

Sarah L Krein and Sanjay Saint

BMJ Qual Saf 2015 24: 412-413 originally published online June 1, 2015  
doi: 10.1136/bmjqs-2015-004376

---

Updated information and services can be found at:  
<http://qualitysafety.bmj.com/content/24/7/412>

---

### References

*These include:*

This article cites 15 articles, 3 of which you can access for free at:  
<http://qualitysafety.bmj.com/content/24/7/412#BIBL>

### Email alerting service

Receive free email alerts when new articles cite this article. Sign up in the box at the top right corner of the online article.

---

### Notes

Link all'articolo originale <http://qualitysafety.bmj.com/content/24/7/412.full.pdf+html>

Traduzione Angela Corbella Stefania Ronda

## Qual è la vostra scusa per utilizzare il Foley / catetere vescicale (CV)?

*Colui che è bravo a trovare scuse, è raramente bravo in qualsiasi altra cosa (B.Franklin)*

Gli sforzi per prevenire le infezioni del tratto urinario associate a catetere vescicale (CAUTI catheter-associated urinary tract infection. Di seguito denominate CAUTI) sono in atto a livello mondiale [1-4]. La riduzione dell'utilizzo del CV è una componente chiave di molte iniziative di prevenzione; ciò ha senso in considerazione delle evidenze che dimostrano l'efficacia di tale componente nella riduzione dei tassi di CAUTI [5].

Tuttavia tale approccio richiede una focalizzazione specifica sulla promozione di indicazioni appropriate al CV sia al momento dell'inserimento che durante la durata della cateterizzazione. Sfortunatamente i dati dimostrano una variabilità significativa nell'applicazione e interpretazione di tali indicazioni [6].

L'articolo di Murphy e colleghi [7] utilizza solidi metodi qualitativi per comprendere il processo decisionale sotteso all'inserimento del CV, includendo le indicazioni d'uso nonché il contesto clinico. Tale focus corrisponde con ciò che noi e altri autori abbiamo definito "aspetti socio adattativi" della prevenzione delle CAUTI; rispetto alle componenti tecniche (reminders / promemoria o "stop orders"<sup>1</sup>) tali aspetti includono cambiamenti comportamentali e culturali [8]. Il lavoro di Murphy *et al.* supporta l'uso di determinate strategie per promuovere un utilizzo più appropriato del CV, tra cui il miglioramento della formazione sulla disponibilità di alternative come l'ecografia vescicale e cateteri urinari esterni / uro condom (denominati nello studio "guaine urinarie" / "urinary sheats").

---

**Nota 1 REMINDERS / PROMEMORIA:** ricordano a medici e infermieri che il CV è in situ; essi includono una checklist giornaliera o dei reminder verbali o scritti al fine di verificare che il CV sia ancora necessario, adesivi sulla cartella del paziente o sulla sacca di raccolta urine o ancora un reminder informatizzato.

**STOP ORDERS** sollecitano / forzano gli operatori (sia medici che infermieri) a rimuovere il CV di default dopo un periodo di tempo prestabilito o alla risoluzione di una determinata condizione clinica, a meno che non permangano le condizioni per la cateterizzazione.

Rafforza, inoltre, le conoscenze esistenti sulle presunte ragioni per cui gli operatori utilizzano il CV, includendo istanze correlate al carico di lavoro e alla convenienza percepita da operatori (o pazienti) o altre questioni di sicurezza (ad es. la prevenzione delle lesioni da pressione).

Uno studio multicentrico condotto negli USA che si focalizza sulle pratiche di prevenzione delle CAUTI ha evidenziato che la convenienza del personale infermieristico è stata percepita come una delle forze trainanti sottese all'uso inappropriato del CV [9]. Come afferma una delle infermiere coinvolta in quello studio: *“sfortunatamente, la convenienza è la priorità, un altro fattore, soprattutto con i CV, sì, il carico di lavoro aumenta se devi accompagnare i pazienti in bagno o se devi cambiare il letto più spesso...”* [9].

Allo stesso modo Harrod *et.al* [10], sempre utilizzando metodi qualitativi, hanno evidenziato che, quando si tratta di migliorare gli interventi per ridurre l'uso del CV, il personale ospedaliero percepisce di dover scegliere tra priorità in conflitto per la sicurezza del paziente (es. l'effetto dell'uso del CV sul rischio di caduta del paziente) [10].

Altri risultati riportati da Murphy e colleghi evidenziano alcuni problemi e approcci emergenti per affrontare l'uso inappropriato o il potenziale sovra utilizzo del CV. Per esempio la reazione istintiva da parte del medico del dipartimento di emergenza che afferma: *“Non penso proprio per niente alla decisione”* oltre all'incoraggiare l'uso del CV per monitorare la diuresi senza un'adeguata riflessione, suggeriscono la necessità di migliori strategie e strumenti cognitivi. Ciò potrebbe includere l'incoraggiamento e/o il favorire una pratica più attenta e consapevole [11] oltre al miglioramento dei criteri e delle linee guida per definire l'uso appropriato del CV come per es. stabilire quando il monitoraggio della diuresi oraria è veramente necessario [12]. D'altra parte, le preoccupazioni per evitare imprevisti e l'uso combinato di indicazioni e obiettivi deboli sono più insidiosi e difficili da affrontare; forse servono come presunta razionalizzazione o scuse per azioni piuttosto che per vere decisioni.

Tra i vari punti di forza di questo documento vi è la natura approfondita dei risultati e la focalizzazione sul processo decisionale sotteso all'inserimento del CV, sottolineando specifiche attitudini o potenziali gaps di conoscenza che servono come punti base d'intervento. Capire come le attitudini e le percezioni relative all'utilizzo del CV differiscano / cambino nei diversi contesti clinici (es. dipartimento d'emergenza versus reparto di area medica) è anche importante per sviluppare strategie efficaci di promozione di un uso appropriato. Tuttavia, mentre la generalizzabilità in termini statistici non è in discussione, la trasferibilità di questi risultati ad altri ospedali e contesti richiede una riflessione. Nello specifico, in questo ospedale i medici erano responsabili in prima persona dell'inserimento del CV e questo sembra essere un fattore importante nella decisione di utilizzare il CV per specifiche tipologie di pazienti. Rimane invece una questione aperta se i risultati ottenuti correlati all'età e al sesso dei pazienti si possano applicare in ospedali dove, anziché i medici, è il personale infermieristico responsabile in prima persona dell'inserimento del CV (il caso della maggior parte degli ospedali USA). Nonostante questo limite, questo studio rafforza la nostra convinzione che gli aspetti socio adattativi correlati alla prevenzione delle CAUTI rappresentano spesso le sfide più grandi per gli ospedali nei loro sforzi di ridurre l'uso del CV e quindi diminuire i tassi di CAUTI [13].

Il lavoro di Murphy e colleghi, oltre a contribuire ad un approfondimento della conoscenza delle attitudini, percezioni, conoscenze e comportamenti degli operatori correlati all'uso del CV, suggerisce anche le aree per ulteriori indagini, incluso una migliore comprensione della prospettiva dei pazienti. Mentre l'uso del CV viene spesso giustificato dagli operatori per il comfort e la dignità del paziente, la verità è che i pazienti non trovano la cateterizzazione a permanenza né confortevole né dignitosa [14].

Lo studio indica anche che è necessario ulteriore lavoro per familiarizzare gli operatori con le alternative esistenti, come cateteri urinari esterni / uro condom e pannoloni ad alta assorbenza che per alcuni pazienti possono essere usati per controllare in maniera soddisfacente i problemi di incontinenza senza l'uso di un dispositivo invasivo che aumenta il rischio di altre complicanze.

Un'altra pista per ulteriori studi comprende il contesto clinico e i fattori ambientali che possono promuovere o limitare l'uso di CV. Sebbene alcuni interventi in setting specifici (come il dipartimento di emergenza o il reparto di terapia intensiva) siano stati sviluppati [15-16], è necessario ulteriore lavoro, incluso interventi che si concentrino sugli aspetti ambientali /logistici (es mancanza di servizi igienici e di spazi in un dipartimento di emergenza affollato) così come la cultura e le attitudini prevalenti in una determinata area.

In sintesi, sulla base del lavoro di Murphy e colleghi e con un po' di ulteriore ricerca e di evidenze è giunto il momento, come affermano gli autori, di sfidare alcune credenze comuni sul CV. Infatti, anziché consentire il perpetuarsi di credenze errate e giustificazioni ad hoc, dobbiamo essere maggiormente proattivi nel promuovere un approccio più ragionato e consapevole all'uso del CV. Per riprendere la citazione che apre questo articolo, B. Franklin (considerato l'inventore del catetere flessibile nel 1752 quando suo fratello soffriva di calcoli alla vescica) provava avversione per le scuse. Noi ci sentiamo allo stesso modo, specialmente quando le scuse sono usate per giustificare pratiche dannose come inserire e mantenere in situ un CV non necessario. Quindi, qual è la vostra scusa per utilizzare il CV?

## REFERENCES

- 1 Fakhri MG, George C, Edson BS, *et al.* Implementing a national program to reduce catheter-associated urinary tract infection: a quality improvement collaboration of state hospital associations, academic medical centers, professional societies, and governmental agencies. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013;34:1048–54.
- 2 Rosenthal VD, Todi SK, Alvarez-Moreno C, *et al.* Impact of a multidimensional infection control strategy on catheter-associated urinary tract infection rates in the adult intensive care units of 15 developing countries: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). *Infection* 2012;40:517–26.
- 3 Apisarnthanarak A, Thongphubeth K, Sirinvaravong S, *et al.* Effectiveness of multifaceted hospitalwide quality improvement programs featuring an intervention to remove unnecessary urinary catheters at a tertiary care center in Thailand. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28:791–8.
- 4 Stephan F, Sax H, Wachsmuth M, *et al.* Reduction of urinary tract infection and antibiotic use after surgery: a controlled, prospective, before-after intervention study. *Clin Infect Dis* 2006;42:1544–51.
- 5 Meddings J, Rogers MA, Krein SL, *et al.* Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: an integrative review. *BMJ Qual Saf* 2014;23:277–89.
- 6 Greene MT, Fakhri MG, Fowler KE, *et al.* Regional variation in urinary catheter use and catheter-associated urinary tract infection: results from a national collaborative. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2014;35(Suppl 3):S99–106.
- 7 Murphy C, Prieto J, Fader M. "It's easier to stick a tube in": a qualitative study to understand clinicians' individual decisions to place urinary catheters in acute medical care. *BMJ Qual Saf* 2015;24:444–50.
- 8 Saint S, Howell JD, Krein SL. Implementation science: how to jump-start infection prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010;31(Suppl 1):S14–17.
- 9 Saint S, Kowalski CP, Forman J, *et al.* A multicenter qualitative study on preventing hospital-acquired urinary tract infection in US hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:333–41.
- 10 Harrod M, Kowalski CP, Saint S, *et al.* Variations in risk perceptions: a qualitative study of why unnecessary urinary catheter use continues to be problematic. *BMC Health Serv Res* 2013;13:151.
- 11 Kiyoshi-Teo H, Krein SL, Saint S. Applying mindful evidence-based practice at the bedside: using catheter-associated urinary tract infection as a model. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013;34:1099–101.
- 12 Meddings J, Saint S, Fowler KE, *et al.* The Ann Arbor criteria for appropriate urinary catheter use in hospitalized medical patients: results using the RAND/UCLA appropriateness method. *Ann Intern Med* 2015;162(9 Suppl):S1–34.
- 13 Saint S, Krein SL, Stock RW. *Preventing hospital infections: real-world problems, realistic solution.* New York, NY: Oxford University Press, 2015.
- 14 Saint S, Lipsky BA, Goold SD. Indwelling urinary catheters: a one-point restraint? *Ann Intern Med* 2002;137:125–7.
- 15 Fakhri MG, Pena ME, Shemes S, *et al.* Effect of establishing guidelines on appropriate urinary catheter placement. *Acad Emerg Med* 2010;17:337–40.
- 16 Gokula RM, Smith MA, Hickner J. Emergency room staff education and use of a urinary catheter indication sheet improves appropriate use of foley catheters. *Am J Infect Control* 2007;35:589–93.