

Incontinenza urinaria

Indicazioni per la pratica assistenziale

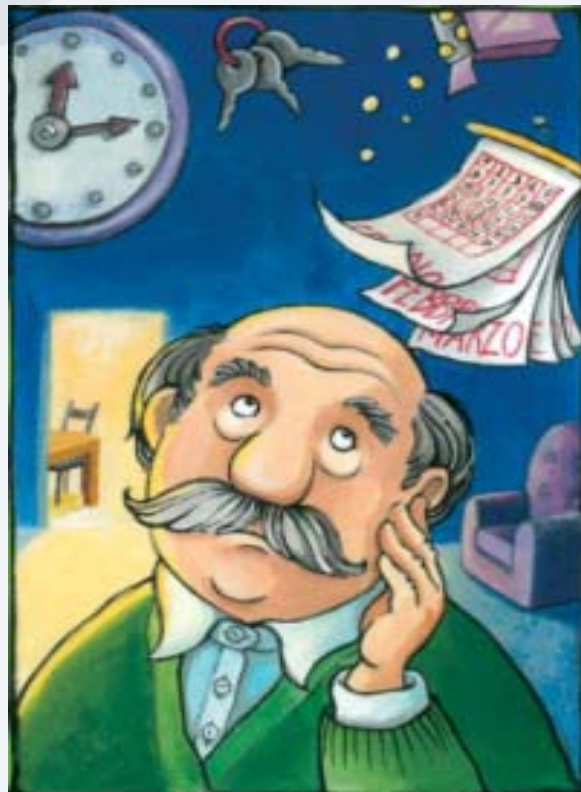
L'Italia? Non è un paese per vecchi...

Firenze, 26-29 novembre 2008

53 Congresso Nazionale
Società Italiana Gerontologia e Geriatria

A. Di Falco

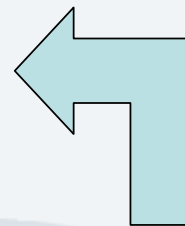
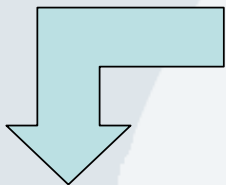
E' necessario riflettere!!!!!!



Pratica assistenziale?

Pratica assistenziale

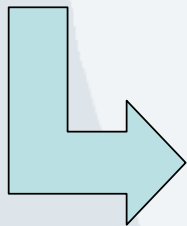
Was ist?



What is?

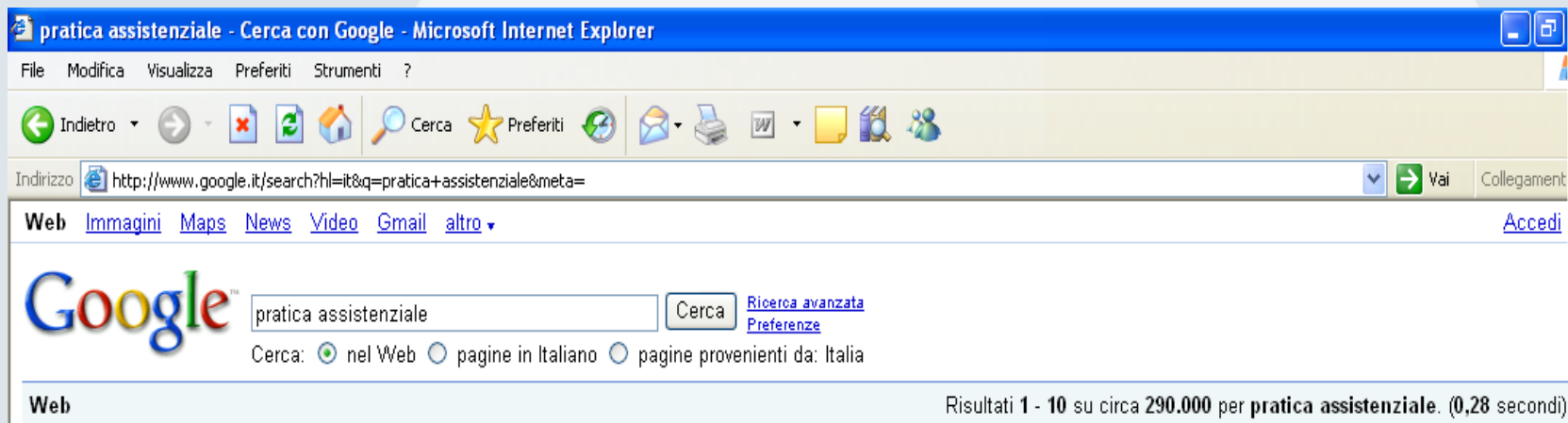
Che cosa è?

Qué es



Qu'est-ce que?

Motoricerchiamo.....



The screenshot shows a Microsoft Internet Explorer browser window. The title bar reads "pratica assistenziale - Cerca con Google - Microsoft Internet Explorer". The address bar contains the URL "http://www.google.it/search?hl=it&q=pratica+assistenziale&meta=". The search bar contains the text "pratica assistenziale" and a "Cerca" button. Below the search bar, there are radio buttons for "nel Web" (selected), "pagine in Italiano", and "pagine provenienti da: Italia". The search results section shows "Web Risultati 1 - 10 su circa 290.000 per pratica assistenziale. (0,28 secondi)".

Risultati 1 - 10 su circa 290.000 per pratica assistenziale. (0,28 secondi)

Motoricerchiamo.....

The screenshot shows a Microsoft Internet Explorer browser window with the title "nursing practice - PubMed Results - Microsoft Internet Explorer". The address bar contains the URL "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez". The main content area displays the PubMed logo and navigation options. A search bar shows "PubMed" selected in a dropdown menu and "nursing practice" entered in the search field. Below the search bar are buttons for "Limits", "Preview/Index", "History", "Clipboard", and "Details". The "Display" section shows "Summary" selected in a dropdown menu, "Show 20" items, and "Sort By" and "Send to" dropdown menus. At the bottom, it indicates "All: 55253" results and "Page 1 of 2763 Next".

Items 1 - 20 of 55253

Indicazioni per la pratica assistenziale?



Collegamenti utili

- Agency for Healthcare Research and Quality:
<http://www.ahrq.gov>
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines: <http://www.albertadoctors.org>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines:
<http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.htm>
- Canadian Centre for Health Evidence:
<http://www.cche.net/che/home.asp>
- Canadian Cochrane Network and Centre:
<http://cochrane.mcmaster.ca>
- Centre for Evidence-Based Nursing:
http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/c_ebn.htm
- Cochrane Database of Systematic Reviews:
<http://www.update-software.com/cochrane>

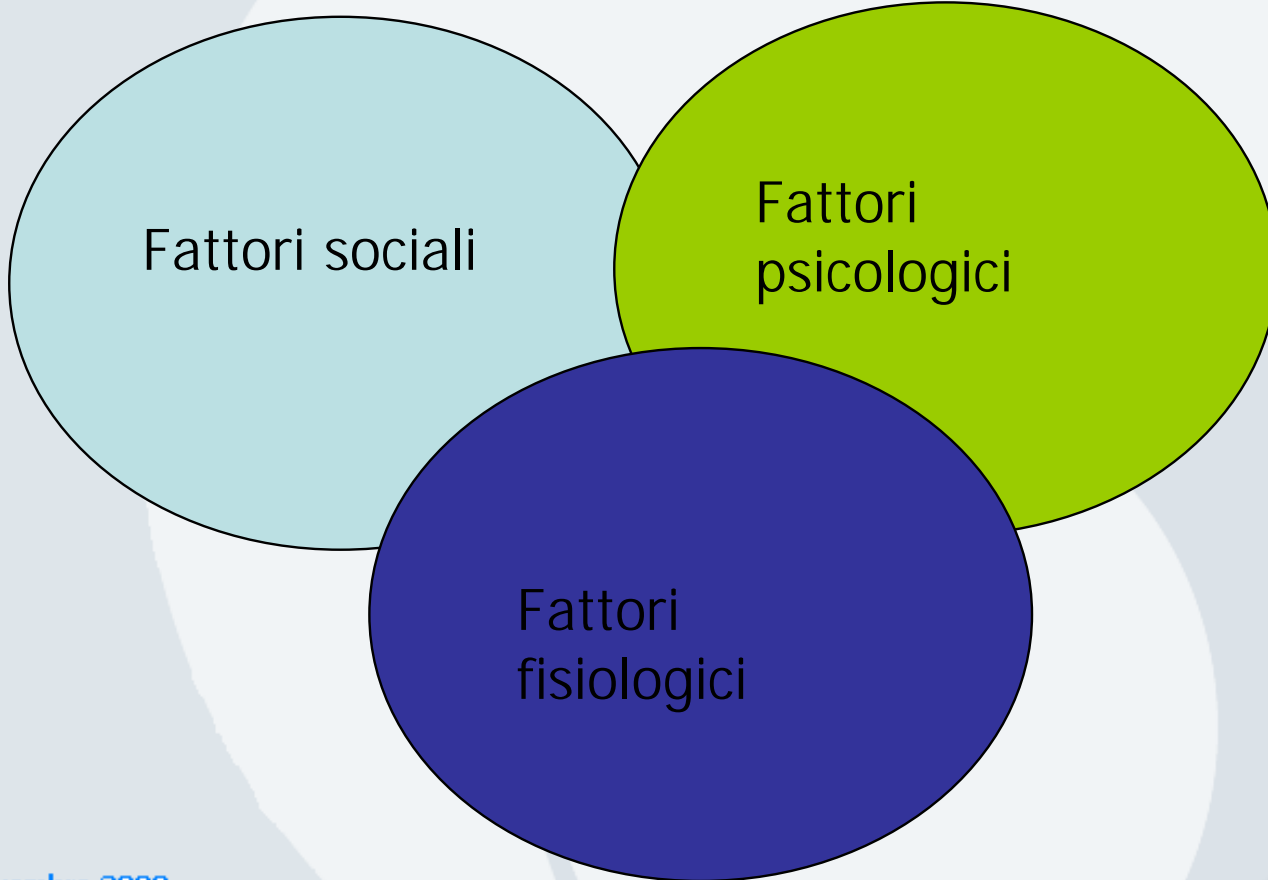
Collegamenti utili

CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
Cochrane Database of Systematic Reviews: <http://www.update-software.com/cochrane>
Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): <http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm>
Evidence-based On-Call: <http://www.eboncall.org>
Guidelines Advisory Committee: <http://gacguidelines.ca>
Institute for Clinical Evaluative Sciences: <http://www.ices.on.ca>
Institute for Clinical Systems Improvement: <http://www.icsi.org/index.asp>
Institute of Child Health: <http://www.ich.ucl.ac.uk/ich>
Joanna Briggs Institute: <http://www.joannabriggs.edu.au>
Medic8.com: http://www.medic8.com/Clinicalinea_guidauidelines.htm
Medscape Women's Health: <http://www.medscape.com/womenshealthhome>
Monash University Centre for Clinical Effectiveness: <http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence>
National Guideline Clearinghouse: <http://www.guidelines.gov>
National Institute for Clinical Excellence (NICE): <http://www.nice.org.uk>
National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Test (HSTAT):
<http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/HquestHome/s/64139>
New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz>
NHS Centre for Reviews and Dissemination: <http://www.york.ac.uk/inst/crd>
NHS Nursing & Midwifery Practice Dev. Unit: <http://www.nmpdu.org>
NHS R & D Health Technology Assessment Programme: <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm>
NIH Consensus Development Program: <http://consensus.nih.gov/about/about.htm>
PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>
Queen's University at Kingston: <http://post.queensu.ca/~bhc/qim/cpgs.html>
Royal College of General Practitioners: <http://www.rcgp.org.uk>
Royal College of Nursing: <http://www.rcn.org.uk/index.php>
Royal College of Physicians: <http://www.rcplondon.ac.uk>
Sarah Cole Hirsh Institute – Online Journal of Issues in Nursing: <http://fpb.cwru.edu/HirshInstitute>
Scottish Intercollegiate Guidelines Network: <http://www.sign.ac.uk>
Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada Clinical Practice Guidelines:
SUMSearch: <http://sumsearch.uthscsa.edu>
The Qualitative Report: <http://www.nova.edu/ssss/QR>
Trent Research Information Access Gateway: <http://www.shef.ac.uk/scharr/triage/TRIAGEindex.htm>
TRIP Database: <http://www.tripdatabase.com>
U.S. Preventive Service Task Force: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
University of California, San Francisco: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>
University of Laval – Directory of Clinical Information Websites: <http://132.203.128.28/medecine>

> 50 collegamenti a fonti valide scientificamente

Continenza influenzata da.....

Pratica clinica influenzata da.....



Che caratteristiche ha la persona di cui mi sto occupando?



Incontinenza da urgenza?

Che caratteristiche ha la persona di cui mi sto occupando?



Incontinenza da sovrariempimento?

Che caratteristiche ha la persona di cui mi sto occupando?



Incontinenza da sforzo?

Che caratteristiche ha la persona di cui mi sto occupando?



Più che incontinente è incontenibile

Dove mi ha condotto il percorso di accertamento?

Rilassamento muscolare?

La vescica non è in grado di trattenere urine?

È un problema di controllo vescicale?

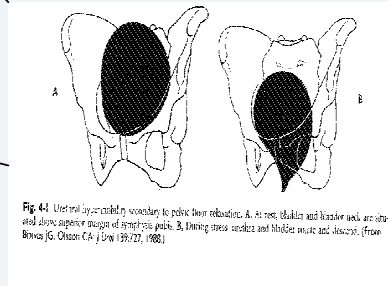


Fig. 44. Urinary continence secondary to pelvic floor relaxation. A, At rest, bladder and bladder neck are situated above superior margin of symphysis pubis. B, During stress urethra and bladder neck and, likewise, (from Bovea JG, Ostion CA, y Low 19927, 1988).

Il meccanismo continenza non funziona?

C'è un deficit di mobilità?

Esiste un problema psicologico?

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Home Page - Microsoft Internet Explorer

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indietro Cerca Preferiti

Indirizzo <http://www.ahrq.gov/> Vai Collegamenti

Skip Navigation www.hhs.gov

U.S. Department of Health & Human Services

AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality

Advancing Excellence in Health Care

Search AHRQ www.ahrq.gov

NGC - Search Results - Microsoft Internet Explorer

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indietro Cerca Preferiti

Indirizzo <http://www.guideline.gov/search/searchresults.aspx?Type=3&bitSearch=incontinence&num=20> Vai

National Guideline Clearinghouse www.guideline.gov

AHRQ

Guideline Syntheses Submit Guidelines What's New Contact Us About Site Map Help

Search

20 Results

[Search Help](#)
[Detailed Search](#)
[Frequent Searches](#)

Browse

- [Disease / Condition](#)
- [Treatment / Intervention](#)
- [Measures](#)
- [Organization](#)
- [Guideline Index](#)
- [Guidelines In Progress](#)
- [Guideline Archive](#)

NGC Search Results

[Search Help](#) | [Guideline Comparison Help](#) | [Guideline Views](#) | [Quick Search Tips](#)

Your search criteria:

Keyword: incontinence

Your search found 110 related guidelines, which are listed below by relevance. Use the "Limit Search" button to sort by publication date.

To view a guideline summary, click on a title below.

Items 1 to 20





1° level of Assessment

- finalità:
- a) confermare l'incontinenza
 - b) identificare i fattori contributivi
 - c) identificare i soggetti da sottoporre ad ulteriore valutazione

componenti:

- storia dell'incontinenza:

- durata frequenza e caratteristiche
- situazioni associate agli episodi
- altra sintomatologia associata
- abitudini alimentari
- uso di ausili specifici
- variazione nell'attività eliminatoria sessuale
- terapie effettuate ed esiti

Diario minzionale

- esame fisico

- esame dell'addome per masse, tensione sovrapubica e stima del residuo post minzionale
- controllo area genitale per alterazioni visibili alla mucosa.....






-
- controllo genitale e perianale tono dello sfintere, dimensioni della ghiandola prostatica, presenza o assenza di compressione fecale
- esame generale per eventuale edema (nicturia) o anomalie neurologiche
- controllo motricità, cognizione e destrezza
- **test ad hoc**
 - test della tosse
 - pad-weight test (+ se >1 gr di peso)
 - stima del residuo post minzione con cateterizzazione estemp. o scanner vescicale(< 50 ml normale / >200 ml ristagno patologico)
- **test supplementari**
 - monitoraggio dei fattori sociali e ambientali
 - osservazione diretta della minzione
 - esame urine
-



2° level of assessment

- test specialistici
 - **URODINAMICI**
 - uroflussometria (misura le alterazioni della fase di svuotamento vescicale)
 - cistometria (misura la pressione e la capacità vescicale attraverso l'uso di un piccolo catetere)
 - pressione di flusso
 - **PROFILOMETRIA PRESSIONE URETRALE**
 - videourodinamica con fluoro
 - elettromiografia
 - **ENDOSCOPIA**
 - cistouretoscopia
 - ecografia

Diario minzionale

ORA	MINZIONI ^[1]	CONTINENZA O INCONTINENZA A (asciutto/bagnato) ^[2]		STIMOLO (presente o assente) ^[3]		QUANTITA' DI URINE ^[4]			LIQUIDI e.v. BEVANDE (tipo e quantità) ^[5]	ATTIVITA' IN CORSO
						gocce	scarsa	abbondante		
1		A	B	Presente	Assente					
2		A	B	Presente	Assente					
.....		A	B	Presente	Assente					
24		A	B	Presente	Assente					

[1] Segnalare quale presidio viene utilizzato: WC, padella, comoda

[2] Asciutto = A, bagnato = B (va comunque registrato l'esito dell'osservazione fatta di controllo, se il soggetto è stato trovato asciutto o bagnato)

[3] Chiedere se avverte lo stimolo minzionale. Se l'ha avvertito = PRESENTE, se non l'ha avvertito prima della minzione = ASSENTE.

[4] Cerchiare il simbolo che corrisponde alla perdita osservata.

[5] Segnare bevande assunte (anche alimentazione con liquidi e/o infusioni)

[6] Descrivere il tipo di attività (se conosciuta) in corso immediatamente prima dell'episodio di incontinenza (spostamento letto-carrozzina, letto- posizione supina, camminata etc.)

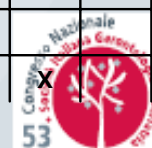
Unità Operativa _____

Cognome Nome _____

Letto n. _____

Indagine preliminare

		acuta		cronica		
da quanto tempo soffre di incontinenza?	da meno di una settimana a quattro settimane	x				
	da oltre un mese			x		
Elementi accertabili per differenziare l'incontinenza cronica da altre situazioni		Tipologia				
		di incontinenza				
Elementi da considerare	ogni "X" evidenzia un segno/sintomo od un fattore di rischio tipico di ciascuna forma di incontinenza	Funzionale	da Sforzo	Urgenza	Sovra riempimento	Riflessa
Quanto spesso si verificano gli episodi di incontinenza ?	ad intervalli regolari				X	X
	perdita continua				X	
	ad intervalli variabili (situazionali)	X	X	X		
Quanta urina perde durante gli episodi di incontinenza ?	da poche gocce a quanto basta per bagnare i vestiti		X		X	
	una grande quantità	X		X		
	quantità sconosciuta o non percepita	X				
Cale delle seguenti situazioni comporta perdita delle urine ?	tossire, ridere starnutire, e facendo sforzi fisici (ad esempio sollevando pesi)		X			
	nel raggiungere il bagno	X		X		
Quante volte urina normalmente ?	a frequenza regolare tra 3 e 8 ore				X	X
	ogni 2 ore o meno		X	X		
	ogni 8 ore o più				X	

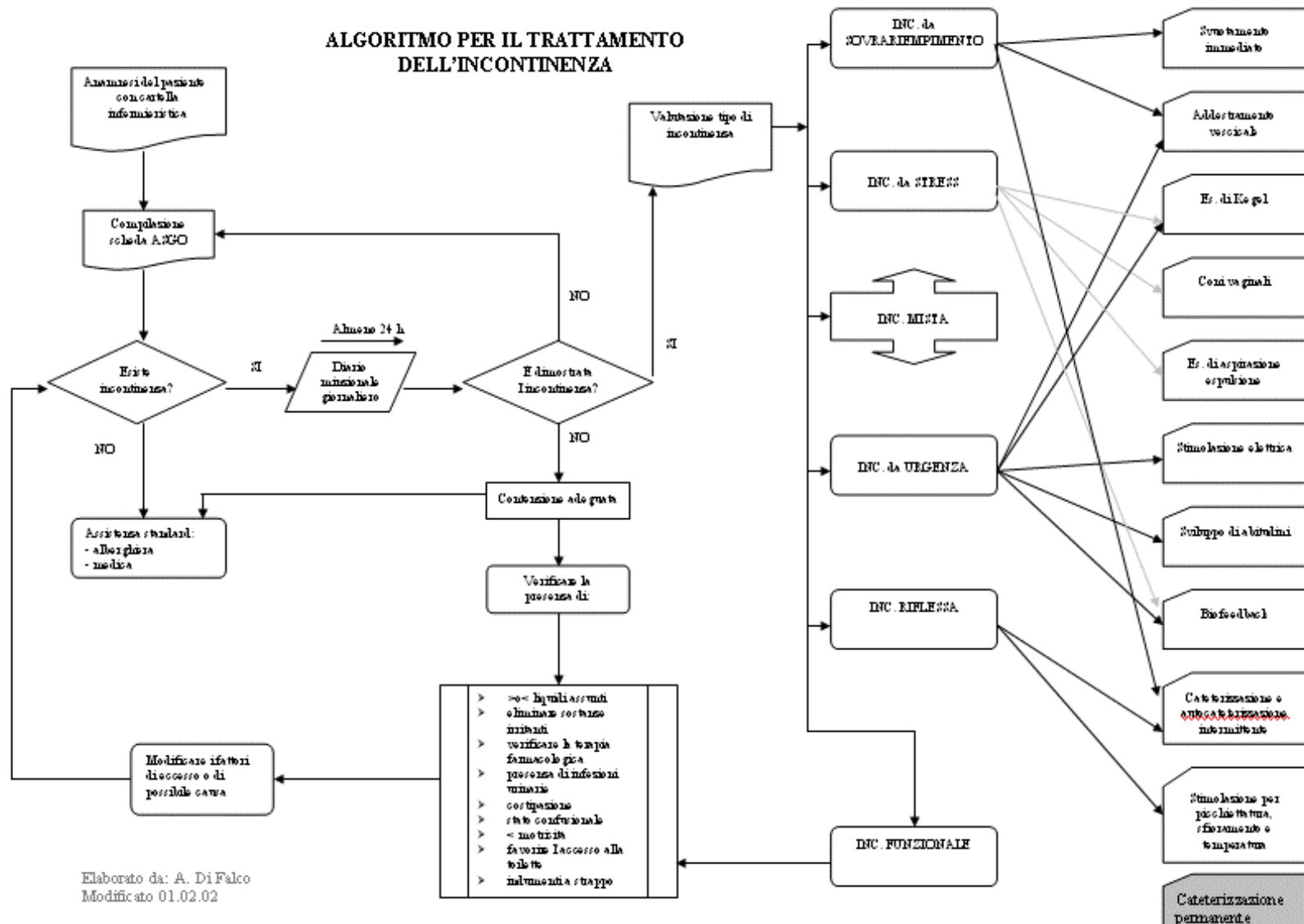


<i>Elementi da considerare</i>	<i>ogni "X" evidenzia un segno/sintomo od un fattore di rischio tipico di ciascuna forma di incontinenza</i>	Funzionale	da sforzo	Urgenza	Sovra riempimento	Riflessa
Presenza di patologie rilevanti	lesioni al Sistema Nervoso Centrale (degenerazioni, icuts, Parkinson ecc.)	X		X	X	
	lesioni al rachide				X	X
	neuropatie diffuse (alcolica, diabetica, sclerosi a placche, ecc.)	X		X	X	X
	obesità o recente importante calo ponderale		X			
Stato mentale	deficit cognitivo o psichico severo (demenza, depressione, confusione acuta, ecc.)	X				
Mobilità	deambulazione difficoltosa o assente; utilizzo di strumenti di raccolta o dipende dagli altri per l'eliminazione (es. inabilità a slacciare gli indumenti)	X				
Struttura perineale (esame obiettivo)	irritazione cutanea e/o ipersecrezioni uretrali (e/o vaginali)			X		
	presenza di fecalomi in ampolla rettale				X	
TIPO DI INCONTINENZA CRONICA PRESUNTO						
<i>elaborata da M.Degan e I.Opportuni</i>						
<i>modificata da A. Di Falco</i>						

Trattamenti

- Timed voiding
- Autocontrollo dello stimolo minzionale
- Esercizi di rafforzamento della muscolatura perineale Kegel
- Tecniche di induzione della minzione
- Svuotamento vescicale esterno
- Cateterizzazione vescicale
- Cambiamento delle abitudini voluttuarie
- Gestione di farmaci che influenzano l'incontinenza
- Prevenzione e trattamento della stipsi
- Riduzione dell'obesità
- Igiene intima e prevenzione delle infezioni
- Uso di ausili

ALGORITMO PER IL TRATTAMENTO DELL'INCONTINENZA



Elaborato da: A. Di Falco
Modificato 01.02.02

Raccomandazioni per la pratica clinica

L'Italia? Non è un paese per vecchi...

Nursing Best Practice Guideline

Shaping the future of Nursing



Firenze, 26-29 novembre 2008

Interpretare l'evidenza

- Ia Evidenza ottenuta da meta-analisi o da revisioni sistematiche di RCT.
- Ib Evidenza ottenuta da almeno un RCT.
- IIa Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato senza randomizzazione.
- IIb Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi sperimentale, correttamente strutturato, senza randomizzazione.
- III Evidenza ottenuta da buoni studi descrittivi non sperimentali, come gli studi comparativi, gli studi correlati e gli studi di casi.
- IV Evidenze ottenute dal parere di una commissione di esperti o da opinioni o da esperienza clinica di autorità riconosciute.

Raccomandazione 1.0

Ottenere l'anamnesi dell'incontinenza del cliente (*Livello di Evidenza = IV*)

Raccomandazione 2.0

Raccogliere informazioni circa:

- Quanto, tipo e in quale momento della giornata si ha l'ingestione di liquidi, facendo particolare attenzione all'assunzione di caffeina e alcool.
- La frequenza, la natura e la consistenza delle defecazioni.
- Qualsiasi nota anamnesticca rilevante circa eventi medici o chirurgici che possano essere messi in relazione con il problema incontinenza come, ma non solo, diabete, ictus parkinson, scompenso cardiaco, infezioni urinarie ricorrenti o pregressi interventi chirurgici sulla vescica. (*Livello di Evidenza = IV*)

Raccomandazione 3.0

Controllare i farmaci assunti dai clienti per identificare quelli che potrebbero avere un impatto sull'incontinenza (*Livello di Evidenza = IV*)

Alfa stimolanti	Influenza raffreddore	Ritenzione per contrazione base vescicale-uretra
Anticolinergici	Antistaminici	Ritenzione per rilasciamento detrusoriale
Anticolinergici	Antipsicotici	Ritenzione per effetto miorilassante
Ca++ antagonisti	I pertensione	Ritenzione Over-flow incontinenza
Diuretici	I pertensione	Poliuria, pollachiuria
Alfa bloccanti	I pertensione	I us per riduzione resistenze uretrali
Sedativi	Sdr ansioso-depressive	Confusione-sedazione

Raccomandazione 4.0

Identificare le abilità funzionali e cognitive del cliente. *(Livello di Evidenza III)*

Raccomandazione 5.0

Identificare le barriere attitudinali o ambientali ad una evacuazione ben riuscita.

Le barriere includono:

- vicinanza e disponibilità del bagno più prossimo;
- accessibilità della comoda;
- illuminazione soddisfacente;
- uso della contenzione;
- aspettativa dello staff che l'incontinenza è una inevitabile conseguenza della senilità;
- convinzione dello staff che esistano pochi interventi di promozione della continenza.

(Livello di Evidenza = III)

Raccomandazione 6.0

Esaminare le urine per verificare se è presente infezione *(Livello di Evidenza = IV)*

Raccomandazione 7.0

Determinare come il cliente percepisce la propria incontinenza urinaria e se potrà trarre beneficio da uno svuotamento guidato. Prima di iniziare uno svuotamento guidato, identificare il tipo di incontinenza del cliente tenendo un diario minzionale per tre giorni. (Livello di Evidenza = III)

Raccomandazione 8.0

Assicurare che costipazione e fecalomi siano individuati. (Livello di Evidenza = IV)

Raccomandazione 9.0

Assicurare un adeguato livello di ingestione di liquidi (1500-2000 ml/die) e, quando possibile, minimizzare l'uso di caffeina e bevande alcoliche. (Livello di Evidenza = III)

Raccomandazione 10.0

Iniziare uno schema individualizzato di svuotamento guidato basato sui bisogni di eliminazione del cliente ed in conformità con quanto definito dal diario minzionale di tre giorni. (Livello di Evidenza = Ia)

Raccomandazione 11.0

Iniziare un diario minzionale di tre giorni per un minimo di tre fino a un massimo di otto settimane dopo aver stabilito il programma di eliminazione urinaria.

(Livello di Evidenza = IV)

Raccomandazione 12.0

Implementare un programma formativo di promozione della continenza usando lo svuotamento guidato. Il programma dovrebbe essere strutturato, organizzato e diretto a tutti i livelli di assistenza sanitaria, agli assistiti, ai familiari e ai caregivers. Il programma formativo dovrebbe identificare un infermiere interessato alla preparazione avanzata nella cura della continenza (per es. consulente infermiere della continenza, infermiere esperto o infermiere specializzato), che sia responsabile dell'organizzazione del programma educativo. Il programma dovrebbe essere aggiornato regolarmente per incorporare ogni nuova informazione.

Il programma deve includere informazioni circa:

- **Miti su incontinenza e invecchiamento;**
- **Definizione di continenza ed incontinenza;**
- **Accertamento della continenza;**
- **Svuotamento guidato;**
- **Evacuazioni personalizzate;**
- **Impatto del decadimento cognitivo sull'abilità all'essere continente e le strategie di trattamento dei comportamenti aggressivi;**
- **Relazione tra pulizia intestinale e sano funzionamento della vescica, e**
- **Uso della registrazione dello svuotamento guidato individualizzato.**

(Livello di Evidenza = IV)

Raccomandazione 13.0

Gli infermieri dovrebbero essere ben informati circa le risorse comunitarie per lo sviluppo professionale, la consulenza e l'assistenza continua. (*Livello di Evidenza = IV*)

Raccomandazione 14.0

L'implementazione di successo dello svuotamento guidato richiede:

- **Supporto gestionale;**
- **Opportunità di formazione e addestramento;**
- **Coinvolgimento attivo di uno staff clinico-chiave;**
- **Graduale implementazione del programma di svuotamento guidato;**
- **Raccolta di una baseline delle informazioni sugli assistiti, delle risorse e delle conoscenze esistenti;**
- **Interpretazione di questi dati e identificazione dei problemi;**
- **Sviluppo delle strategie di implementazione , e**
- **Monitoraggio del programma.**

(Livello di Evidenza = IV)

Raccomandazione 15.0

Le organizzazioni sono incoraggiate a costituire dei gruppi interdisciplinari di approccio alla cura della continenza. (*Livello di Evidenza = IV*)

Raccomandazione 16.0

Le linee guida per la miglior pratica infermieristica possono essere efficacemente implementate solo dove ci siano adeguate pianificazioni, risorse, supporti organizzativi e amministrativi, come pure appropriate facilitazioni ai processi di cambiamento da parte di professionisti esperti. L'implementazione delle linee guida deve tenere conto delle situazioni locali e deve essere disseminata attraverso un attivo e sperimentato programma formativo. A questo proposito, RNAO (attraverso un gruppo di infermieri, ricercatori e amministratori) ha sviluppato un "Toolkit": "Implementazione delle linee guida pratiche", basato su evidenze disponibili, prospettive teoriche e consensi. Il Toolkit è raccomandato per guidare l'implementazione delle linee guida RNAO alla miglior pratica infermieristica sulla "Promozione alla continenza usando lo svuotamento guidato".

(Livello di Evidenza = IV)

Anche l'evidenza ha dei limiti....

Aggiungere complessità.....



Figura 1: genitali femminili non modificati

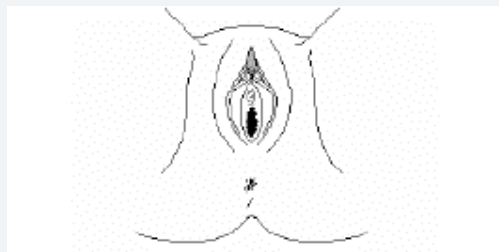


Figura 2: area di tessuto rimosso - MGF di I tipo

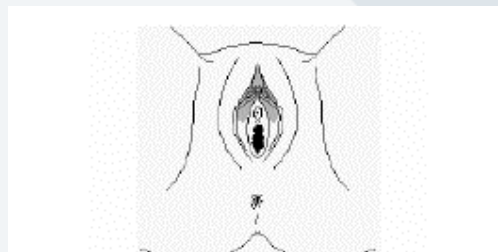


Figura 3: area di tessuto rimosso - MGF di II tipo



Figura 4: aspetto di MGF di II tipo dopo la sutura



Figura 5: area di tessuto rimosso - MGF di III tipo

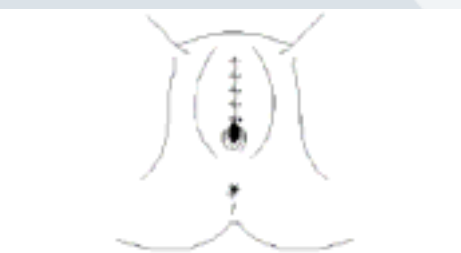


Figura 6: aspetto del III tipo dopo la sutura

Stime di diffusione

Tavola 2: paesi in cui esistono comunità che praticano la MGF

<i>Regione</i>	<i>Paesi</i>	<i>Stime diffusione* (3, 4, 5, 6, 7)</i>
Asia	<i>Indonesia, Malaysia</i>	<i>no dati disponibili</i>
	<i>India</i>	<i>meno del 10%</i>
Africa	<i>Gibuti, Sierra Leone, Somalia, Egitto</i>	<i>90% e oltre</i>
	<i>Eritrea, Etiopia, Gambia, Sudan</i>	<i>80-89%</i>
	<i>Burkina Faso, Ciad, Guinea, Liberia, Mali</i>	<i>60-79%</i>
	<i>Costa d'Avorio, Repubblica Centrafricana, Ghana, Benin, Guinea Bissau, Kenya, Nigeria, Togo</i>	<i>0-59%</i>
	<i>Senegal, Niger, Mauritania, Camerun</i>	<i>10-29%</i>
	<i>Congo, Tanzania, Uganda, Zaire</i>	<i>meno del 10%</i>
Medio Oriente	<i>Oman, Emirati Arabi, Yemen</i>	<i>no dati disponibili</i>

Ed ora sta a voi.....

forse le nostre conoscenze oggi
sembrano propendere per
un'atterraggio

Diamoci da fare affinché possa
essere un decollo

Grazie per l'attenzione!!!!

