



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale

 Regione Emilia-Romagna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

INFEZIONI DELLE BASSE VIE URINARIE NEL PORTATORE DI CATETERE URINARIO

GUIDA RAPIDA 2010

Questa guida rapida fornisce una sintesi delle raccomandazioni contenute nella Linea guida regionale *INFEZIONI DELLE VIE URINARIE NELL'ADULTO*.

Si raccomanda di utilizzare la guida dopo avere preso visione del testo completo della Linea guida, DOSSIER 190/2010, scaricabile dal sito web http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss190.htm

DIAGNOSI

DEBOLE

L'utilizzo dello *stick* urinario per escludere una IVU è indicato solo quando i segni di infezione sono sfumati.

DEBOLE

In pazienti con segni e sintomi di IVU con febbre o dolore alla schiena/fianco bisogna sospettare una pielonefrite. La terapia antibiotica empirica dovrebbe essere iniziata immediatamente dopo avere raccolto le urine per l'esame colturale, senza attendere il risultato della coltura.

FORTE

L'urinocoltura nei portatori di catetere dovrebbe essere richiesta in caso di:

- paziente con segni e sintomi suggestivi di IVU;
- sospetto di pielonefrite;
- prima di un intervento di prostatectomia transuretrale o di interventi/procedure sul tratto genitourinario con elevato rischio di sanguinamento della mucosa e nei casi di intervento per calcolosi complessa.

FORTE

La soglia laboratoristica per la definizione di infezione urinaria dovrebbe poter essere modulata sulla base di alcuni parametri:

- una urinocoltura in un soggetto asintomatico viene definita positiva in caso rilevati un numero di unità formanti colonie $\geq 10^5$ per ml;
- una urinocoltura in un uomo giovane (in cui il rischio di contaminazione del campione è più basso) o quando i germi isolati siano quelli tipici delle IVU come *E. coli* e *S. saprophyticus* può essere considerata positiva anche con soglie di unità formanti colonia più basse di 10^5 per ml.

DEBOLE

Si consiglia l'esecuzione di una ecografia addominale e l'eventuale successivo invio allo specialista in presenza di:

- ematuria di qualunque tipo in pazienti di età ≥ 40 anni con IVU ricorrenti o persistenti;
- macroematuria associata a segni/sintomi di IVU nel caso l'infezione non venga confermata.

Uomini con più di 50 anni con IVU acuta o ricorrente dovrebbero essere indagati per la presenza di anomalie del tratto urinario o di nefrolitiasi.

GESTIONE DEL CATETERE URINARIO

FORTE

Il ricorso al catetere urinario deve essere riservato alle sole condizioni in cui ogni altra alternativa non è praticabile. Una volta inserito il catetere, va periodicamente valutata la possibilità di rimuoverlo; la durata della cateterizzazione deve essere la minima possibile per ridurre il disagio del paziente e il rischio di IVU.

FORTE

Laddove possibile il cateterismo intermittente, praticato con metodica pulita, dovrebbe essere preferito al cateterismo a permanenza. I pazienti, o chi se ne prende cura, devono essere opportunamente educati alla corretta gestione del catetere a intermittenza.

DEBOLE

Il catetere urinario a permanenza di lunga durata dovrebbe essere sostituito periodicamente in accordo con le indicazioni delle ditte fornitrici. In caso di pazienti a rischio di frequenti ostruzioni del catetere, l'intervallo di sostituzione deve essere personalizzato e deve essere comunque più breve di quanto indicato dalle ditte.

FORTE

In presenza di IVU febbrile si raccomanda di rimuovere o sostituire il catetere prima di iniziare la terapia antibiotica appropriata, perché questo aumenta la probabilità di guarigione.

FORTE

I professionisti che assistono pazienti con catetere urinario dovrebbero seguire un protocollo scritto, validato e condiviso per la gestione corretta del catetere per ridurre il rischio di IVU.

PROTOCOLLO

La scelta del tipo e materiale di catetere deve tenere conto dell'esperienza dell'operatore, delle caratteristiche del paziente e della durata prevista del cateterismo. I cateteri impregnati di antisettico, eparina, fosforilcolina non riducono l'incidenza di infezioni e non devono quindi essere usati. I dati relativi ai cateteri rivestiti d'argento sono troppo deboli per poterne raccomandare l'uso.

Non devono essere utilizzati cateteri con circuito aperto.

Nei pazienti allettati in cui si utilizza la sacca con il circuito chiuso, devono essere seguite le indicazioni per evitare reflussi di urina in vescica (svuotamento periodico della sacca, chiusura della *clamp* qualora la sacca venga mobilizzata) e per evitare l'interruzione del circuito.

Nei pazienti mobilizzati e autonomi, è preferibile l'utilizzo del catetere con valvola unidirezionale.

L'inserimento di un catetere urinario a permanenza deve essere fatto seguendo una procedura sterile/asettica.

Per l'inserimento di un catetere urinario a intermittenza è indicata la procedura pulita.

I cateteri (tranne quelli autolubrificanti) devono essere lubrificati utilizzando confezioni di lubrificante monouso o individualizzate per singolo paziente.

Il meato uretrale va pulito quotidianamente con acqua e sapone.

- In ospedale o altra struttura di ricovero: prima di ogni pratica assistenziale che prevede la manipolazione del catetere, gli operatori devono lavarsi le mani con acqua e sapone (o frizionarle con soluzione alcolica) e indossare guanti monouso non sterili. Terminata l'operazione e rimossi i guanti, gli operatori devono lavarsi nuovamente le mani con acqua e sapone (o frizionarle con soluzione alcolica) per evitare di infettare altri pazienti.
- A domicilio: il paziente stesso o chi se ne prende cura deve lavarsi le mani con acqua e sapone prima e dopo ogni intervento di manipolazione del catetere.

Il clampaggio intermittente del catetere (ginnastica vescicale) non è efficace nel migliorare la funzionalità vescicale ed è probabilmente dannoso. Non deve quindi essere effettuato.

L'instillazione in vescica di liquidi di lavaggio (*wash out*) non è efficace nel ridurre le IVU, potrebbe causare effetti avversi e pertanto non deve essere utilizzata.

L'irrigazione vescicale, quando necessaria, deve essere eseguita utilizzando una tecnica sterile.

L'uso dell'antibiotico al cambio periodico del catetere non riduce le IVU e aumenta il rischio di colonizzazione da germi resistenti, e pertanto non deve essere utilizzato.

La profilassi antibiotica periodica o cronica nei portatori di catetere non riduce le IVU e aumenta il rischio di colonizzazione da germi resistenti, e pertanto non deve essere utilizzata.

I portatori di catetere non vanno sottoposti a screening della batteriuria asintomatica. In caso di riscontro occasionale di batteriuria, in assenza di sintomi, la terapia antibiotica non va fatta.

GESTIONE DELLE IVU NEI PORTATORI DI CATETERE URINARIO

FORTE

In un paziente portatore di catetere con segni di IVU si raccomanda di raccogliere le urine per urinocoltura e rimuovere il catetere se in sede da più di 7 giorni. In caso i sintomi siano locali, si possono attendere i risultati dell'urinocoltura prima di iniziare la terapia antibiotica. Se i sintomi sono sistemici, oltre all'urinocoltura si raccomanda, laddove possibile, di eseguire anche due emocolture e di iniziare subito una terapia antibiotica empirica.

FORTE

In caso di IVU in un paziente portatore di catetere che presenti esclusivamente sintomi locali, la terapia antibiotica dovrebbe generalmente protrarsi per un totale di 5-7 giorni; in presenza invece di sintomi di infezione sistemica, la durata della terapia dovrebbe essere compresa fra 10 e 14 giorni.

FORTE

I pazienti con catetere a permanenza per periodi prolungati (10 anni) dovrebbero essere sottoposti a screening del tumore della vescica.

RESPONSABILITÀ SCIENTIFICA

Area di programma RISCHIO INFETTIVO

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
viale Aldo Moro 21 - Bologna

A CURA DI

SIMONA DI MARIO	CeVEAS Azienda USL di Modena
CARLO GAGLIOTTI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
ANNA MARIA MARATA	CeVEAS Azienda USL di Modena
MARIA LUISA MORO	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

GRUPPO DI LAVORO

FERNANDO ANZIVINO	Azienda USL di Ferrara
GIANCARLO AULIZIO	Azienda USL di Forlì
LUCIANA BALLINI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
CLAUDIO CANCELLIERI	Azienda USL di Forlì
GIORGIO CIONI	Azienda USL di Modena
ANGELO CORVETTA	Azienda USL di Rimini
CLAUDIO FERRI	Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
STEFANO GIORDANI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
MARIA MONGARDI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
ANGELA PEGHETTI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
STEFANO RUBINI	Azienda USL di Bologna
MARIO SARTI	Azienda USL di Modena
ANDREA TURCI	Azienda USL di Cesena

GRAFICA

a cura di FEDERICA SARTI, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

STAMPA

a cura di STABILIMENTO TIPOGRAFICO DEI COMUNI, Santa Sofia (FC)
settembre 2010

COPIA DELL'OPUSCOLO PUÒ ESSERE RICHIESTA A
FEDERICA SARTI - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

IL FILE .PDF DELLA GUIDA RAPIDA È REPERIBILE NEL SITO <http://asr.regione.emilia-romagna.it>