



OSPEDALE SANDRO PERTINI

Dott. Egidio Sesti
Direttore Generale ff

LA CHIRURGIA UROLOGICA ROMANA 2010

VIII Corso di Aggiornamento in Chirurgia Urologica
Corso Teorico-Pratico per Medici e Infermieri
Roma 20-21 Settembre 2010

Presidente
Prof. A. Panucci
Direttore
Prof. M. Schiavone

LA CHIRURGIA UROLOGICA ROMANA 2010

VIII CORSO DI AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA UROLOGICA


XI SESSIONE

La gestione della fase post acuta nel paziente urologico complesso

Moderatore: M. T. Stuppa

La gestione infermieristica nel paziente con
trauma vertebro spinale e lesione midollare

R. M. De Maria - M. P. Fabbrizzi



Gestione
infermieristica del
paziente con trauma
vertebro-midollare e
lesione midollare

CPSI Dr.ssa Rosalba M. De Maria
U.O.C. Neurochirurgia
Ospedale "S. Pertini" - Roma

Il midollo spinale



Parte del SNC che svolge
specifiche funzioni :

- riflessa
- trofica
- autoritmica
- conduzione stimoli (*sia in senso
ascendente che discendente*)

Lesione
incompleta

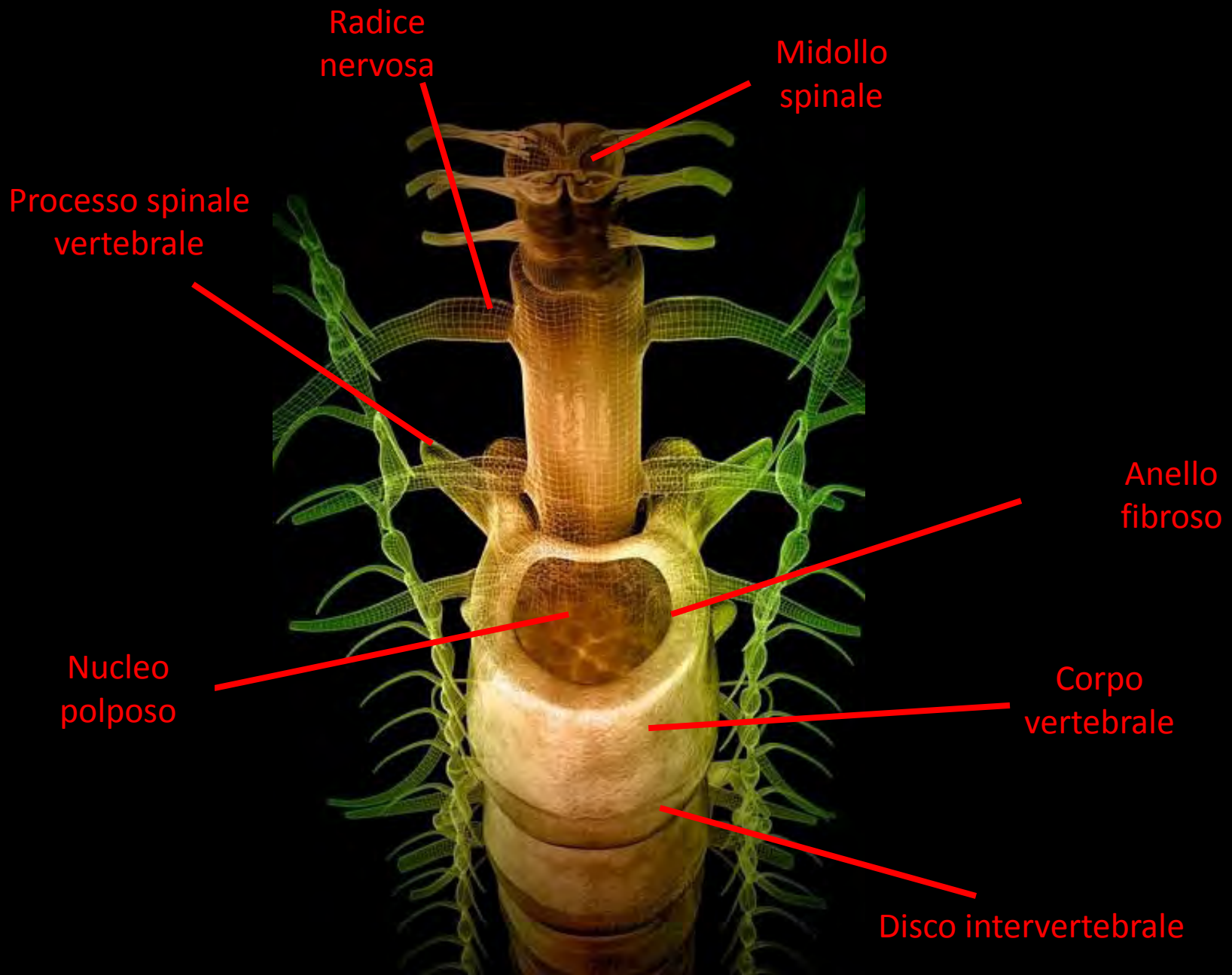
Una lesione del midollo spinale
determina un deficit totale o
parziale di queste funzioni al di
sotto della sede di lesione.

Lesione
completa




Plegia


Paresi



Evoluzione clinica della lesione midollare

- 
1. Fase acuta (shock midollare):
 - 6/8 sett.
 - paralisi motoria e sensitiva
 - assenza riflessi osteo- tendinei
 - *paralisi sfinteri (ritenzione feci/urine)*

Evoluzione clinica della lesione midollare

- 
2. Fase di automatismo e di ripristino:
- se lesione completa: ripristino riflessi osteo-tendinei, spasticità e ripristino della *funzione automatica vescica e alvo* che può portare ad *incontinenza* di feci ed *urine*
 - se lesione incompleta: recupero tot o parziale dell'integrità anatomo-funzionale del midollo e regressione più o meno completa dei deficit sottolesionali

Evoluzione clinica della lesione midollare

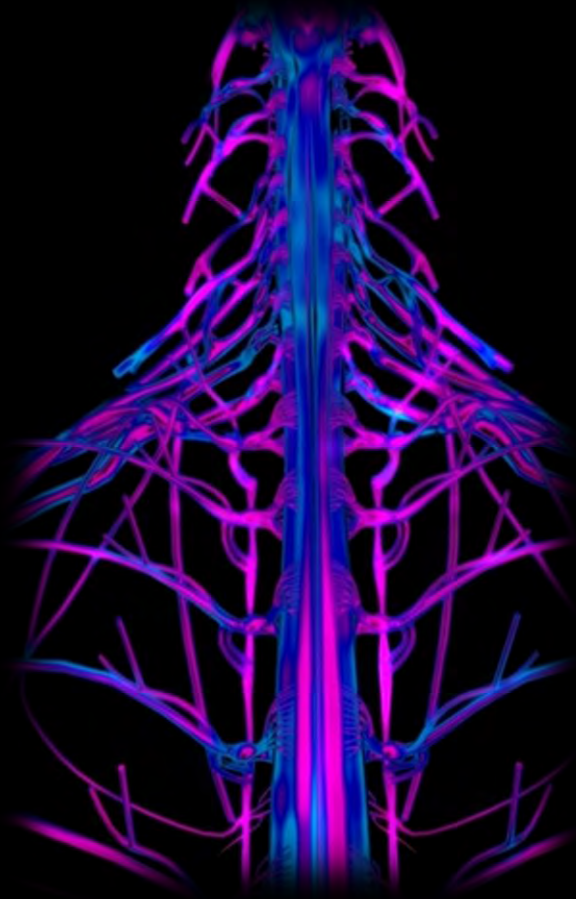
3. Fase di stato:

- stato cronico della lesione midollare
- possibilità di complicanze LDP, *IVU*, flebo-trombo-embolie.....

**Fattori di rischio che
possono condurre
il paziente a morte**



Epidemiologia delle lesioni midollari



33% Mielolesioni non traumatiche:
(vascolare, tumorale, iatrogena...)

67% Mielolesioni traumatiche:
deformazione o danno al canale
vertebrale causato da una forza
estrinseca

Fonte: GISEM

Incidenza dei traumi vertebro-midollari



A livello mondiale
49 nuovi casi/milione di
abitanti l'anno

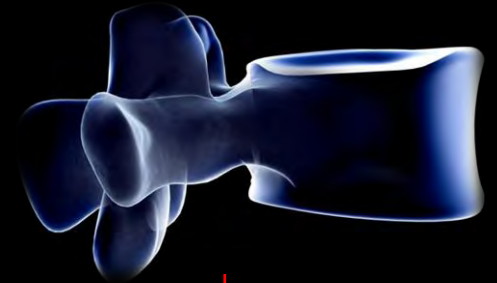
In Italia
20/25 nuovi casi/milione di
abitanti l'anno (= 60/70mila nuovi
pazienti).

Età media: 38,5 anni

Sesso: M 80% F 20%

Fonti: Ministero della Salute , GISEM

Eziologia dei traumi vertebro-midollari



	% frequenza	% maschi	% femmine	età media
Auto	37,2	77,1	22,9	34
Moto	13,8	87,9	12,1	28
Ciclista/pedone	3,4	70,8	29,2	51
Sport	8	96,5	3,5	33
Violenza	2	100	0	31
Caduta	21,8	85,9	14,1	49
Tentato suicidio	4,2	26,7	73,3	33
Altro	9,4	76,6	22,4	47

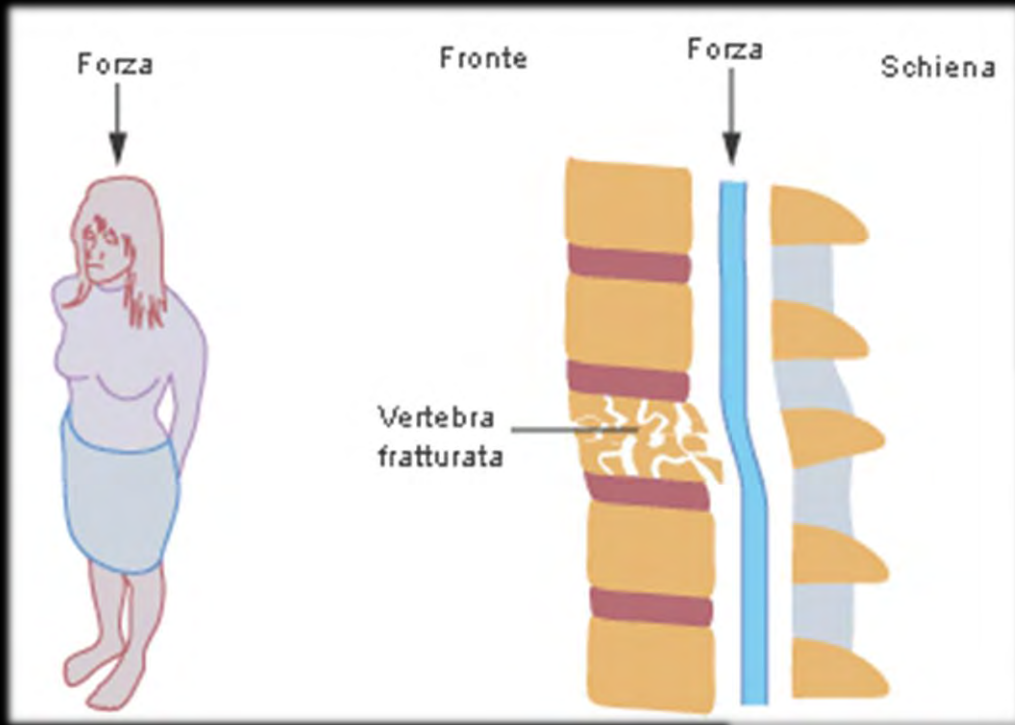
Fonte:GISEM

Tipi di fratture

Stabili

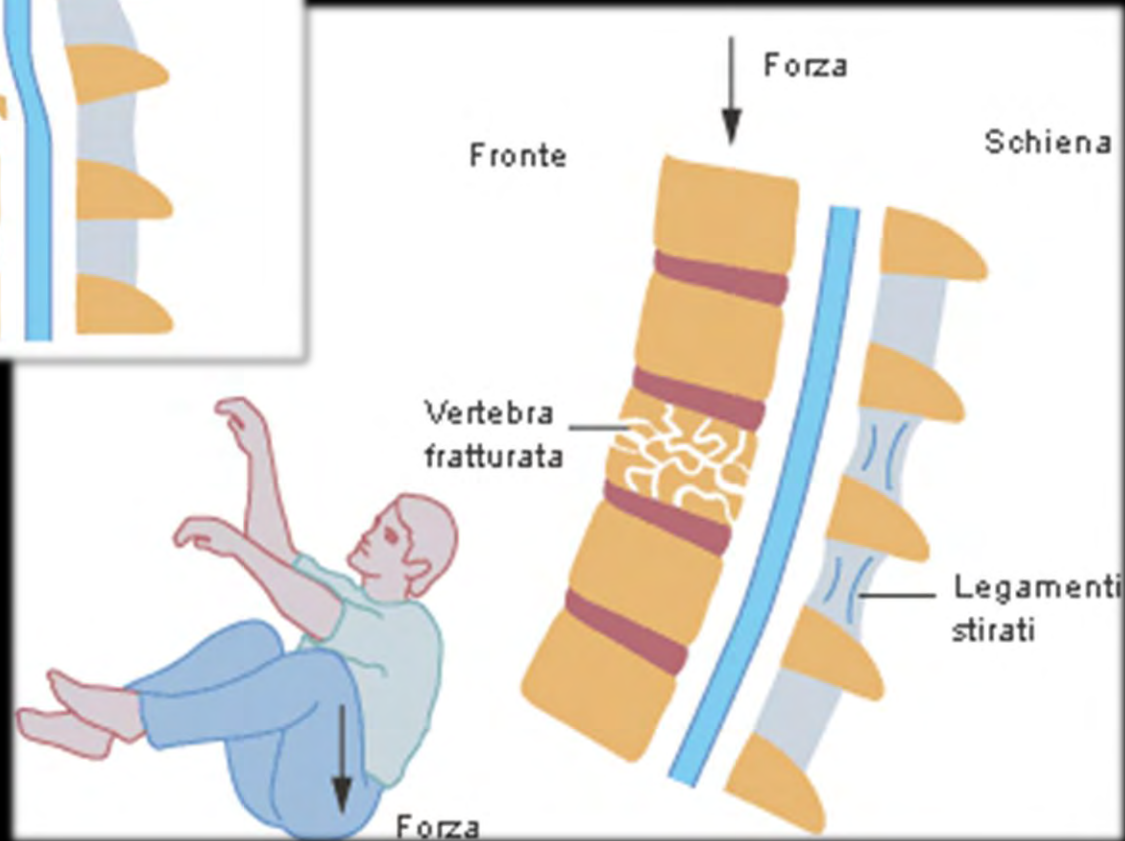
Instabili

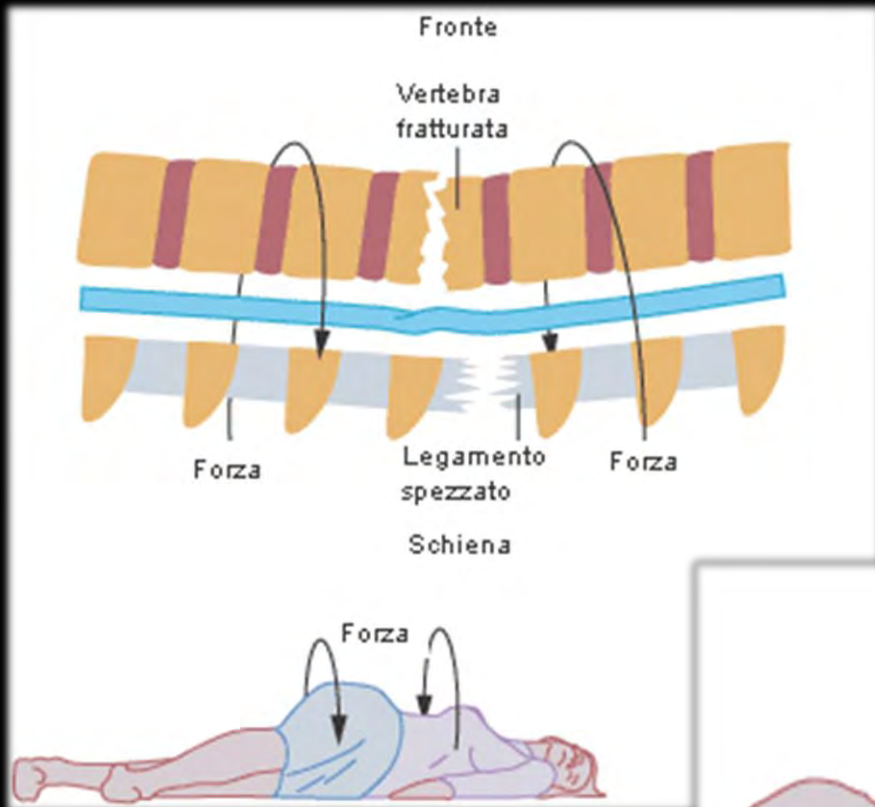




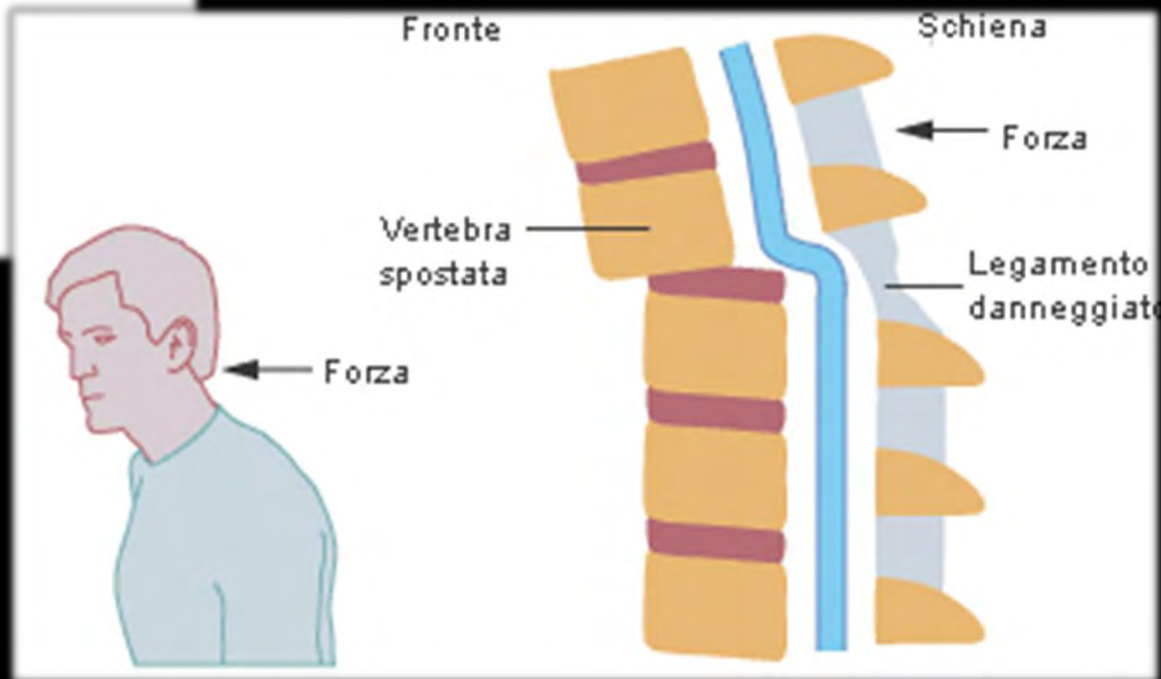
Compressione
verticale

Compressione –
sovraflessione
assiale

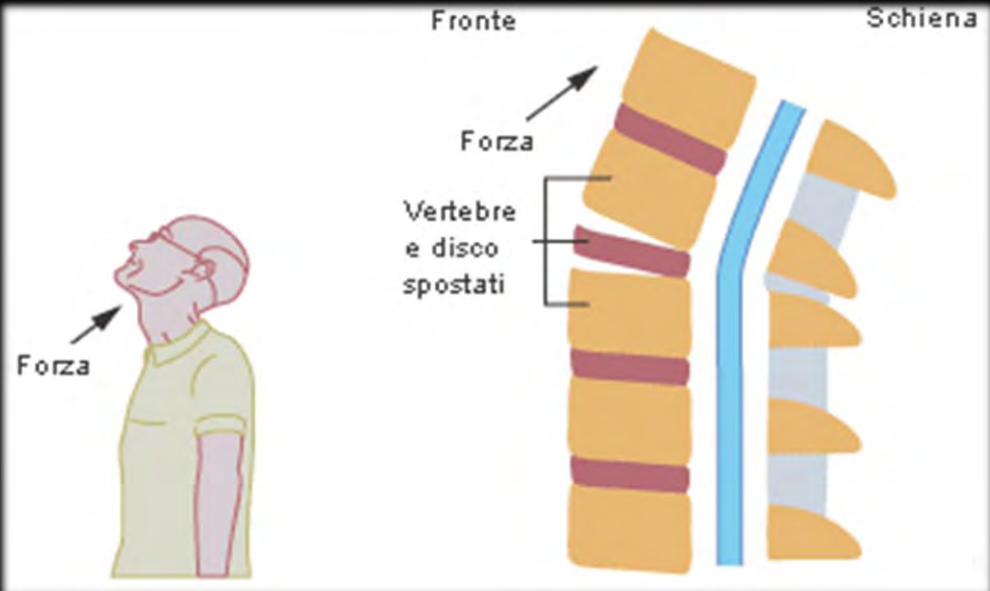




→ Sovra-flessione con rotazione

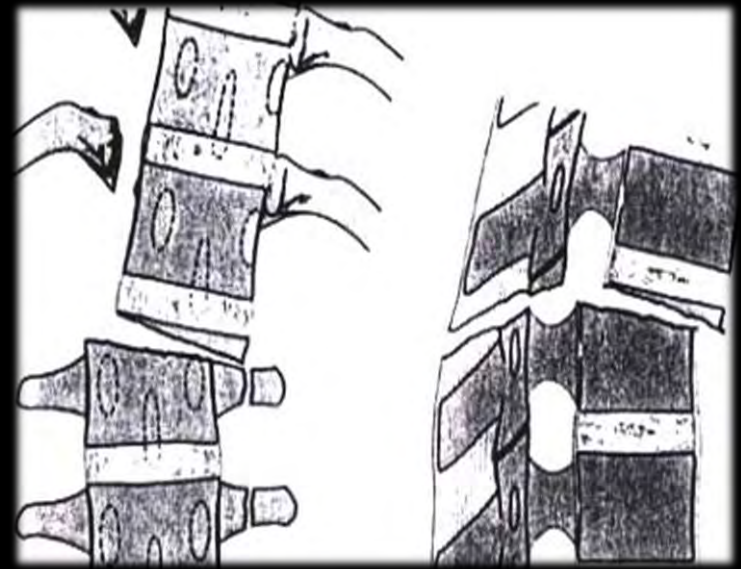


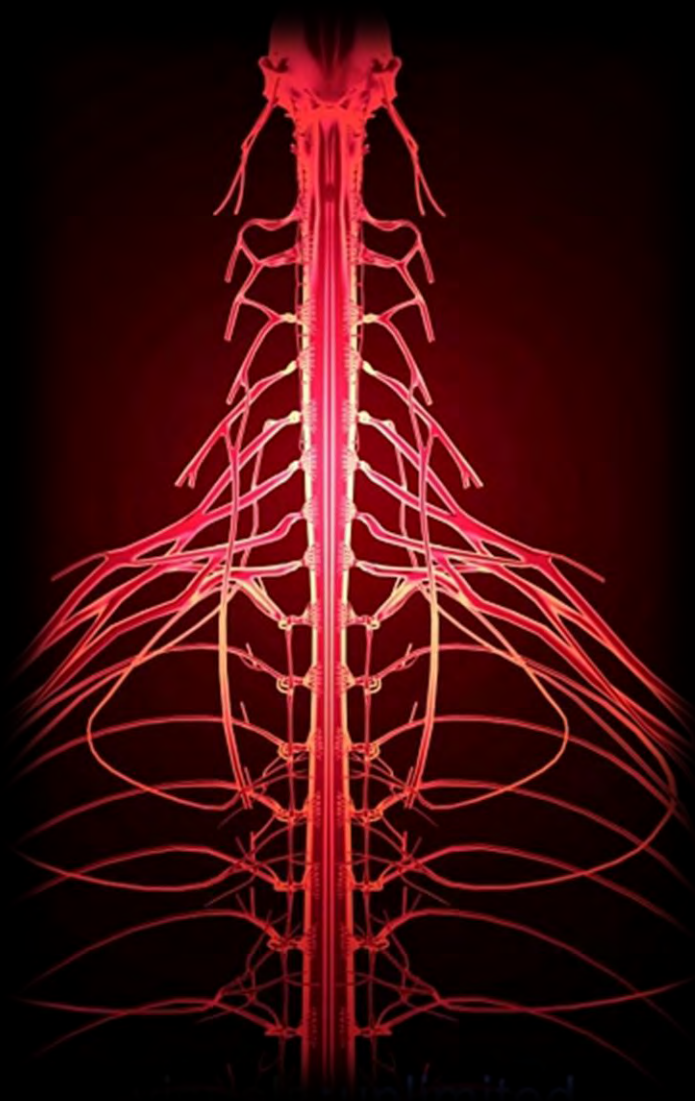
Iper-flessione ←



→ Sovra-distensione

Lesione da trauma
 diretto perpendicolare ←
 al rachide



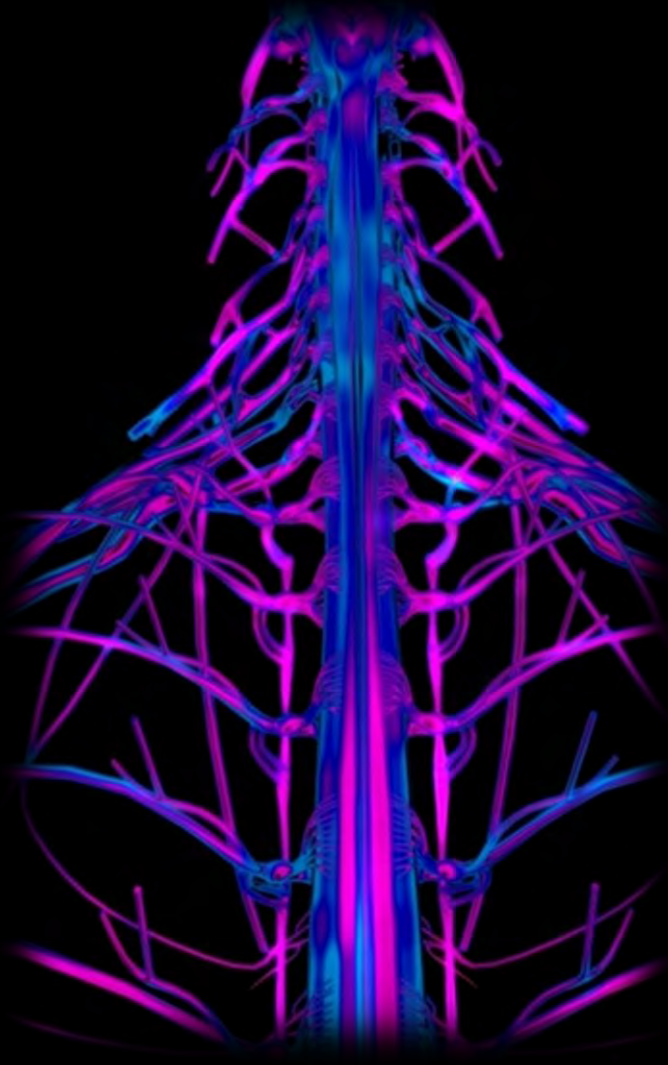


- Innervazione vescicale intatta
- Integrità app. vescico-sfinterico
- Integrità riflessi periferici
- Integrazione tra SNV e SNC

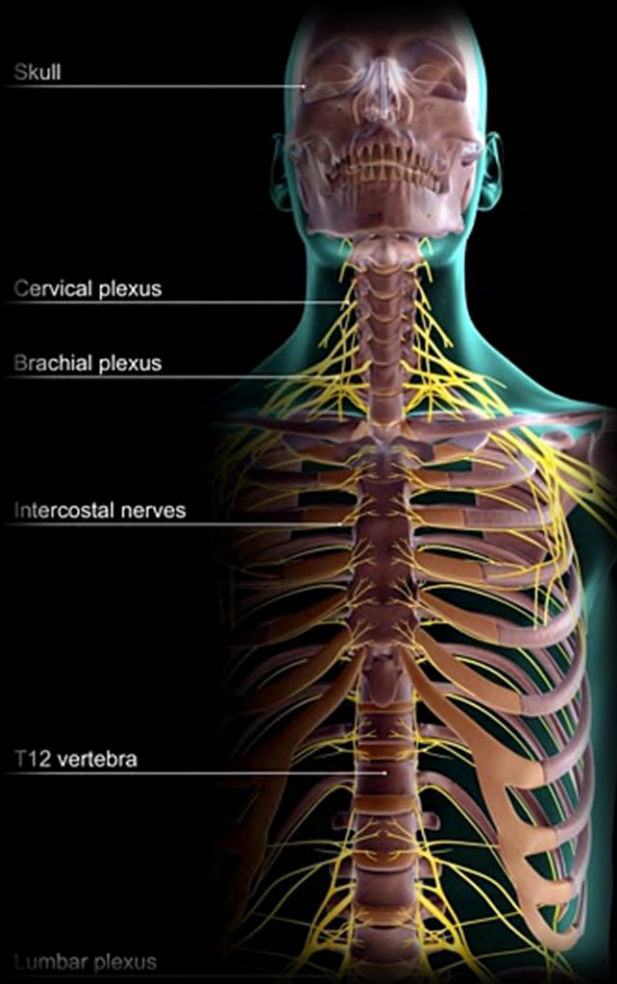
Tipi di lesione

Sottopontina
sovrasacrale

Sacrale e
periferica

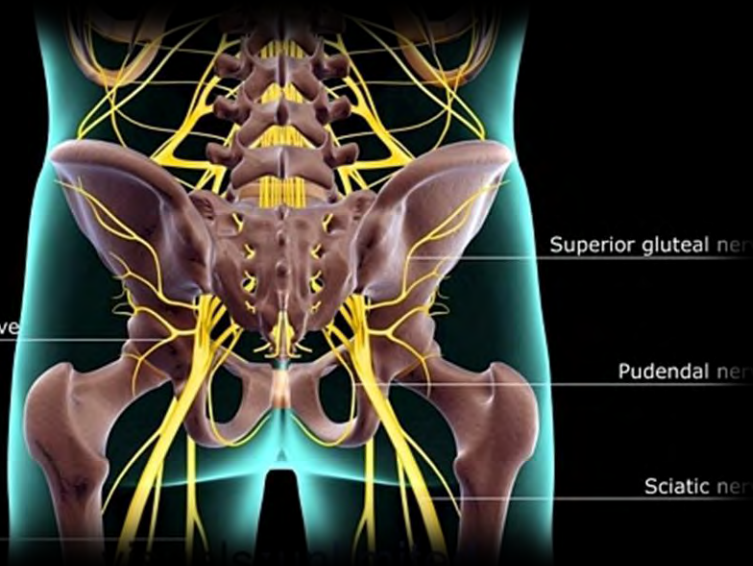


Sottopontina sovrasacrale



- ✓ minzione volontaria impossibile
- ✓ iperattività detrusoriale
(dissinergia vescico-sfinterica)
- ✓ incontinenza urinaria
- ✓ residuo minzionale anche elevato *(minzione riflessa)*

Sacrale periferica



- ✓ iporeflessia detrusoriale
- ✓ *ritenzione urinaria +/- completa*
- ✓ *possibilità di incontinenza urinaria da rigurgito o da sforzo*

Le disfunzioni urinarie

- tipo e gravità variano a seconda dell'entità del danno midollare
- rischio per la salute dei pz
- condizionano il reinserimento sociale, scolastico e lavorativo



Obiettivi assistenziali

- Preservare l'integrità della funzione renale
- Evitare la presenza di incontinenza e/o ritenzione urinaria

Lo svuotamento vescicale

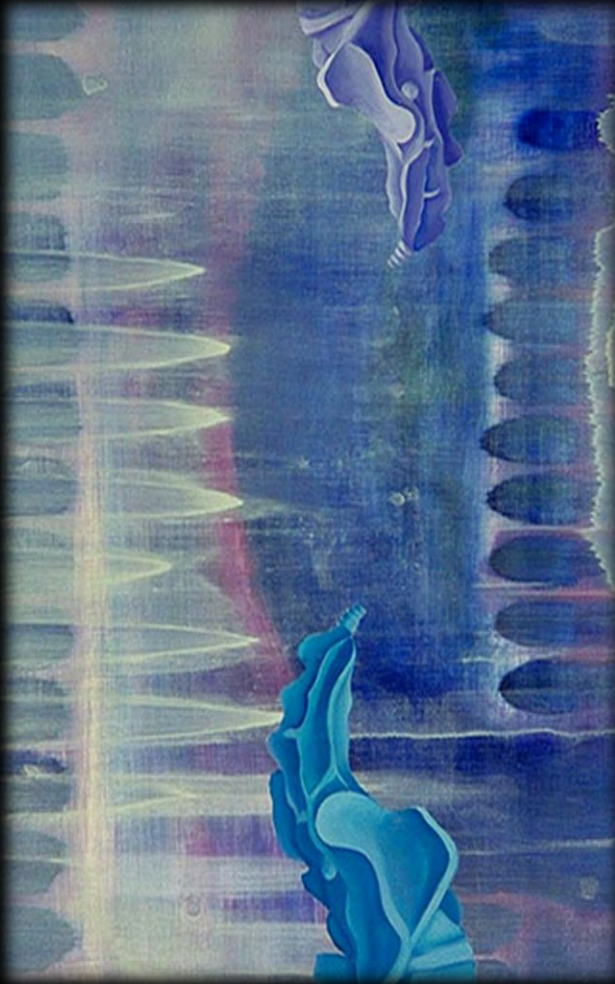
Considerare:

- La fase della lesione midollare
- Lo stato coscienza del pz


Catetere a permanenza

Catetere sovrapubico


Cateterismo intermittente



Il cateterismo intermittente

- 
- Unica tecnica a disposizione che rispetti la fisiologia vescicale
 - Riduce l'incidenza delle IVU in ospedale
 - Frequenza/die 4-6 volte
 - Il totale di urine drenate non deve superare i 400/500 ml
 - Monitoraggio diuresi

Il cateterismo intermittente

- 
- Può essere evacuativo o di completamento
 - Può essere eseguito anche con tecnica “pulita”
 - Può essere eseguito dal paziente stesso

Cateteri non lubrificati

Cateteri idrofili autolubrificanti

Il cateterismo intermittente



Complicanze:

- ✓ Traumatismi uretrali
- ✓ False strade
- ✓ Infezioni

Monitoraggio diuresi

Rilevazione e relativa annotazione
sul diario clinico inerente:

- frequenza cateterismo
- quantità urine drenate
- eventuali episodi di
incontinenza



Diario minzionale

Usato non solo in ospedale ma anche a casa dal paziente, nei primi giorni dopo la dimissione.



Diario minzionale

Ora	Minzione volontaria* (se SI barrare)	Episodio incontinenza (se SI barrare)	Episodio urgenza (se SI barrare)	Cambio del pannolino (se SI barrare)	Note
8.20	<input checked="" type="checkbox"/> 300 cc				
11.20		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Colpo di tosse
12.10	<input checked="" type="checkbox"/> 300 cc				
15.00					
17.10		<input checked="" type="checkbox"/>			Lavavo le mani
18.00				<input checked="" type="checkbox"/>	
22.00	<input checked="" type="checkbox"/> 250 cc				



Il cateterismo ad intermittenza
non è l'apertura e la chiusura
del catetere vescicale a
permanenza!!

GINNASTICA VESCICALE?



Se il catetere vescicale viene chiuso più volte durante la giornata si determina una stasi di urina. Il muscolo detrusore della vescica non esegue nessuna “ginnastica” se il catetere è in situ perché lo svuotamento avviene per drenaggio e non per contrazione dello stesso muscolo.

R. F. Craven ,C. J. Hirnie 1998



L'equipe assistenziale



- Informare
- Consigliare
- Trasmettere
- Rassicurare



Senza motivazione il processo assistenziale incontrerà diverse difficoltà.

Senza motivazione la persona avrà più difficoltà a rimettere insieme la sua identità di uomo, persona ed individuo



Motivare al momento giusto, entrando nella vita del paziente in “punta di piedi” ma con fermezza



Grazie

Sito e bibliografia

- <http://www.med-ed.virginia.edu/courses/rad/cspine/>
- <http://ministerosalute.it>
- <http://lesionispinali.org>
- <http://renalgate.it>
- <http://dog4life.it>
- <http://cptorino.it>
- <http://www.midollospinale.it>

- Istituto Superiore di Sanità Protocol for prevention, diagnosis and therapy of catheter-associated urinary tract infections.

Gianfranco Donelli, Valeria Di Carlo, Emilio Guaglianone, Iolanda Francolini, Roberta Di Rosa, Massimo Antonelli, Giovanni Fadda, Annunziata Isabella Parisi, Stefania Musco, Antonio Ierna, Fabrizio Mastrilli 2003, iii, 43 p. Rapporti ISTISAN 03/40 (in Italian) Protocollo ISS Cateterismo vescicale – Rapporto ISTISAN 03/40

- Scivoletto G, Di Lucente L, Fuoco U, Di Donna V, Laurenza L, Macellari V, Giacomozzi C, Molinari M. *Riabilitazione e valutazione dei pazienti mielolesi: l'esperienza della Fondazione S. Lucia di Roma. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008.* (Rapporti ISTISAN 08/39).