

Vi chiedo cortesemente di leggere anche la parte del "feedback" in fondo al prospetto

Matricola	ESITO
VR385221	sup Stat (buono)
VR400665	21
VR400478	27
VR400840	superato ABE (discreto)
VR400520	30 e lode
VR401650	27
VR401001	29
VR401558	superato ABE (piu che buono)
VR390554	21
VR392891	sup Stat (pienam.suff)
VR400543	assente
VR401014	sup Stat (più che suff)
VR390517	25
VR390583	NS Stat/ sup ABE (quasi discreto)
VR405050	sup Stat (più che suff)/NS ABE
VR400852	sup Stat (più che discreto)
VR400492	sup Stat (più che suff)/NS ABE
VR405032	sup Stat (suff) /NS ABE
VR400604	sup Stat (suff) /NS ABE
VR390699	NS stat
VR400571	sup Stat (più che suff/discr) /NS ABE
VR400489	30 e lode
VR400719	sup Stat (più che discreto)
VR400659	25
VR390574	sup Stat (più che suff)
VR400711	25
VR402373	22
VR391266	sup Stat (quasi discreto)
VR400902	sup Stat (buono)/NS ABE
VR401086	28
VR394355	20
VR400399	27
VR400903	sup Stat (discreto)
VR384290	NS Stat/ Sup ABE (app.suff)
VR390758	sup Stat (quasi discreto)/NS ABE
VR400558	24
VR400490	NS Stat/ Sup ABE (più che buono)
VR400673	20
VR401136	24
VR390352	30 e lode
VR400645	25
VR400482	30 e lode
VR383747	sup Stat (suff)/NS ABE
VR400409	23

VR400394	sup Stat (ottimo)
VR390964	sup Stat (quasi discreto)
VR401319	24

Feedback generale parte “Metodologia infermieristica basata sulle evidenze”

Complimenti! dalle prove ho apprezzato l’approfondimento della parte relativa alle linee guida (struttura, definizione), fonti di informazione scientifica, l’acquisizione di concetti e linguaggio utili per sapere leggere e comprendere un articolo scientifico e la vostra capacità di interpretazione degli studi.

Alcuni suggerimenti rispetto ad alcune imprecisioni

- MESH fornisce delle definizioni concettuali di parole libere e non articoli (alcuni hanno confuso i risultati dell’immagine con delle fonti di articoli anziché delle definizioni di termini MESH)
- Suggestisco di verificare il significato di intervallo di confidenza e di linea di non significatività (attenzione a non confondere l’IC con il valore superiore o inferiore a 1 dell’OR). In mancanza del P-value per valutare la significatività di una stima si verifica l’intervallo di confidenza (non il numero dei casi)

Dalle prove emerge che

- Il 100% non metterebbe il CV al paziente con lesione da decubito incontinente. Bravi! Come giustamente avete evidenziato non sussistevano i motivi per sede della lesione,...
- Il 40% non metterebbe il CV al paziente ricoverato per ICTUS ma il 60% lo metterebbe
- Il 46% non metterebbe il CV al paziente affetto da incontinenza d’urgenza ricoverato per scompenso cardiaco ma il 54% lo metterebbe

In questo scritto mi preme condividere con i futuri infermieri (a prescindere dall’esito dell’esame) qualche riflessione “evidence e patient -based” rispetto al “cateterismo vescicale”. La letteratura e gli orientamenti sono attualmente rivolti ad evitare il “catetere vescicale non necessario “ con studi anche nei dipartimenti di emergenza. Sicuramente nella pratica esiste il “ dipende “ che implica considerare la situazione clinica e il punto di vista del paziente ma alla base ci sono dei principi guida

Una premessa che sicuramente per voi è solo un ripasso di conoscenze che vi sono proprie ma che utilizzo per trasmettere il motivo di questo riscontro.

L’infezione del tratto urinario (ITU) è la più “comune” delle infezioni associate ai processi assistenziali e rappresenta > 30% delle infezioni. Il 63 – 74 % di queste sono correlate a catetere vescicale e determinano un incremento morbilità e mortalità e della durata di degenza

La risposta

Linee guida CDC 2009; SHEA/ IDSA 2014 e update, forniscono le seguenti indicazioni alla caterizzazione:

Stralcio di LG presneti nel texto dela prova	Commento e interpretazione
Ritenzione urinaria acuta o ostruzione delle vie urinarie	→ alternativa? CV a intermittenza
valutazione oraria della diuresi in pazienti critici in ICU	→ chi sono i pazienti che richiedono un controllo orario? A quali pazienti controllate ogni ora (e la documentate)? Il criterio guida è definire il paziente “emodinamicamente instabile”, alcuni esempi sono il paziente con shock ipovolemico, grave scompenso cardiaco/ shock cardiogeno (ma non tutti i pazienti con scompenso cardiaco acuto). Il paziente con ICTUS pur essendo in fase acuta può non essere emodinamicamente instabile
Nel perioperatorio in pazienti - Ch.urologica o di altre strutture contigue del tratto genito-urinario; - È prevista una durata prolungata dell’intervento che necessitano, durante l’intervento chirurgico, l’infusione di volumi	rimuovere al rientro dalla SO o al max entro 24 ore) Vedere anche NICE 2008 e 2014 reative all’infezione del sito chirurgico

importanti di liquidi o diuretici;	
Favorire la guarigione di lesioni aperte sacrali o perineali in selezionati pazienti incontinenti	→ alternativa? Urocontrol nel genere maschile
Prolungata immobilizzazione per trauma instabile toracico e/o spinale, politraumi fratture pelviche	Rischio di danno da mobilizzazione
Come eccezione, su richiesta del paziente, per migliorare il confort nel fine vita	

Linee Guida ISO-SPREAD -2017 – sezione “ictus acuto: monitoraggio e complicanze nella fase di stato”

Raccomandazione 10.21

Il posizionamento a dimora di un catetere vescicale è indicato solo nei pazienti con grave disfunzione vescicale (→ almeno 2 episodi di ritenzione urinaria , quindi quando presente il problema)

Raccomandazione 10.22

Nei pazienti senza apparenti disfunzioni vescicali è indicato controllare periodicamente l’esistenza di residuo post-minzionale e, qualora se ne verifichi la presenza, praticare la cateterizzazione sterile intermittente. (→ effettuare bladder scan post-minzionale)

Raccomandazione 10.23

È raccomandato *evitare* il cateterismo vescicale quando non è necessario.

Lunedì 14 maggio alle ore 15 presso il polo universitario – Anna Brugnolli è disponibile per feedback rispetto alla parte di ABE