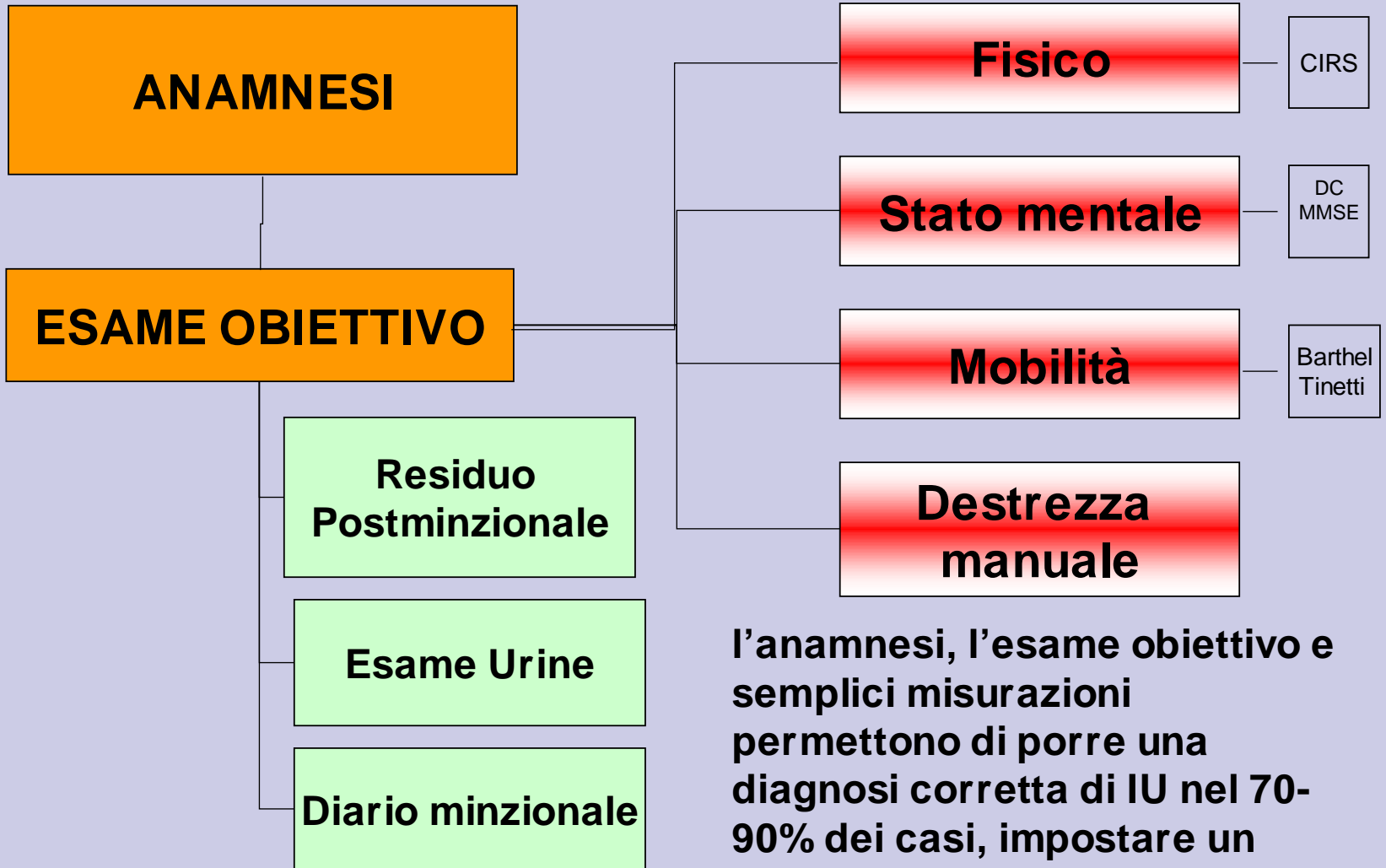
**TUTTI I PAZIENTI INCONTINENTI RICEVONO
UNA “VALUTAZIONE DI 1° LIVELLO” CONFORME
ALLE INDICAZIONE DELLE L.G.**

Algoritmo: Valutazione I livello

**CIRS
Barthel
MMSE**

Anamnesi
DIAPPERS
Esame obiettivo
Diario minzionale
Residuo post-minzionale

**Continenza
Indipendente
Dipendente
sociale**



l'anamnesi, l'esame obiettivo e semplici misurazioni permettono di porre una diagnosi corretta di IU nel 70-90% dei casi, impostare un trattamento adeguato ed un piano assistenziale corretto.

DIARIO VESCICALE

Ore	Vescica					Intestino		Attività assistenziali	Sigla
	Incontinenza urinaria		Asciutto	Minzione corretta	RPM	Incont.	Normale		
	•	●	○	cc _____	cc _____				
	•	●	○	c _____	cc _____				
TOT									

Parametri deducibili

- N° minzioni 24/h
- Intervallo interminzionale
- Frequenza delle minzioni
- N° e frequenza episodi di IU
- Gravità IU
- Segni o sintomi associati
- Capacità Funzionale Vescicale= max volume urinato

Diappers

(Resnick)

D=delirium

I=infection

A=atrophic

P=pharmaceuticals

P=Psychological factors

E= excess fluids

R=restricted mobility

S=stool

Drip

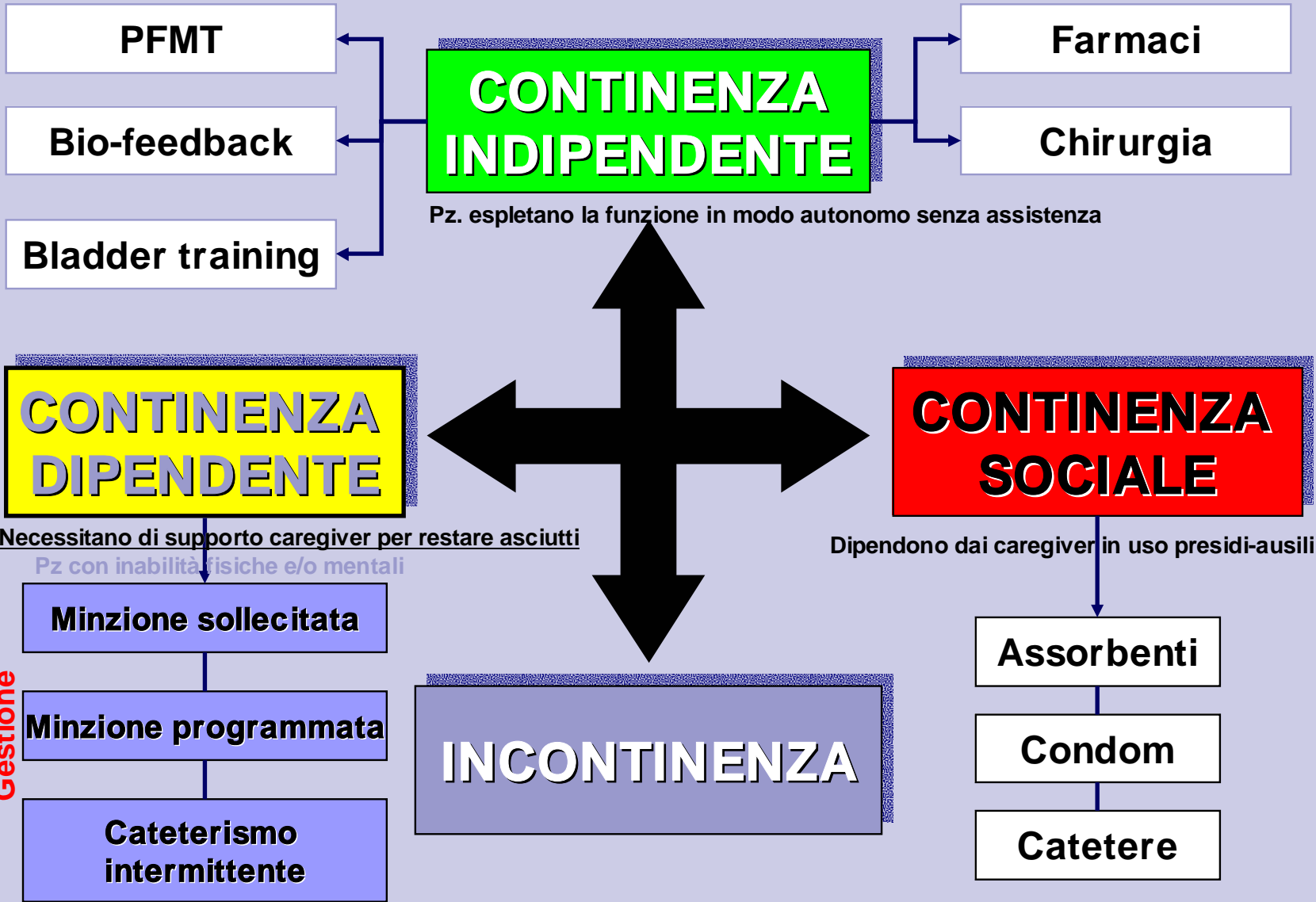
(Ouslander)

D=delirium

R=Restricted mobility

I=infection

P=Pharmaceuticals



Livelli di autonomia nella gestione dei problemi di incontinenza, Fonda, 1990



TECNICHE COMPORTAMENTALI ASSISTENTE-DIPENDENTI

“Interventi comportamentali che cercano di modificare il modo di reagire di una persona alla perdita di urine..” Lyons & Pringle Specht, 1999

➤ **DIARIO VESCICALE (strumento)**



Bladder Training
Minzione sollecitata
Minzione programmata

**Diario
vescicale**



BLADDER TRAINING

Bladder Training PAZIENTI Motivati con un buono – discreto livello mentale e di mobilità

INDICAZIONI

Urgenza minzionale con o senza incontinenza (es. dopo rimozione del catetere).

OBIETTIVI

AUMENTARE

intervalli tra minzioni - capacità vescica

livello di indipendenza del paz. nella gestione continenza

RIDURRE

episodi di incontinenza

(o azzerare)

METODO

Se necessario accompagnare in bagno il paziente ed assisterlo:

- appena sveglio e prima di andare a letto
- ogni 2 ore il mattino e pomeriggio
- ogni 4 ore la notte (se desiderato)
- ogni volta che chiama

Aumentare progressivamente il tempo interminzionale fino ad un massimo di 4 ore.

Assicurarsi che il pz. beva!

MINZIONE SOLLECITATA

(Prompted voiding)

PAZIENTI CANDIDATI

Capaci di riconoscere e segnalare lo stimolo minzionale
Collaboranti nei trasferimenti, meglio se anche cammino

INDICAZIONI

Incontinenza di qualsiasi forma, particolarmente con componente funzionale.

OBIETTIVI

RIDURRE episodi di incontinenza
(o azzerare)

Istruire e facilitare il paziente all'uso del gabinetto o dei suoi sostituti
Insegnare uno schema preciso minzionale con tempi prestabiliti
Apprendere la capacità di dare inizio ad uno svuotamento volontario

METODO

Accompagnare in bagno il paziente ed assisterlo indipendentemente dal bisogno o meno di urinare:

- appena sveglia e prima di andare a letto
- ogni 2 ore il mattino e pomeriggio
- ogni volta che chiama
- ogni 4 ore la notte (se desiderato)

MINIZIONE PROGRAMMATA

(Scheduled voiding)

PAZIENTI CANDIDATI

**Incapaci di riconoscere e/o comunicare il bisogno (Es. Alzheimer)
Collaboranti nei trasferimenti, meglio se anche cammino**

METODO

Accompagnare in bagno il paziente ed assisterlo:

- appena sveglio e prima di andare a letto**
- ogni 2 ore il mattino e pomeriggio**
- ogni 4 ore la notte (se desiderato)**

Interventi comportamentali per la continenza dipendente

VANTAGGI

- ✓ Riduzione episodi bagnati del 75%
- ✓ Non invasivi
- ✓ Terapia iniziale e come di supporto ad altri interventi principali
- ✓ Possono migliorare la mobilità del paziente

SVANTAGGI

- ✓ **Aumentano il carico assistenziale**
Per facilitare l'assistenza prendere in considerazione l'utilizzo dei sostituti del gabinetto, un abbigliamento idoneo e le modifiche ambientali

INDICAZIONI

- ✓ Sempre in Ospedale - Istituzioni
- ✓ A casa se i familiari sono disponibili ed in buone condizioni fisiche e mentali

NON INDICATI

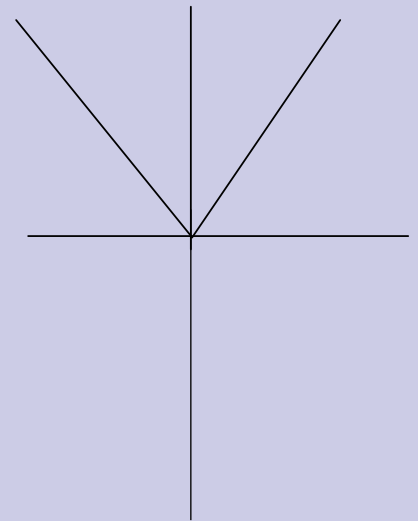
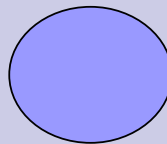
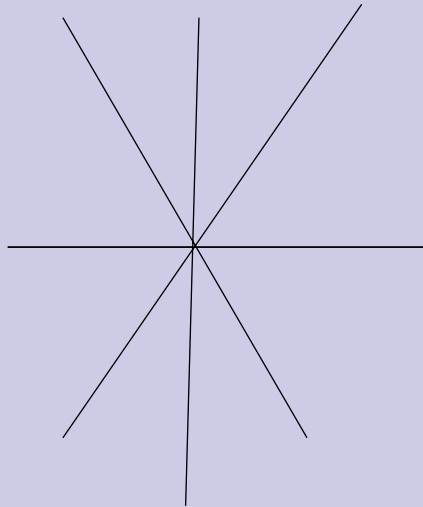
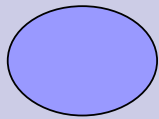
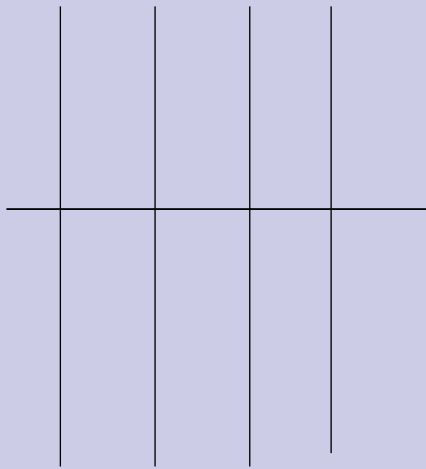
- ✓ Se dopo 3 gg. di prova intervalli sono < 2 h
(occorre intervento medico e poi riprovare)
- ✓ Se mobilitazione evoca dolore
- ✓ Se intervento agita pz.
- ✓ La notte se pz. riposa
- ✓ Se è necessario l'intervento di 2 persone di assistenza

La specificità dell'intervento riabilitativo nell'incontinenza

- Migliorare la disabilità e le capacità funzionali quindi favorire il recupero della continenza
- Cooperare nel percorso di cura per il recupero della continenza per :
 - 1) Ridurre la possibilità di eventi clinici avversi
 - 2) Migliorare e facilitare l'intervento riabilitativo nel paziente clinicamente più stabile
- Attuare metodiche di recupero e di rieducazione per la continenza
- Attuando interventi specifici di riabilitazione per le varie forme di incontinenza

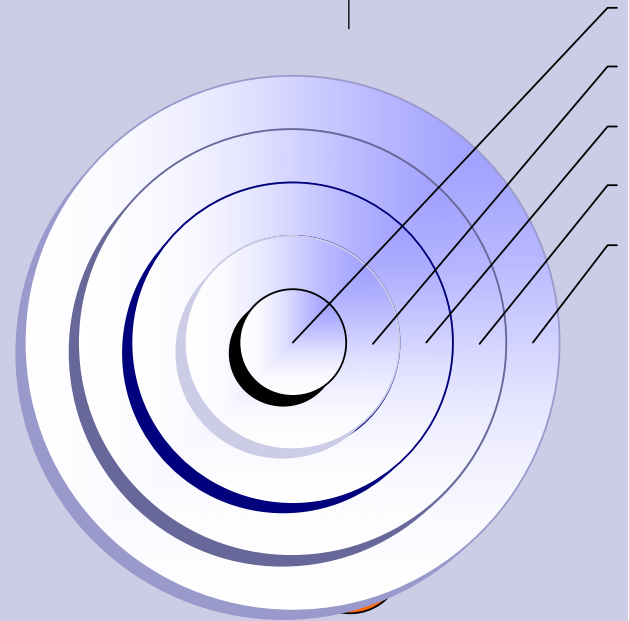
Conclusioni

- La continenza urinaria è una importante attività di base della vita quotidiana per questo non dovrebbe essere sottovalutato il suo recupero.
- Il recupero della continenza urinaria dovrebbe avvenire secondo un percorso di cura che tenga in considerazione la complessità, fragilità, comorbilità e disabilità del pz anziano con ictus
- Il percorso di cura per il recupero della continenza necessita di collaborazione interdisciplinare, transdisciplinare, multidisciplinare



Equipe

Lo scopo ultimo della professione sanitaria è quello di conservare e ristabilire l'indipendenza e la salute del Paziente





Grazie

Equipe

- Non è più risolutiva la singola professionalità ma l'efficienza organizzativa ed operativa dell'equipe, le modalità transdisciplinari / multidisciplinari di approccio con il Pz al centro delle attenzioni e delle competenze, con la personalizzazione e l'integrazione degli interventi

Interventi

- “Bladder retraining”
- Minzione sollecitata
- Minzione programmata
- Riabilitazione pavimento pelvico
- CIC
- Uso presidi assorbenti
- Condom
- Educazione / addestramento dei caregiver

CONTINENZA INDIPENDENTE: Incontinenza da Sforzo

<u>Riabilitazione</u>	<ul style="list-style-type: none">● Esercizi di rafforzamento della muscolatura pelvica (Esercizi di Kegel)● "Bladder Training"● Biofeedback muscolare● Elettrostimolazione
<u>Farmaci</u>	<ul style="list-style-type: none">● Estrogeni● α-adrenergici● Antidepressivi triciclici
<u>Chirurgia</u>	<ul style="list-style-type: none">● Correzione dell'ipermobilità uretrale o della insufficienza sfinterica intrinseca

CONTINENZA INDIPENDENTE: Incontinenza da Urgenza

<u>Riabilitazione</u>	<ul style="list-style-type: none">● Esercizi di rafforzamento della muscolatura pelvica● “Bladder training”● Biofeedback vescicale● Elettrostimolazione
<u>Farmaci</u>	<ul style="list-style-type: none">● Anticolinergici● Antidepressivi triciclici

CONTINENZA INDIPENDENTE

Incontinenza da Rigurgito

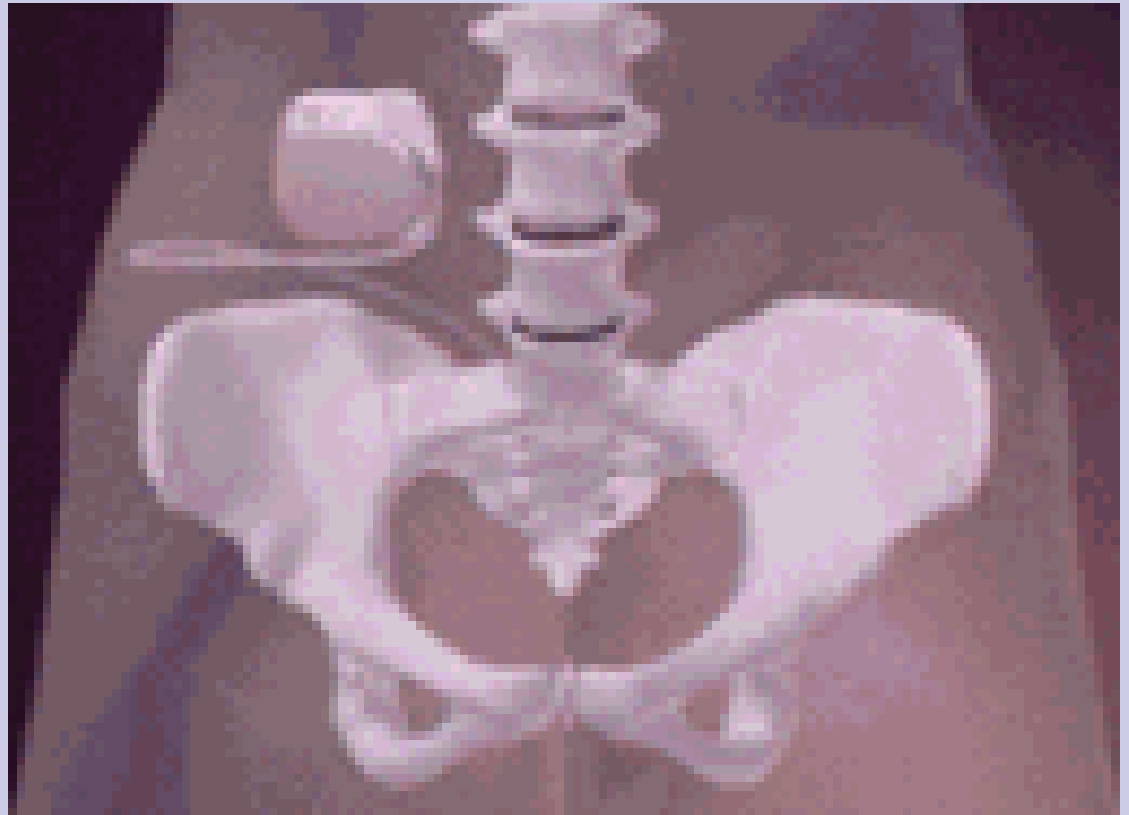
Cateterismo
intermittenza

- Pulito
- Sterile

Chirurgia

- Correzione dell'ostruzione

Continenza
Indipendente
NEURO
MODULAZIONE



**Tab. 1 INDICI DI STATO: CARATTERISTICHE CLINICO FUNZIONALI
DEI PAZIENTI ALL'AMMISSIONE (Valori %)**

	Maschi (N=51)	Femmine (N=65)	Valore di P	Totale (N=116)
Età ≥ 75 anni	41.2	61.5	0.03	52.6
Emiparesi destra	47.1	46.2	n.s.	46.5
Complessità clinica	45.1	50.8	n.s.	48.2
Ulcere da pressione	6.9	10.8	n.s.	12.9
Disabilità comunicativa	62.7	73.8	n.s.	68.9
Dipendenza funz. grave	58.8	78.5	0.03	69.8
Disabilità premorbosa	11.8	16.9	n.s.	14.7
Fragilità Sociale	15.7	24.6	n.s.	20.7
Catetere vescicale (CV)	43.1	58.5	n.s.	51.7
Incontinenza/ritenzione (no CV)	5.8	6,2	n.s.	6.0