

LABORATORIO PRE-CLINICO:

**La Gestione infermieristica
delle stomie enteriche ed urologiche**

Lunedì 24 Novembre 2025

Lunedì 01 Dicembre 2025

DEFINIZIONE DI STOMIA

STOMA

APERTURA
BOCCA

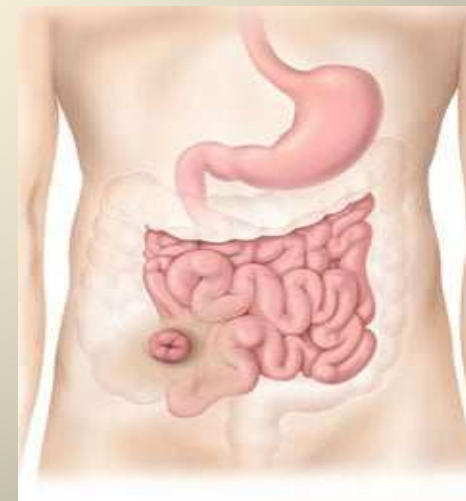
CONNESSIONE DI UN VISCERE CAVO
DELL'APPARATO DIGERENTE (COLONSTOMIA,
ILEOSTOMIA) O DELL' APPARATO URINARIO
(UROSTOMIA) CON LA SUPERFICIE CUTANEA.

COLON E ILEO STOMIA

SITUAZIONE PARTICOLARE PER IL CUI IL CONTENUTO INTESTINALE SI SVUOTA ALL'ESTERNO ATTRAVERSO UNA APERTURA ARTIFICIALMENTE CREATA SULLA PARETE ADDOMINALE. A SECONDA DEL SEGMENTO DI COLON INTERESSATO SI DISTINGUONO IN: CIEOSTOMIE, TRASVERSOSTOMIE, SIGMOIDOSTOMIE



COLONSTOMIA



ILEOSTOMIA

COLON E ILEO STOMIA

- SIMILE ALLA MUCOSA INTERNA DELLA BOCCA: UMIDA, LUCIDA, COLOR ROSSO INTENSO.
- FORMA OVALE O CIRCOLARE
- PRIVA DI TERMINAZIONI NERVOSE E MUSCOLARI
- NON PROVOCA DOLORE
- NON PUO' ESSERE CONTROLLATA VOLONTARIAMENTE
- DIMENSIONI VARIABILI

DIFFERENZA TRA COLON E ILEO STOMIA

ILEOSTOMIA

Le feci vengono emesse in continuazione e si presentano piuttosto liquide e corrosive per l'elevato contenuto idrico e per la presenza di sostanze digestive attive

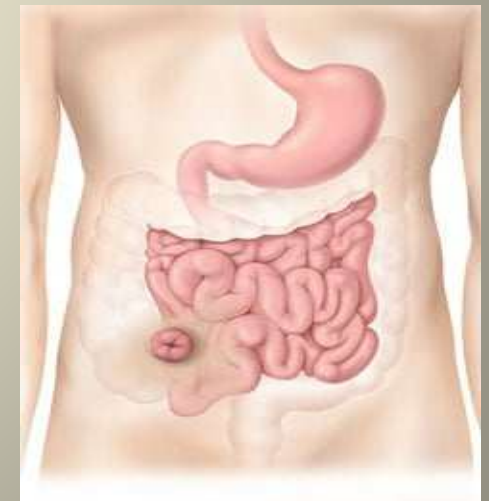
COLOSTOMIA

Le feci sono più formate e hanno una consistenza semisolida. Nel colon infatti avviene un progressivo riassorbimento di acqua e, grazie alla sua specifica attività motoria, esso può fungere da serbatoio contenendo le feci e dando un certo ritmo alle evacuazioni.

ILEOSTOMIA

- Bevi molta acqua e liquidi almeno 6-8 bicchieri al giorno (2 lt)
- Con l'ileostomia potresti essere più incline alla disidratazione, cosa che potrebbe portare alla perdita di importanti minerali di cui il tuo organismo ha bisogno
- Poiché l'ileo contiene enzimi digestivi e acidi gastrici che possono causare irritazione cutanea, occorre prestare maggiore attenzione per evitare il contatto degli effluenti con la cute peristomale

ILEOSTOMIA DOPPIA CANNA



COLONSTOMIA

TEMPORANEA

SE LA DEVIAZIONE INTESTINALE E' LIMITATA NEL TEMPO. IL SUO SCOPO E' QUELLO DI METTERE A RIPOSO IL TRATTO INTESTINALE A VALLE PER UN DATO PERIODO DI TEMPO

DEFINITIVE

SE LA DEVIAZIONE INTESTINALE E' ILLIMITATA NEL TEMPO

CLASSIFICAZIONE

COLOSTOMIA



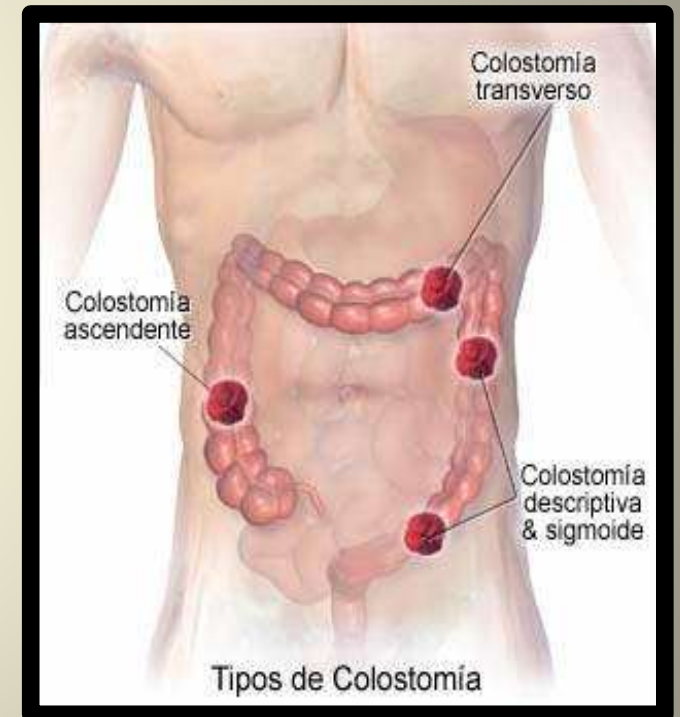
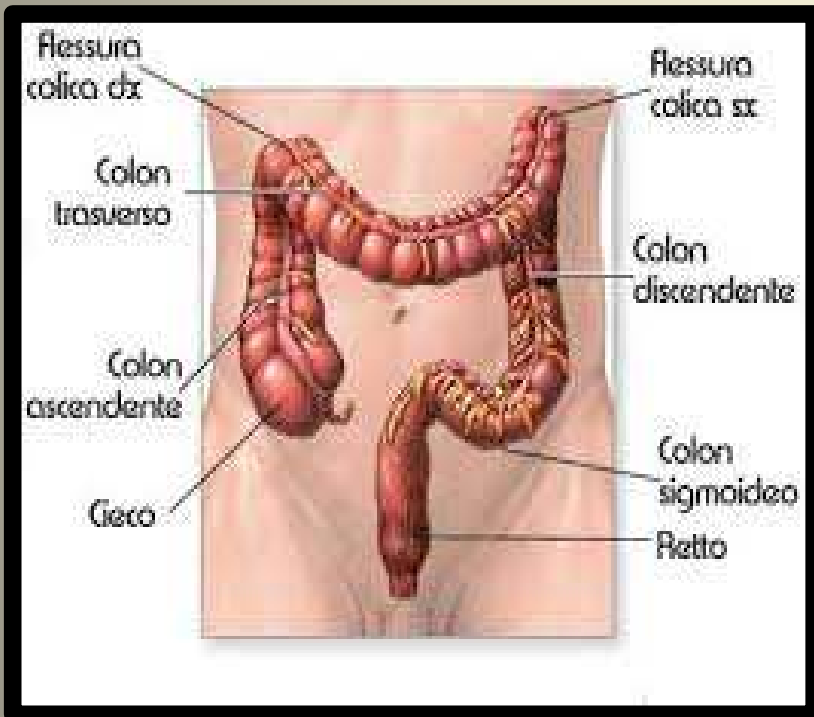
CIECOSTOMIA



TRASVERSOSTOMIA



SIGMOIDOSTOMIA



COLONSTOMIA PERMANENTE O DEFINITIVA:

- ✓ TUMORI DEL COLON-RETTO
- ✓ MORBO DO CROHN
- ✓ CARCINOSI DIFFUSA
- ✓ STENOSI POST ATTINICHE NON RESECABILI

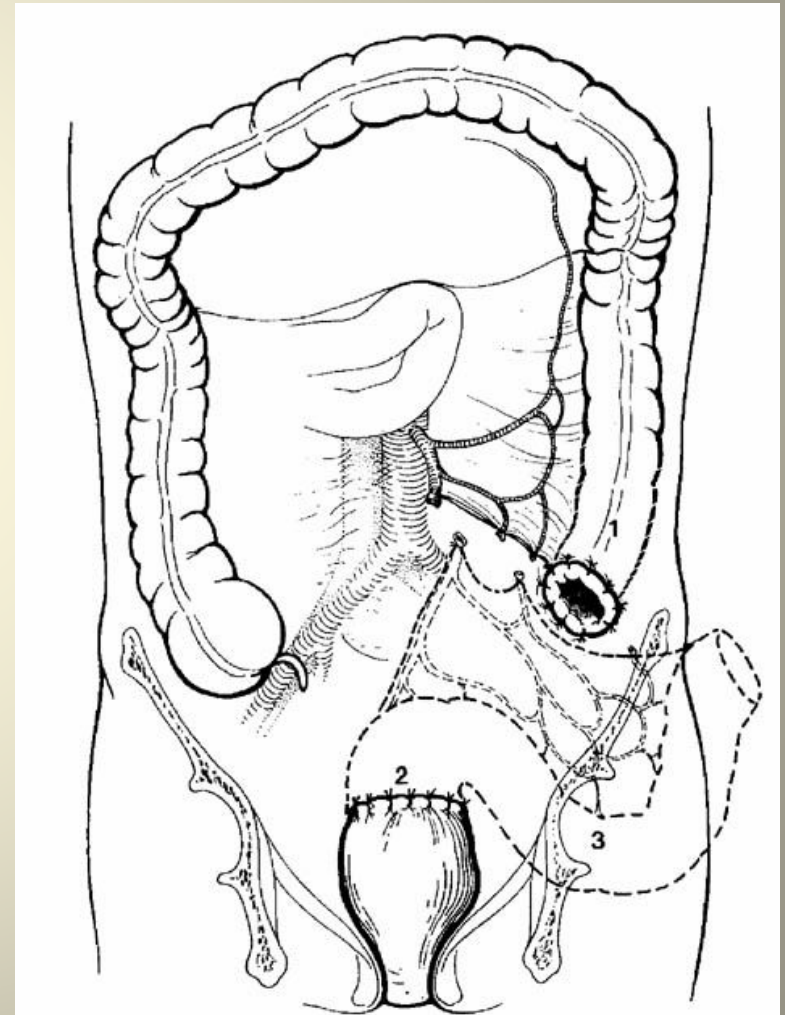
COLONSTOMIA TEMPORANEA:

- ✓ DIVERTICOLITE COMPLICATA DA ASCESSI E PERFORAZIONI
- ✓ OCCLUSIONE INTESTINALE
- ✓ RETTOCOLITE ULCEROSA
- ✓ INCONTINENZA ANALE
- ✓ MALFORMAZIONI NEI NEONATI E NEI BAMBINI
- ✓ LESIONI INFIAMMATORIE INTESTINALI

COLOSTOMIA TERMINALE

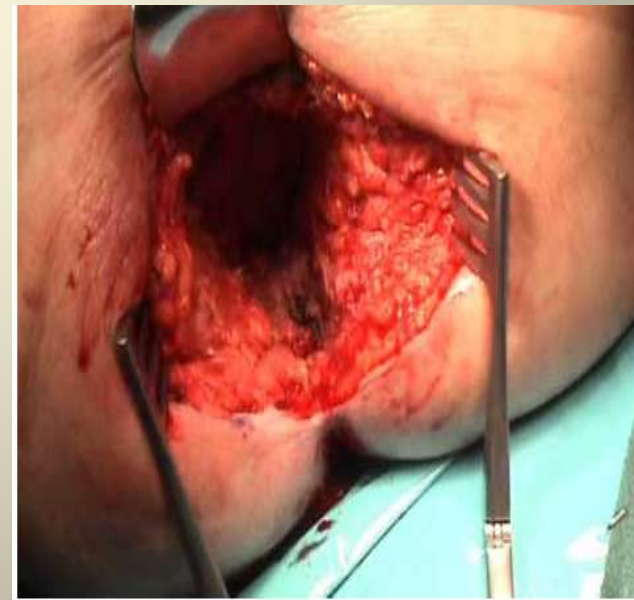
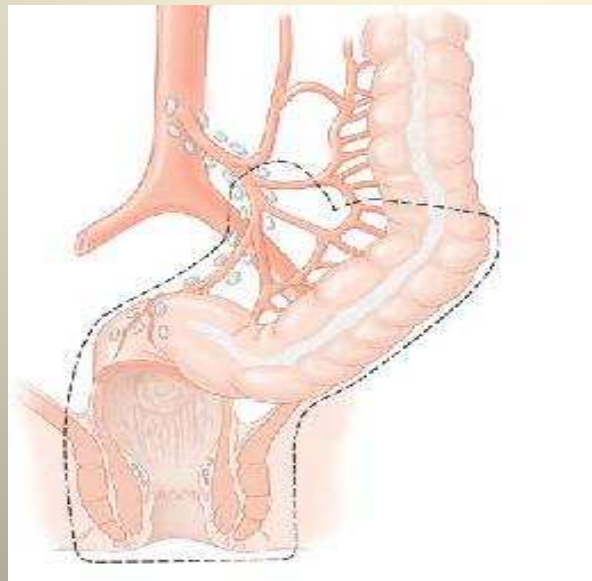
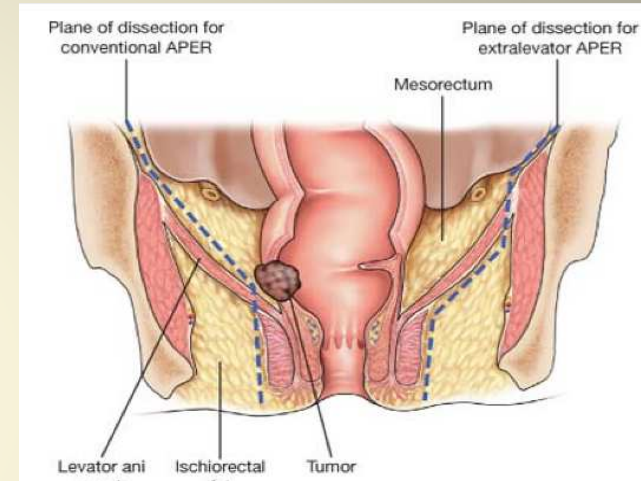
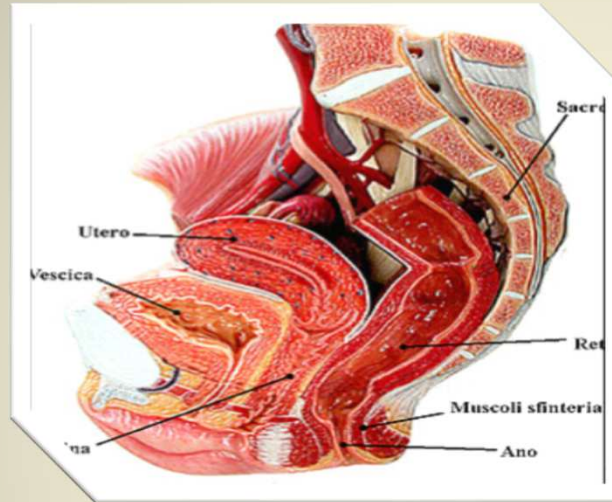
Intervento di Hartmann

Resezione di un tratto
di colon con
affondamento
del moncone rettale
residuo
nella pelvi e
confezionamento
di una colostomia
terminale



AMPUTAZIONE DEL RETTO PER VIA ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES

Tumori rettali
ultra bassi
con
coinvolgimen
-to sfinteriale



COLOSTOMIA DEFINITIVA



DERIVAZIONI URINARIE

1) **Esterne non continenti**

2) **Esterne continenti**

3) **Ortotopiche continenti**

UROSTOMIE

NEOVESCICA

Derivazioni Urinarie Esterne (Urostomie)

NON CONTINENTI

- Pielostomie/Nefrostomie
- Epicistostomie
- Vescicostomie
- Uretero-cutaneostomie
- Uretero-entero-cutaneostomie

CONTINENTI E CATETERIZZABILI

- Kock
- Mitrofanoff

Derivazioni Urinarie Esterne: tecniche

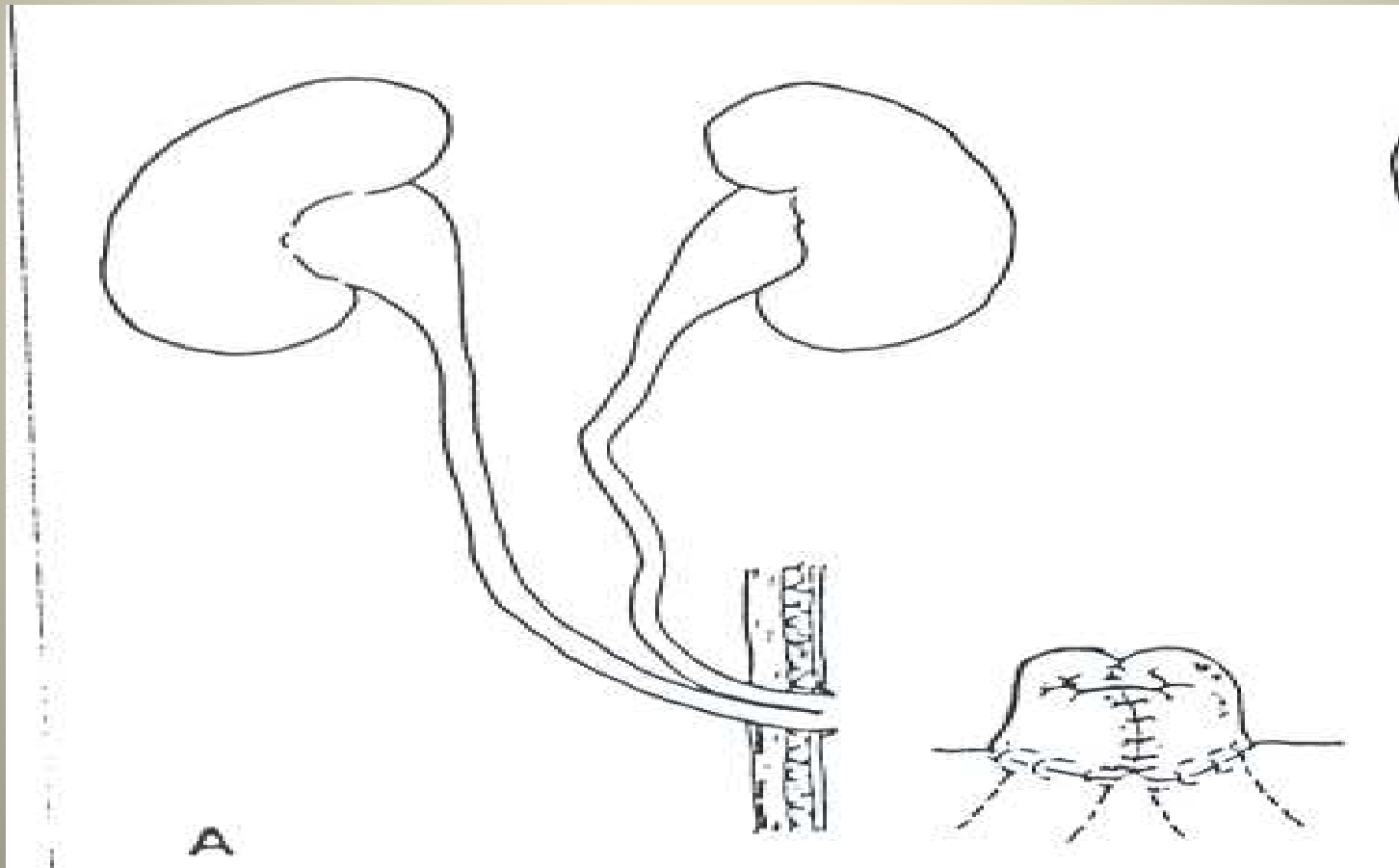
URETEROCUTANEOSTOMIE

Abboccamento diretto alla cute della parete addominale (sede sotto-ombelicale o iliaca destra) di uno o entrambi gli ureteri.

N.B. utilizzo di cateterini ureterali per salvaguardare l'anastomosi e prevenire una possibile stenosi

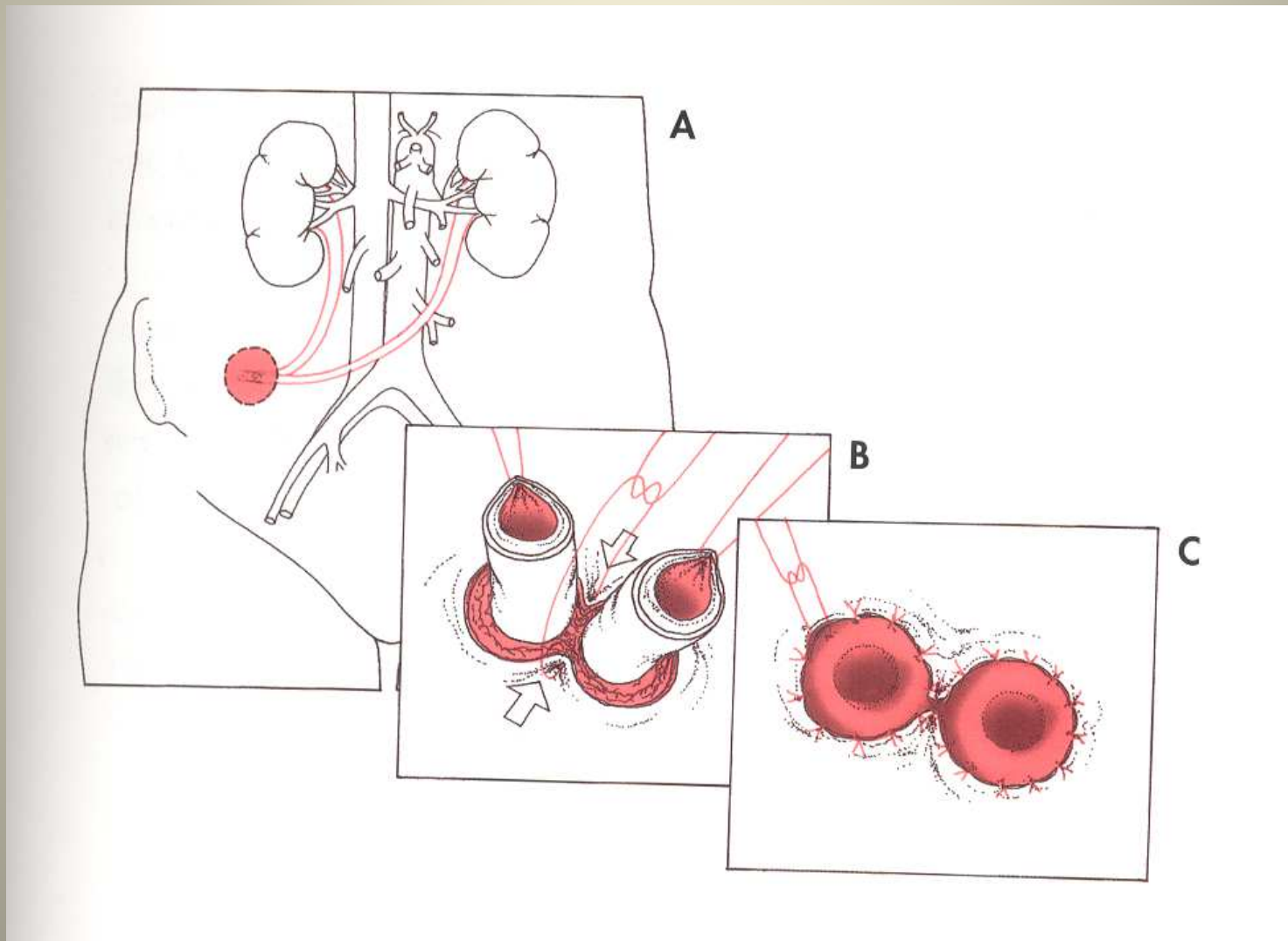
Derivazioni Urinarie Esterne: tecniche

URETEROCUTANEOSTOMIE



Derivazioni Urinarie Esterne: tecniche

URETEROCUTANEOSTOMIE



Derivazioni Urinarie Esterne: tecniche

URETERO-ILEO-CUTANEOSTOMIA sec. Bricker

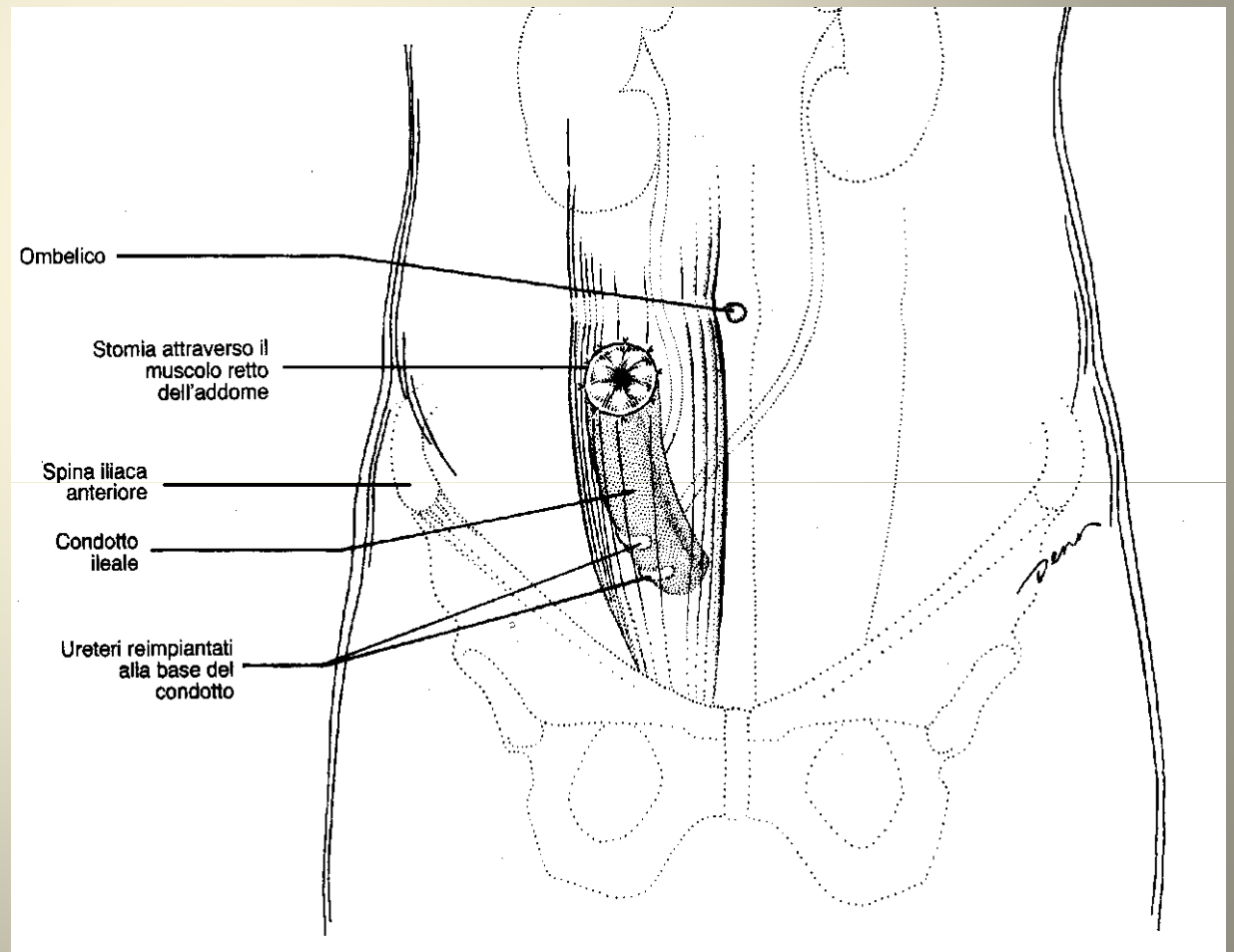
Si utilizza un tratto di ileo di 12-15cm a 15-20cm dalla valvola ileo-cecale, con il suo peduncolo vasculo-nervoso, per formare un condotto cilindrico a cui si anastomizzano gli ureteri. Un capo del cilindro verrà chiuso e l'altro verrà abboccato alla cute

Derivazioni Urinarie Esterne: tecniche

Uretero-ileo-cutaneostomia sec. Bricker

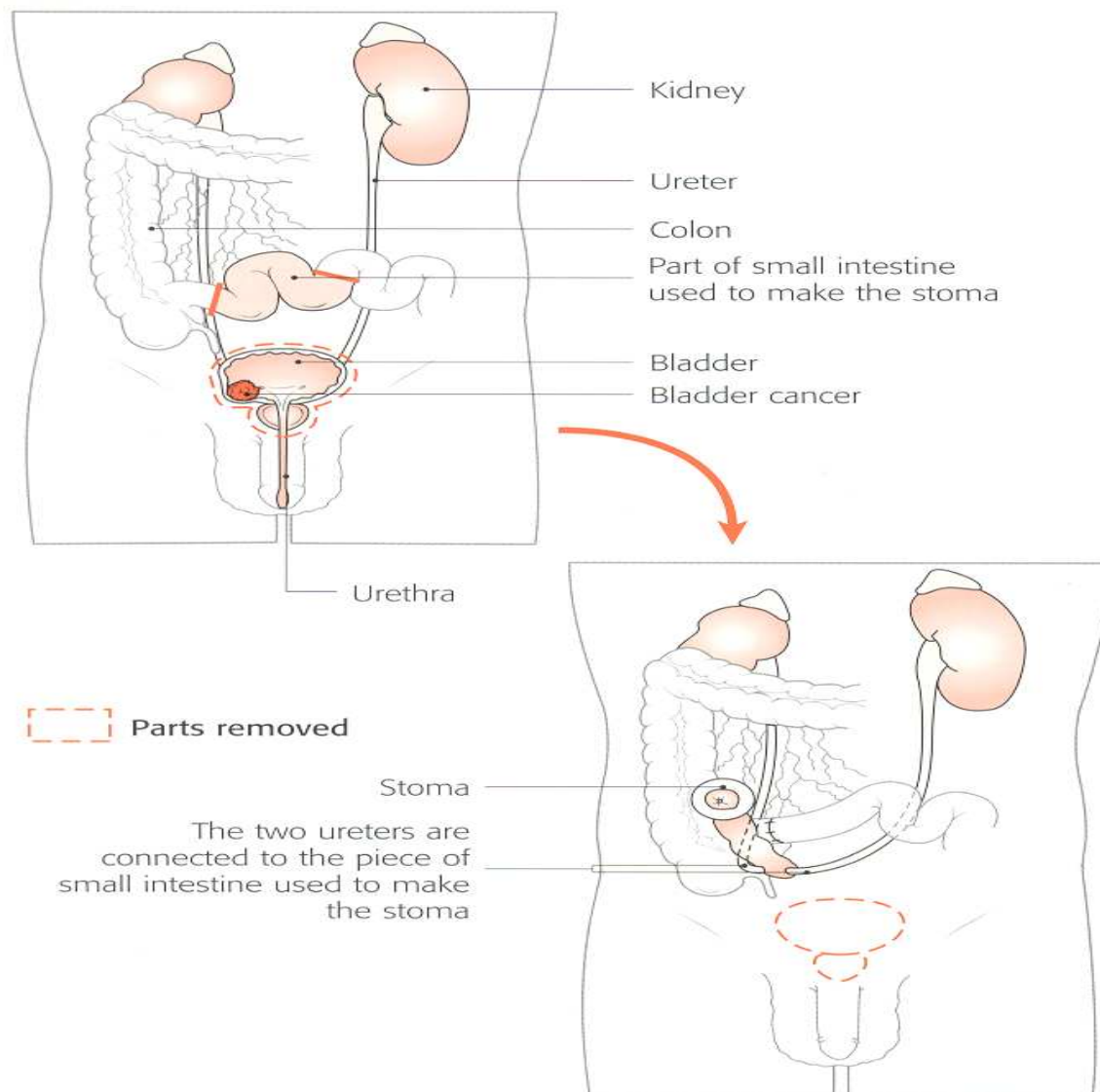


Eugene M. Bricker



Derivazioni Urinarie Esterne: tecniche

Uretero-ileo-cutaneostomia sec. Bricker



URETEROILEO-CUTANEOSTOMIA





FASI DEL CONFEZIONAMENTO DI UNA STOMIA:

- PRE-OPERATORIA
- OPERATORIA
- POST-OPERATORIA
- RIABILITATIVA

GESTIONE PRE-OPERATORIA DI COLON E ILEO STOMIE

**PRESA IN CARICO DELLA STOMATERAPISTA:
Colloquio pre intervento chirurgico**

DISEGNO PRE-OPERATORIO





«Enhanced
Recovery
After Surgery»

«miglioramento del
recupero dopo l'
intervento chirurgico»

**C'EST LA PERFECTION QUI
FAIT LA DIFFÉRENCE**

EVIDENZE SCIENTIFICHE



La letteratura recente conferma che
per i pazienti stomizzati con protocollo
ERAS,
e quando nel percorso ERAS
è presente l'enterostomista
che da subito prende in carico il
paziente,
vi sono risvolti positivi
che modificano le giornate di degenza



COLLOQUIO PRE OPERATORIO

- Una buona informazione preoperatoria ha evidenziato esiti positivi per il paziente : riduzione dei tempi di degenza post-operatoria, riduzione della paura, riduzione dell'ansia
- Ed individuazione della persona che in quel momento e' per il paz un salvavita
- Il nursing stomaterapico per operatorio è in continua evoluzione per rispondere ai mutevoli bisogni del paziente che deve essere sottoposto al confezionamento di una stomia
- E' una specialita' che richiede conoscenze, abilita'tecniche, creativita',leadership,eccezionali abilita comunicazione





Stomaterapista: Colloquio pre-operatorio

**Il momento dell'accettazione
della stomia
è un momento molto critico
dell'inizio di un percorso di
cura**

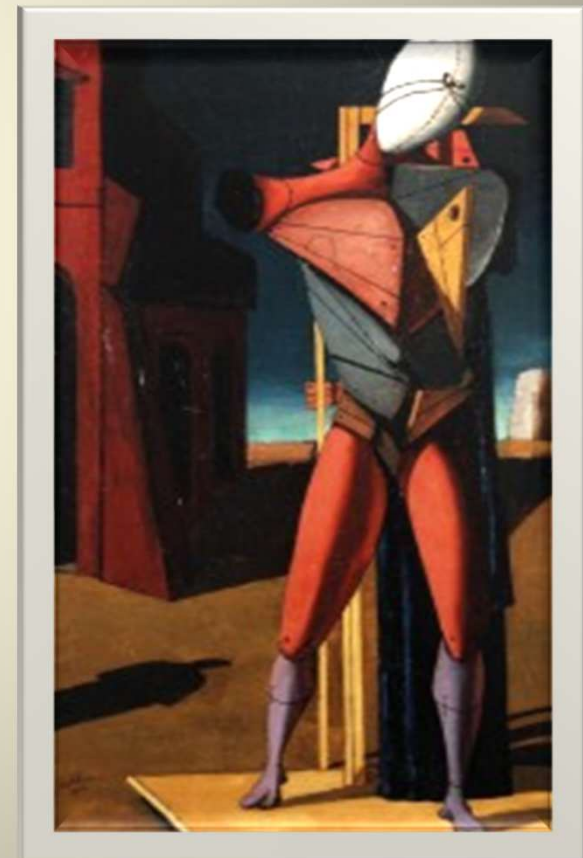
**Deturpazione
dell'immagine di se**

Perdita del ruolo

Ansia

Paura

**ASSOCIAZIONI DI
PAZIENTI**



COLLOQUIO PRE OPERATORIO



L'infermiere stomaterapista eseguirà il colloquio con il paziente ed un suo familiare per stabilire il percorso.

Informerà il paziente e familiare sulla procedura e modalità di intervento in tutta la fase della presa in carico, eseguirà;

- Accertamento infermieristico
- **Valutazione sociale** importante per stabilire un piano di cura condiviso
- Raccoglie il consenso per il trattamento dei dati personali con Privacy da trakcare e caregiver di riferimento
- preparazione all'intervento dal punto di vista psicologico
- Risponderà ad ogni perplessità e domanda in merito alla stomia o quant'altro
- Consegna brochure
- Scrive la valutazione infermieristica sul diario in trakcare

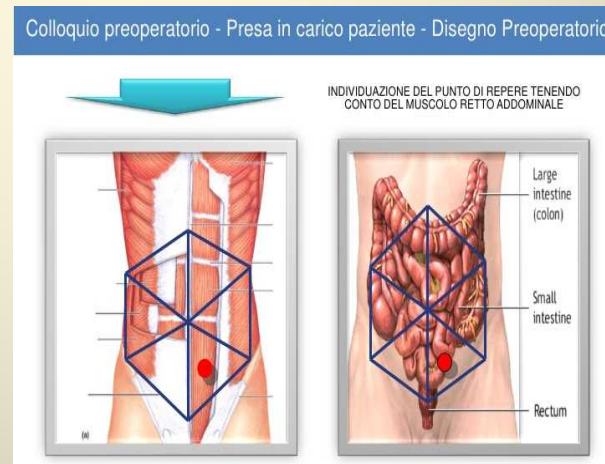


DISEGNO PRE-OPERATORIO

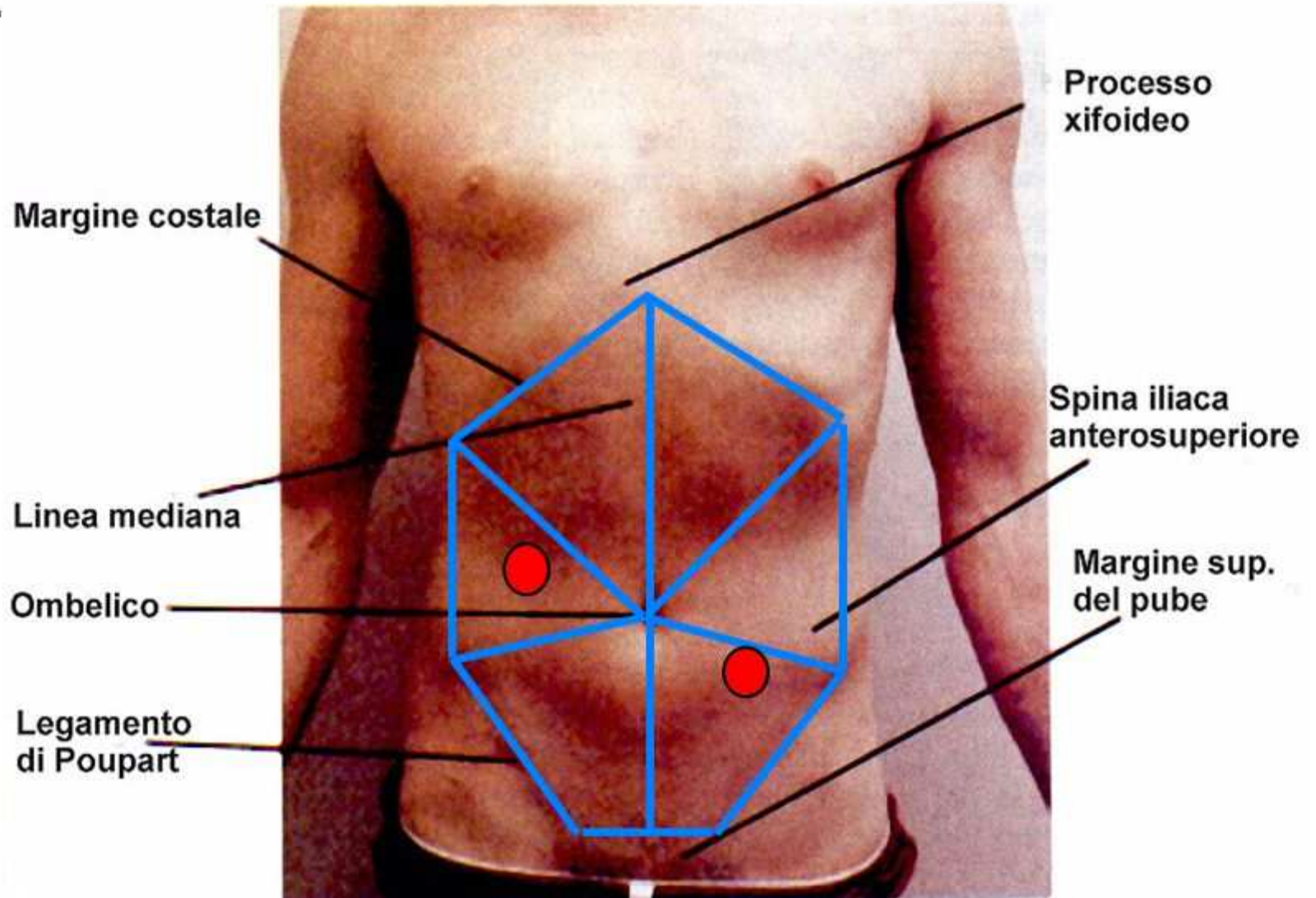
Per ridurre l'incidenza delle complicanze e favorire una perfetta adesione dei presidi stomali è importante identificare la sede ideale dello stoma tramite il **disegno preoperatorio** che viene eseguito dalla stomaterapista valutando insieme al paziente l'addome .

La corretta posizione sarà lontana da:

1. Margine costale
2. Ombelico
3. Cicatrici pregresse
4. Pieghe adipose
5. Linea della vita
6. Incisione principale
7. Cresta iliaca
8. Alterazioni cutanee



disegno pre-operatorio



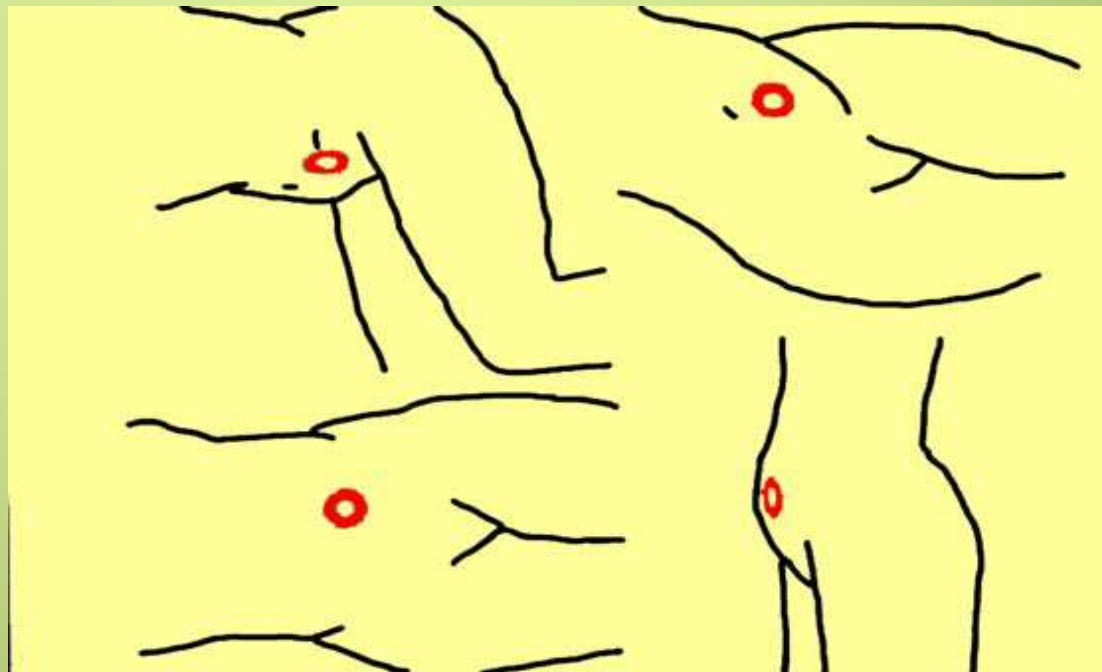
Disegno pre-operatorio/stoma-siting

Applicando un bollino adesivo*, si dovrà inoltre verificare l'esatto posizionamento nelle diverse posture:

+ Eretta

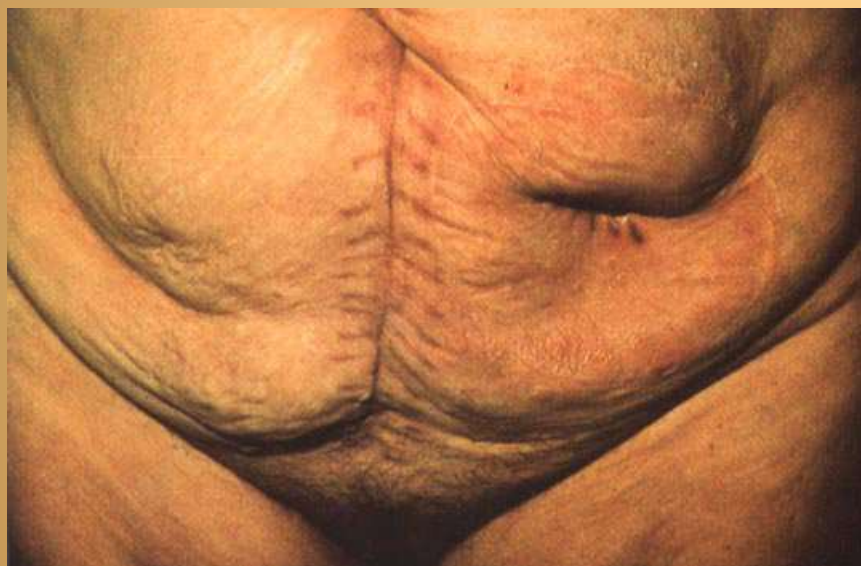
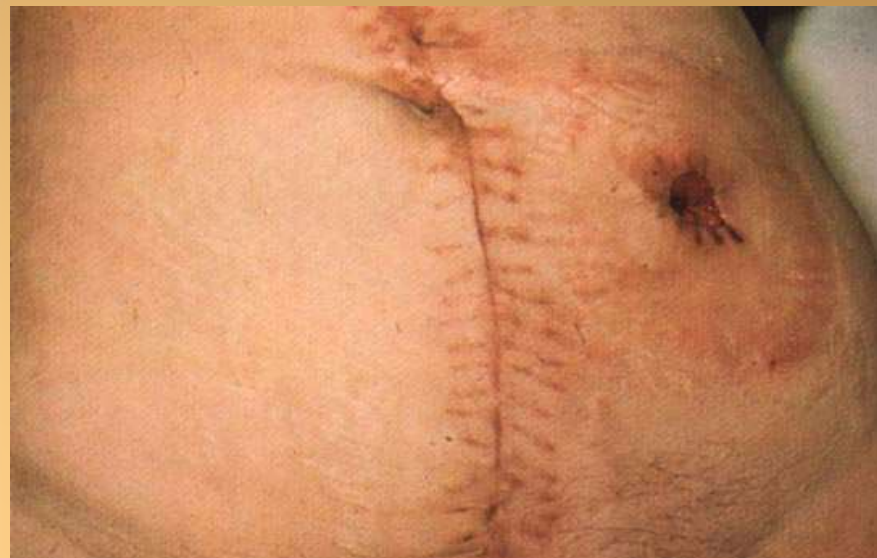
+ Supina

+ Seduta

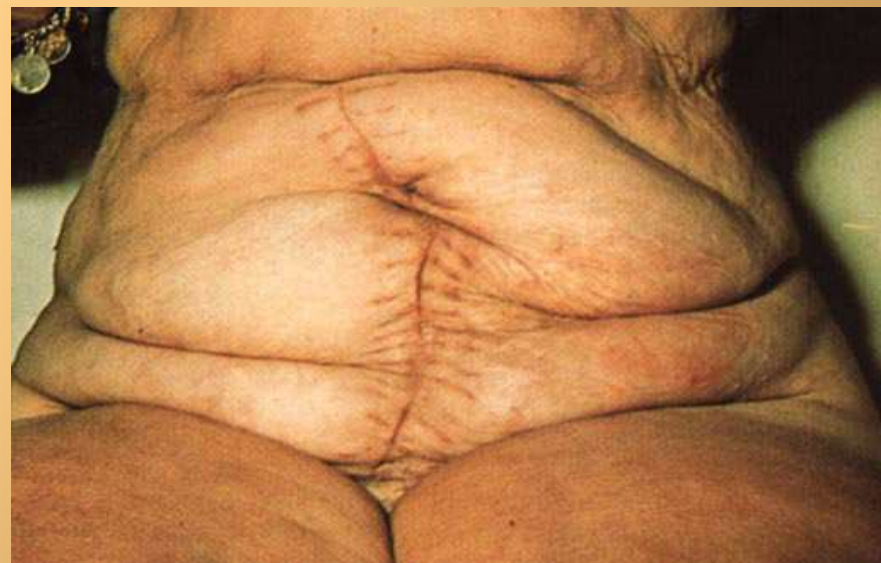


ESEMPI: Disegno pre-operatorio

Distesa



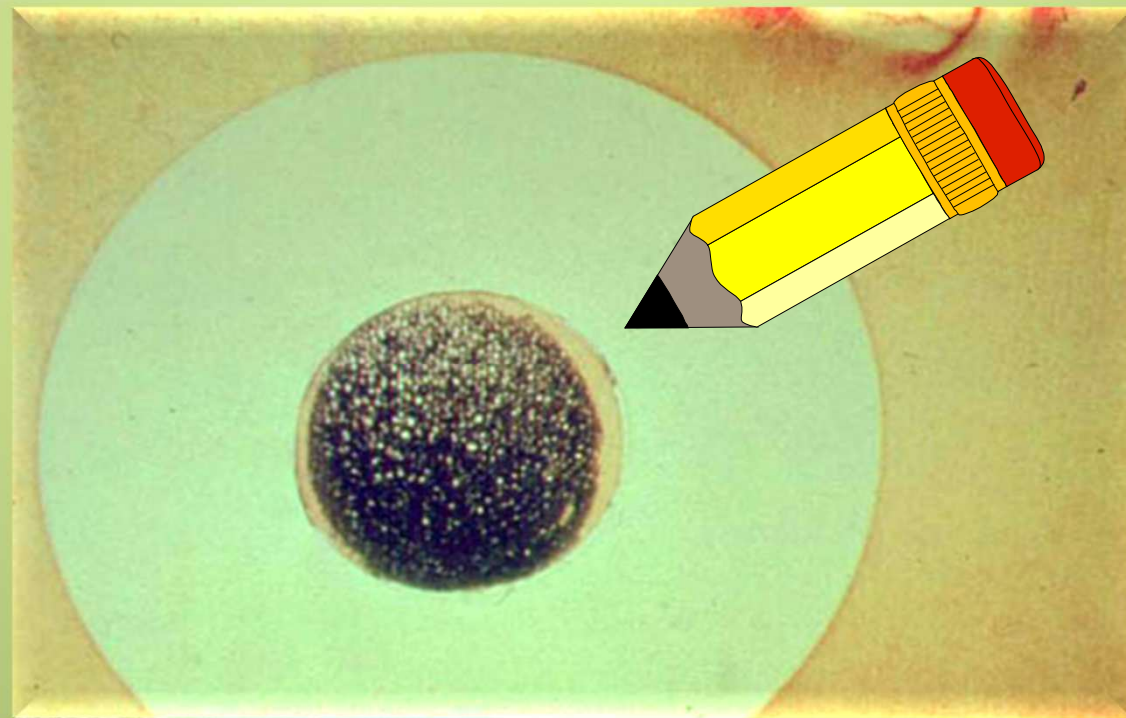
In piedi



Seduta

Disegno pre-operatorio

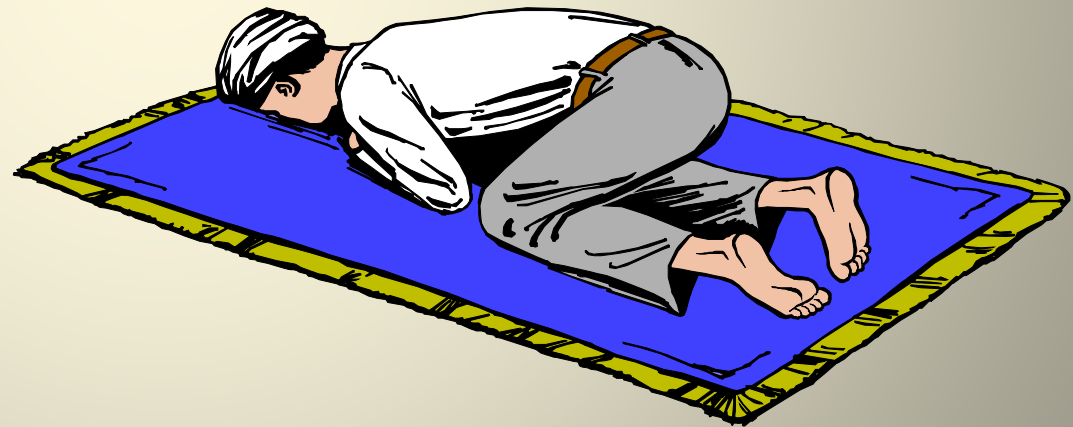
Individuato l'esatto punto lo si disegnerà con una matita dermografica prima di rimuovere il bollino



Disegno pre-operatorio

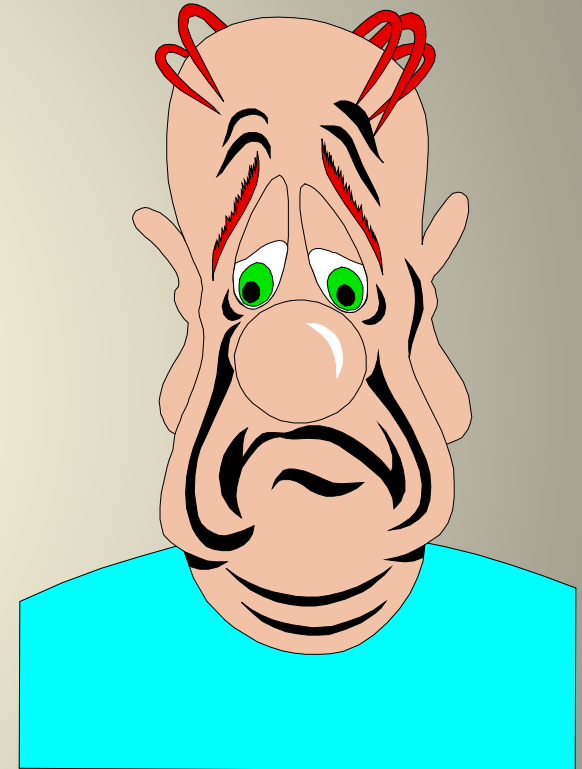
Si dovrà inoltre tener conto di:

- ❖ Abitudini di vita
- ❖ Abbigliamento
- ❖ Religione



Disegno pre-operatorio

Un errato posizionamento può diventare un grave impedimento per le attività lavorative, sportive, e di relazione del paziente



GESTIONE OPERATORIA DI COLON E ILEO STOMIE



Post - operatorio immediato

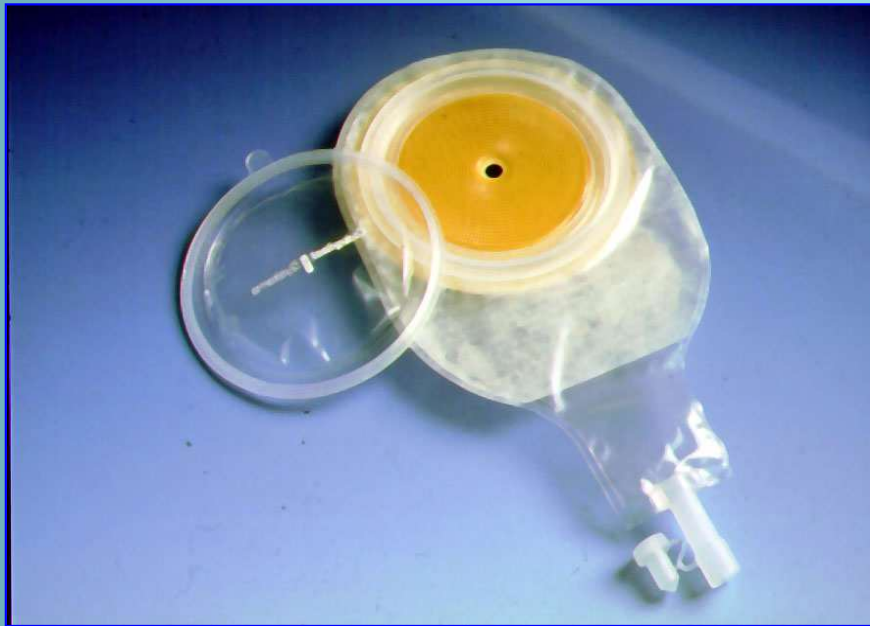
Caratteristiche del presidio

- ✚ Sistema a 2 pezzi di grosso diametro o 1 pezzo con oblò
- ✚ Fondo aperto
- ✚ Senza filtro
- ✚ Trasparente

Stoma
ispezionabile e
accessibile

Post - operatorio immediato

Caratteristiche del presidio



1 pezzo con oblò



2 pezzi (soffietto)

PRESIDI POST OP



IL PRIMO PRESIDIO

- La prima apparecchiatura della Stomia viene eseguita in sala operatoria utilizzando dei presidi che impediscano qualsiasi trazione sulla bacchetta per evitare decubiti sul viscere, consigliabile un presidio a 2 pezzi, di diametro sufficiente e inserire la bacchetta all'interno della placca. La sacca di raccolta sarà a fondo aperto e trasparente per controllare il viscere nell'immediato periodo post-operatorio, tali controlli sono importanti nelle prime 48 ore in modo da accertarsi che non vi siano problemi di vascolarizzazione della stomia.

MODELLO TRADIZIONALE	MODELLO ERAS
Controllo parametri vitali; PAO, FC, TC, So2 , dolore	Controllo parametri vitali; PAO, FC, TC, So2 dolore più frequenti
Controllo SNG CV	SNG e Cv vengono tolti in sala operatoria o dopo poche ore dall'intervento
Digiuno fino a indicazione medica	Alimentazione dopo 4 ore il paziente si alimenta con the, fette biscottate e marmellata
Mobilizzazione in base al tipo di paziente	Mobilizzazione dopo 4 ore viene alzato, fatto fare alcuni passi sulla stanza, il giorno dopo deve deambulare in corridoio
Terapia endovenosa secondo indicazione medica circa due litri	Terapia endovenosa sospesa

Post-operatorio

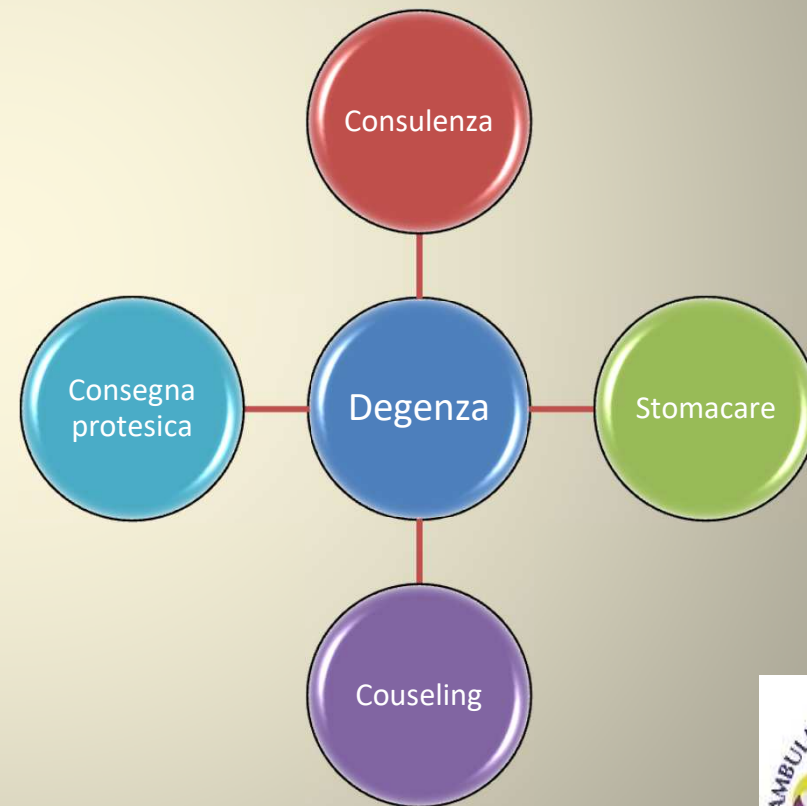


Dolore e Disagio inducono il paziente in una condizione di malessere psico-fisico che può portare anche a Depressione, ciò rallenta e complica il percorso di cura del malato

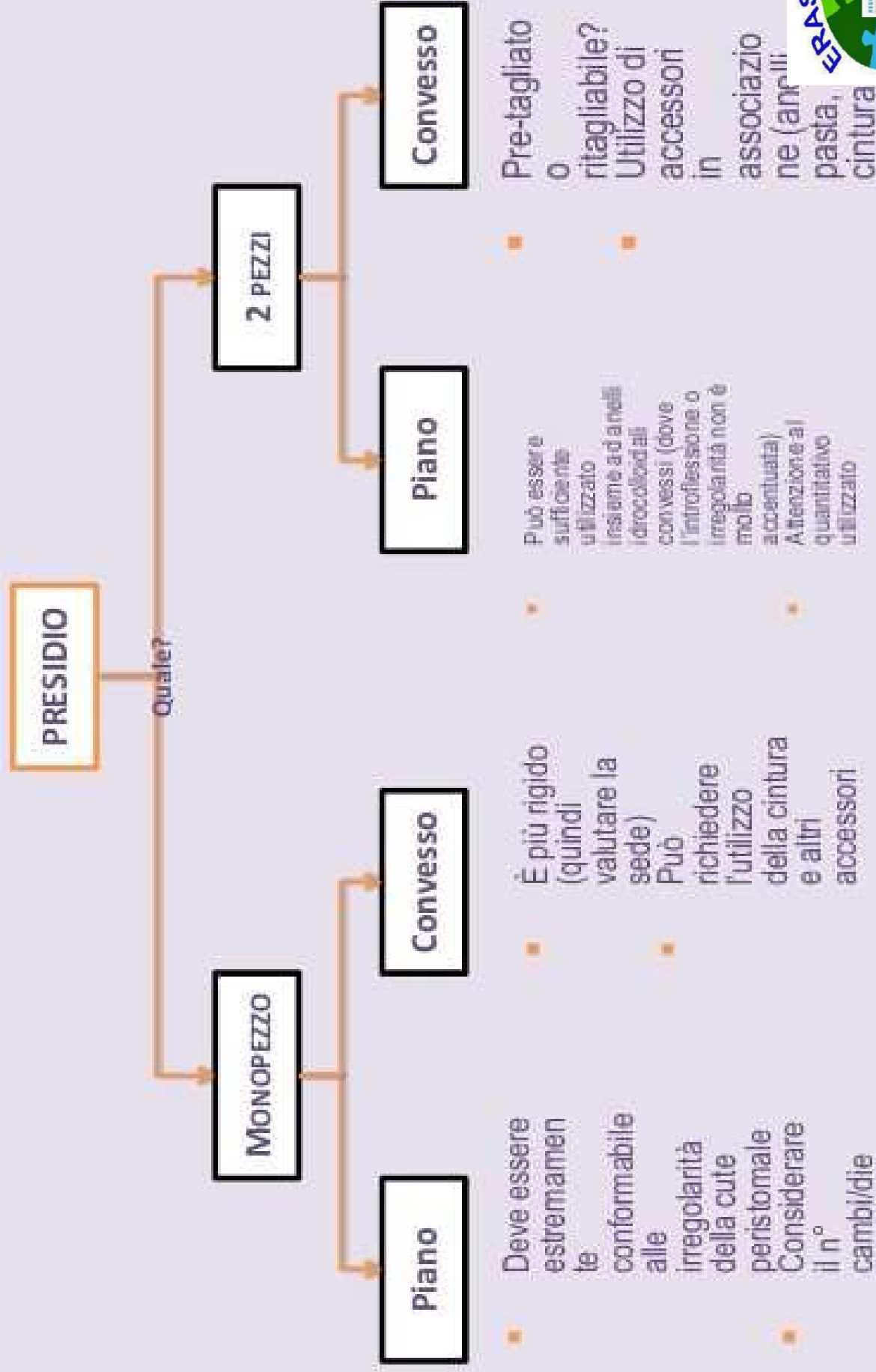
Il supporto psicologico e soprattutto emotivo con l'individuazione precoce del bisogno del paziente è fondamentale e richiede un grande sforzo di empatia e attenzione da parte dell'enterostomista

Il piano educativo nel post-operatorio deve riuscire a formare il paziente per una sana auto-cura della stomia in modo da ridurre gli eventi avversi e le complicanze

Il paziente durante la degenza con protocollo ERAS in stomaterapia



FLOW-CHART PER LA SCELTA DEL PRESIDIO DI RACCOLTA



PROTETTIVI PERISTOMALI

- POLVERE: CUTE IRRITATA O IN PRESENZA DI SECREZIONI AGGRESSIVE(ESSUDATO)
- CREMA BARRIERA: CUTE SECCA O IRRITATA ,E' IDROREPELENTE E STABILIZZATORE DEL PH DELLA CUTE ESPOSTA A SECREZIONI. EMOLLIENTE, IDRATANTE E PROTETTIVA
- FILM PROTETTIVO: IN PRESENZA DI SECREZIONI AGGRESSIVE O TRAUMI DA ADESIVO
- PASTA: PER SUPERFICI CUTANEE IRREGOLARI (PIEGHE CUTANEE) E'COMPOSTA DA IDROCOLLOIDI E POLIMERI, NON IRRITA, NON BRUCIA E FAVORISCE L'INTEGRITA' DELLA CUTE E LA SUA RIEPITELIZZAZIONE
- DETERGENTE: LASCIA LA PELLE FRESCA E PULITA, RIMUOVE I RESIDUI DI ADESIVO, HA UN EFFETTO LENITIVO SULLA CUTE LESA, E' COSTITUITO DA OLIO DI COCCO NATURALE. IN ALTERNATIVA SI PUO' USARE SAPONE DI MARSIGLIA O SAPONE NEUTRO.

PRESIDI IN USO

- **MONOPEZZO:** LA SACCA E LA SUPERFICIE ADESIVA FORMANO UNA UNITA' E NON SONO SEPARABILI. L' ADESIVO E' MORBIDO, RESISTENTE OTTIMA TENUTA E PROTEZIONE DELLA CUTE. L'ADESIVO E' PIU' LARGO AI LATI E NELLA PARTE INFERIORE PER SOSTENERE IL PESO DELLA SACCA . E'COMPOSTO DA IDROCOLLOIDI E PECTINA, DELICATO PER LA CUTE E MANTIENE INTATTO IL PH. BASTA IL CONTATTO DELL'ADESIVO CON IL CALORE DEL CORPO CHE DIVENTA PIU' MORBIDO E FLESSIBILE ADATTANDOSI ALLA FORMA DELLA CUTE .
- **DUE PEZZI:** COSTITUITO DA UNA PLACCA PROTETTIVA PER LA CUTE E UNA SACCA CON ANELLO DI FISSAGGIO.E' COSTITUITO DA TESSUTO NON TESSUTO IN ENTRAMBI I LATI,ANATOMICO ,IDROREPELENTE(CONSENTE DI FARE LA DOCCIA E IL BAGNO INDOSSANDO LA SACCA). ALCUNI DI QUESTI SISTEMI E' COSTITUITO DA UN CLIPPER CHE CONSENTE DI AGGANCIARE LA SACCA ALLA PLACCA CON UN SEMPLICE MOVIMENTO DELLE DUE DITA GARANTENDO PIU' TENUTA

LA GIUSTA PLACCA

- ❖ PERFETTA ADESIONE ALLA CUTE
- ❖ ASSENZA DI RESIDUI DI ADESIVO ALLA CUTE
- ❖ IMPERMEABILITA' AI LIQUIDI E ODORI
- ❖ MASSIMA PROTEZIONE ZONA PERISTOMALE
- ❖ PRATICITA' PER IL CAMBIO
- ❖ ANALLERGICITA'



LA GIUSTA SACCA

- ❖ NON DEVE IRRITARE LA CUTE
- ❖ ADESIONE PERFETTAMENTE
- ❖ FACILE DA INDOSSARE E CONFORTEVOLE
- ❖ IMPERMEABILE AI LIQUIDI A AGLI ODORI

PRESIDI IN USO SISTEMI DUE PEZZI



PRESIDI IN USO SISTEMI MONOPEZZO



ALTRI SISTEMI MONOPEZZO IN USO



LE COMPLICANZE

HANNO UN'INCIDENZA VARIABILE TRA IL 25 E IL 35%

SONO CAUSATE DA:

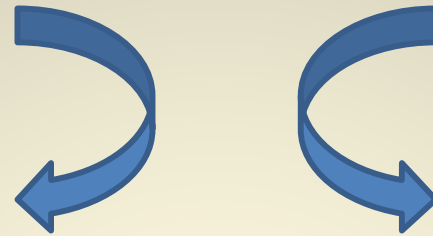
- difetti chirurgici
- anomale alterazioni congenite della parete addominale
- errori nella gestione della stomia

POSSONO ESSERE CAUSA DI:

- Re-intervento chirurgico
- Ritardo nella dimissione
- Protrarsi della convalescenza
- Uso di una maggior quantità di presidi

COMPLICANZE

PRECOCI



TARDIVE

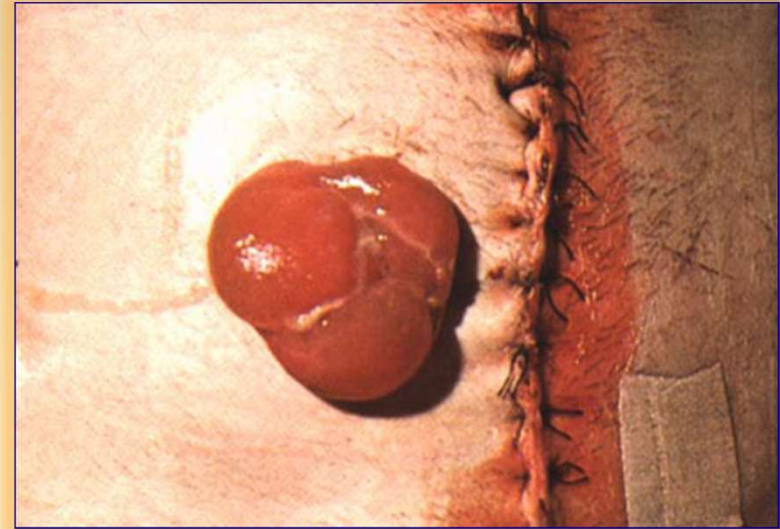
- EDEMA
- EMORRAGIA INTRA E PERISTOMALE
- ISCHEMIA E/O NECROSI
- DERMATITI - LESIONI CUTANEE
- RETRAZIONE
- SUPPURAZIONI E ASCCESSI PERISTOMALI
- COMPLICANZE DA MALPOSIZIONAMENTO

- DERMATITI PERISTOMALI
- INFEZIONI PERISTOMALI
- ERNIE STOMALI
- PROLASSO
- STENOSI
- RETRAZIONE

COMPLICANZE

EDEMA

AUMENTO DELLA COMPONENTE IDRICA INTERSTIZIALE DELLO STOMA DOVUTA AD UN OSTACOLATO DEFLUSSO VENOSO IN SEGUITO ALLA REALIZZAZIONE DELLO STOMA L'EDEMA E LA TUMEFUZIONE POSSONO ESSERE PRESENTI PER CIRCA 6 SETTIMANE



EMORAGGIA INTRAE PERI- STOMALE

PERDITA DI SANGUE DI VARIA ENTITÀ PROVENIENTE DALLA ZONA PERISTOMALE O DAL VISCERE STESSO



ISCHEMIA/NECROSI

AVVIENE NEI PRIMI 3-5 CM DELLA MUCOSA DOVUTA AD EDEMA E STASI VENOSA, CON CIANOSI E SUCCESSIVA NECROSI .

E' NECESSARIA SOLO LA PULIZIA DELLA REGIONE CON DETERGENTI NON ALCOLICI.



RETRAZIONE

CONSISTE IN UNO SLIVELLAMENTO DELLA STOMIA AL DI SOTTO DEL PIANO CUTANEO PER ECCESSIVA TENSIONE DELL'ANSA COLICA STOMIZZATA. TALE SLIVELLAMENTO E' RESPONSABILE DELLA CONTENZIONE DI FECI ED INFIAMMAZIONE DELLA STOMIA STESSA



SUPPURAZIONE PERISTOMIALE

COMPARE SOLAMENTE NEI PAZIENTI CON STOMIE ESEGUITE DIFETTOSAMENTE (ECCESSIVA ESTERIORIZZAZIONE DELL'ANSA,..)



MALPOSIZIONAMENTO

IL REQUISITO BASILARE NELLA SCELTA DEL SITO DELLA STOMIA È CHE L'AREA CIRCOSTANTE NE PERMETTA UNA CORRETTA APPARECCHIATURA. OCCORRE VALUTARE CORRETTAMENTE IL SITO ANATOMICO (DISTANZA DALLE SPORGENZE OSSEE E DALL'INCISIONE LAPAROTOMICA), LE VARIAZIONI DOVUTE ALLE VARIE POSIZIONI CHE IL CORPO ASSUME DURANTE LA VITA QUOTIDIANA, LA PRESENZA O MENO DI UN ADDOME PENDULO E LE ABITUDINI DEL SOGGETTO. INOLTRE, LA STOMIA CONFEZIONATA AD ADDOME APERTO SUBIRÀ UNO SPOSTAMENTO DOPO LA CHIUSURA DELLA LAPAROTOMIA, PER CUI SI DEVE VERIFICARE CHE NON SI FORMINO DELLE CURVATURE DELL'ANSA INTESTINALE, CON DIFFICOLTÀ DI EVACUAZIONE.



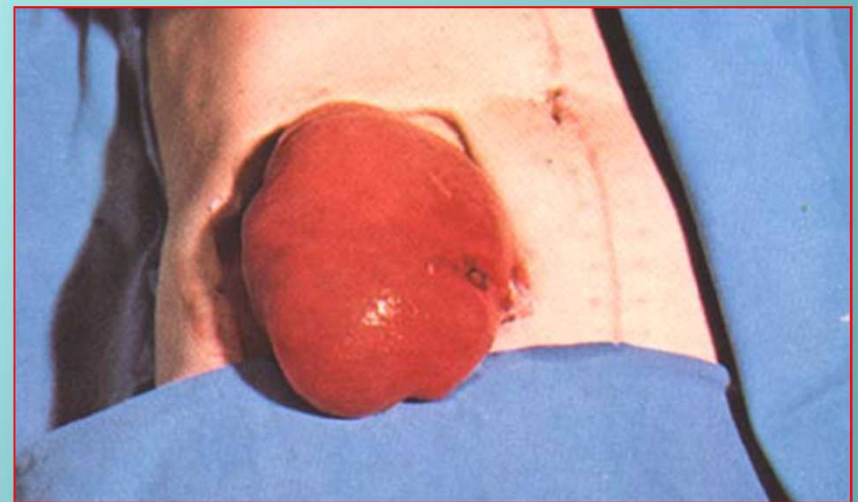
DERMATITI

SONO SEMPRE CONSEGUENTI ALLA IMPOSSIBILITA' DI UNA CORRETTA APPLICAZIONE DELLA PROTESI A CAUSA DI ERRORI TECNICI NELLA CONFEZIONE DELLA STOMIA(MAL POSIZIONE ,VISCERE ESUBERANTE, RETRAZIONE,....). TRA LE CAUSE PIU' FREQUENTI SI DEVONO RICORDARE: LE STOMIE SITUATE VICINO ALLA SPINA ILIACA, ANSA COLICA CHE EMERGE IN PROSSIMITA' DI UNA PIEGA CUTANEA DELL'ADDOME



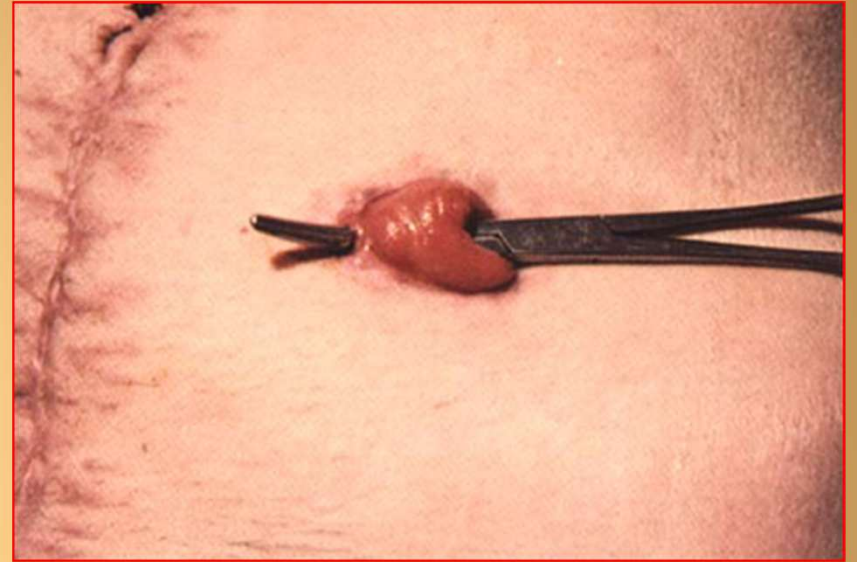
PROLASSO

ECESSIVA PROTUSIONE DELL'ANSA STOMALE DAL PIANO CUTANEO DELLA PARETE ADDOMINALE. DI SOLITO E' SECONDARIO ALLA NON FISSAZIONE DEL VISCERE ALLA PARETE ADDOMINALE. L'ANSA PROLASSATA VA INCONTRO A PICCOLI TRAUMI, PROBLEMI DI IGIENE E CONTENZIONE DELLE FECI.



FISTOLA PERISTOMIALE

E' LA COMUNICAZIONE TRA IL LUME DEL VISCERE E LA CAVITA' ADDOMINALE. PUO' ESSERE SECONDARIA A PROCESSI FLOGISTICI SCATENATI SULL'ANSA STOMIZZATA O DA TRAUMI. PER RISOLVERE TALE COMPLICANZA BISOGNA RICORRERE AD AINTERVENTO CHIRURGICO.



ASCESSO PERISTOMIALE

CONSEQUENTE A SUPPURAZIONE NON TRATTATA O DA FISTOLA PERISTOMIALE, NECESSITA DI UNA SEMPLICE INCISIONE A VALLE (5-6 CM DALLA STOMIA) E RICONFEZIONAMENTO CORRETTO.



Post - operatorio tardivo

Graduale autonomia da parte del paziente

Fase passiva



Il paziente non è molto interessato alle spiegazioni da parte dell'infermiere

Fase attiva



Gradualmente il paziente si coinvolge nel gestire il proprio stoma

Riabilitazione postoperatoria

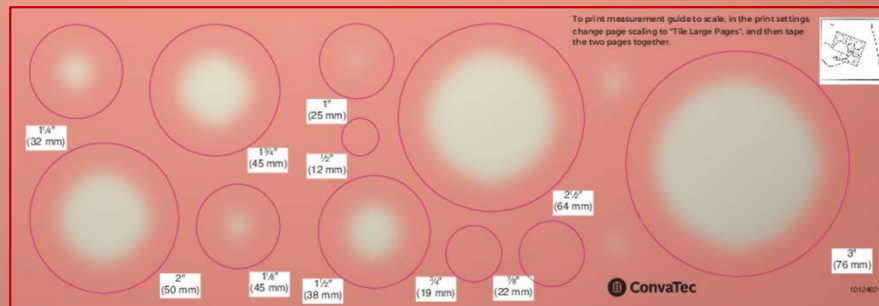
Coinvolgimento attivo nella gestione dello stoma

- ✚ Igiene della stomia
- ✚ Gestione della sacca (preparazione e cambio)
- ✚ Scelta del presidio idoneo (valutazione caratteristiche)
- ✚ Controllo stomia e cute peristomale (eventuali complicanze)

STOMA-CARE

Igiene e cura dello stoma e della zona peristomale

- **Acqua tiepida e sapone neutro leggermente acido o detergenti specifici**
- **Carta da cucina, carta igienica, o una spugna morbida e un asciugamano**
- **Misuratore di diametro**
- **Forbici con punte arrotondate**
- **Idoneo presidio di raccolta (ad 1 o 2 pezzi)**



DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA



Detersione



Risciacquo

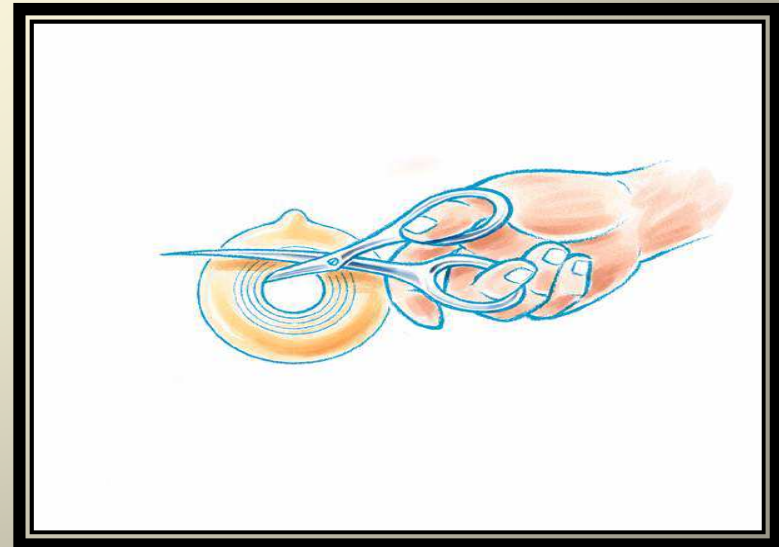
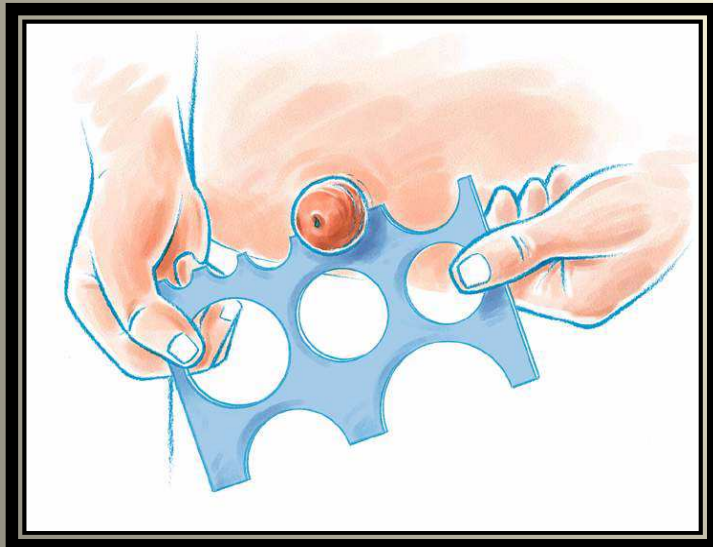


Asciugatura

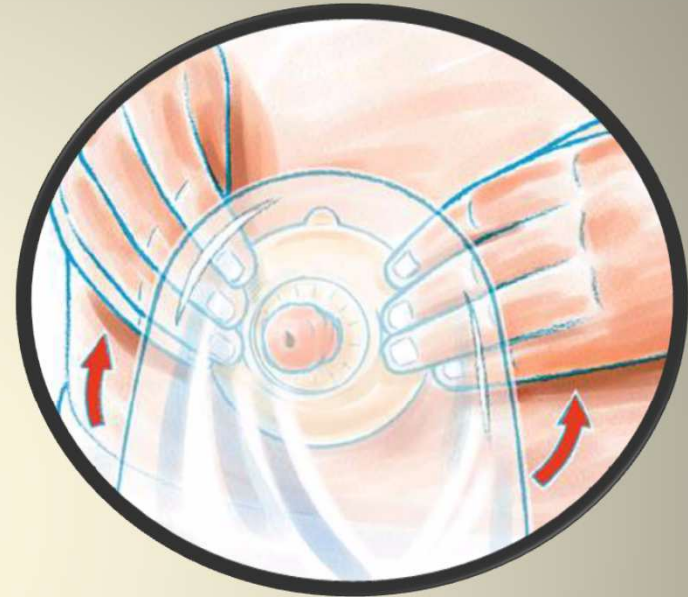
Stomia: un
nuovo percorso
assistenziale



**Il foro della placca deve avere lo stesso
diametro del cercine cutaneo o al massimo
2 / 3 mm. più grande**

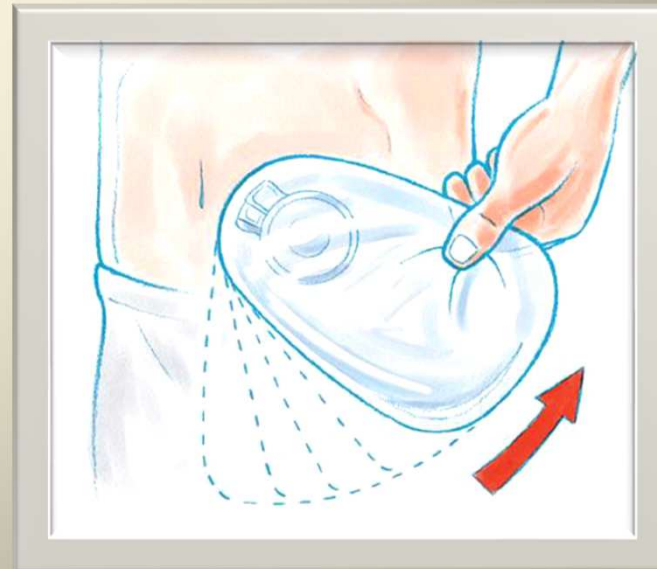
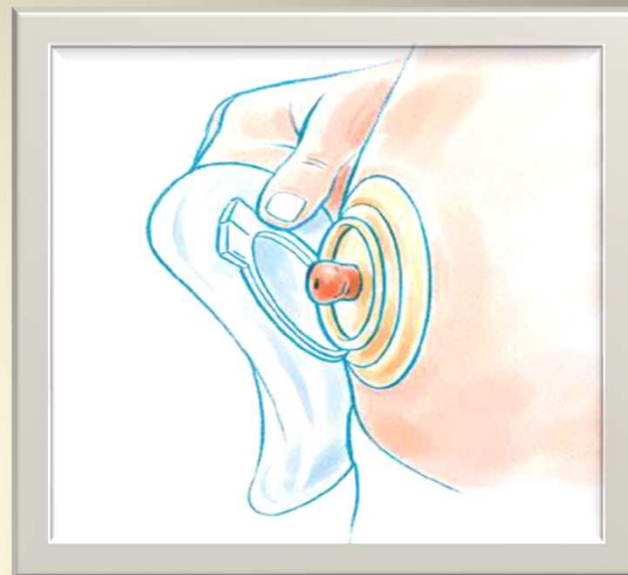
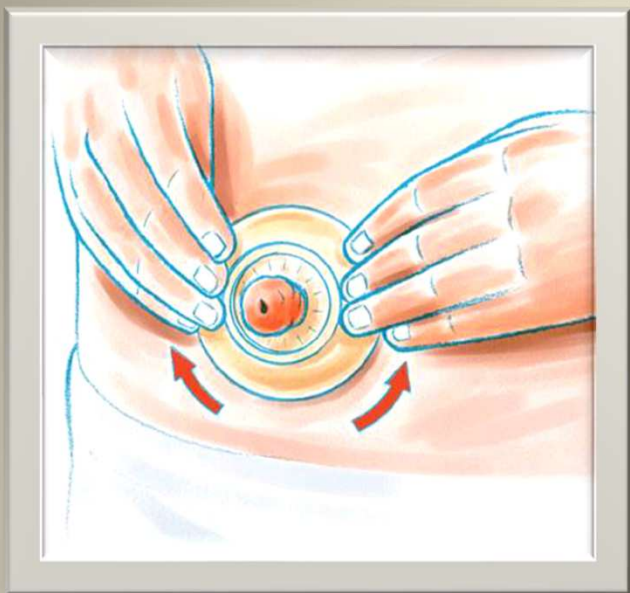


Applicazione della sacca monopezzo

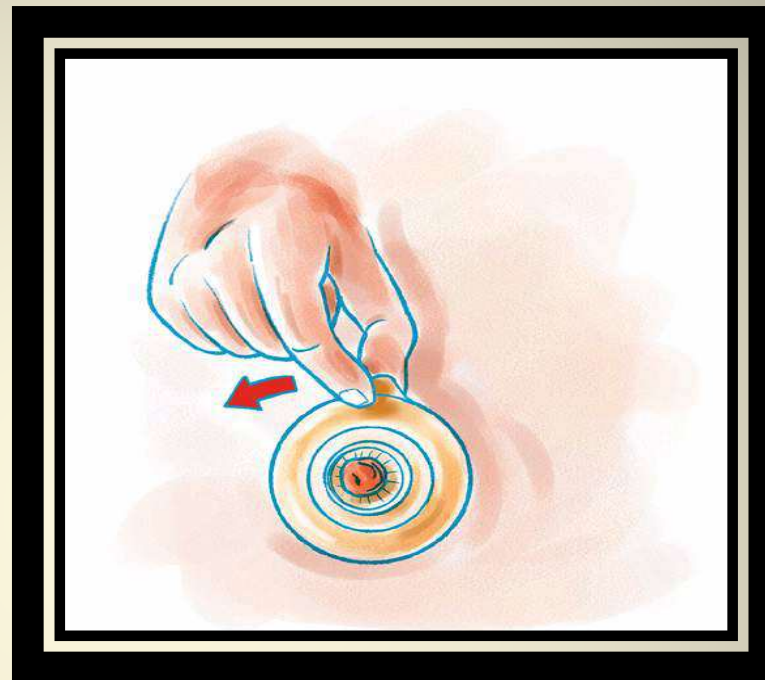


Rimozione

Applicazione della sacca 2 pezzi

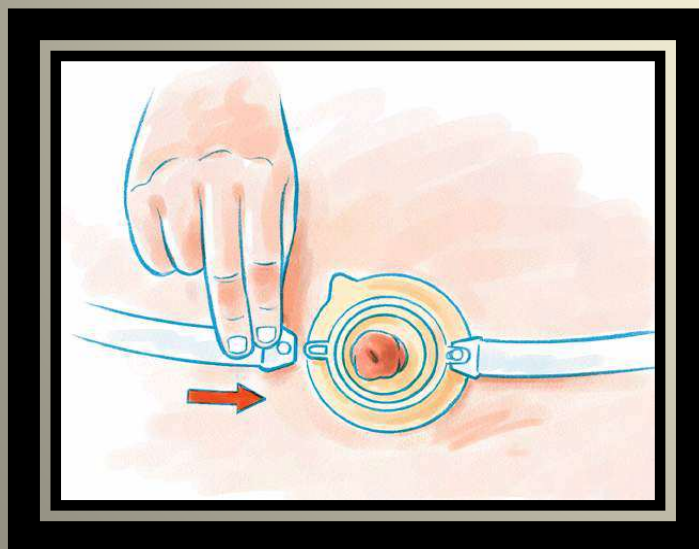


Applicazione della sacca



Rimozione

2 Pezzi



**Placca
convessa e
cintura**

Crema barriera e film protettivo

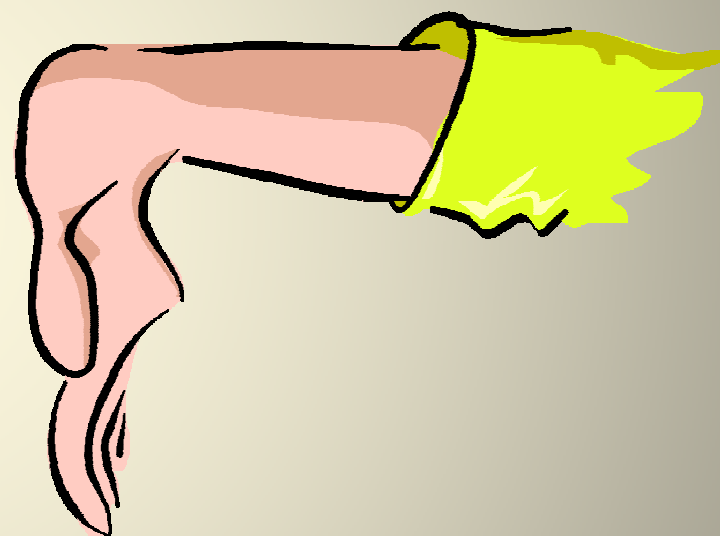
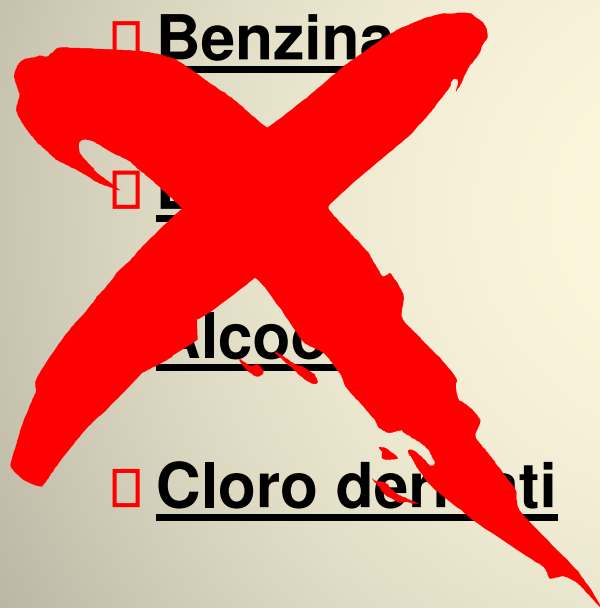


Da evitare....

Benzina

Alcool

Cloro denti





il ruolo dell'enterostomista nella relazione d'aiuto ad una persona portatrice di stomia



ALTERAZIONE IMMAGINE CORPOREA

CAMBIAMENTI STILE DI VITA



L'INFERMIERE DEVE :

FAR ACCETTARE TALE ALTERAZIONE ELABORANDO RISPOSTE SPECIFICHE A BISOGNI SPECIFICI

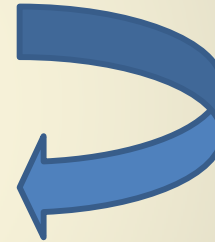
OTTENERE COLLABORAZIONE DA PARTE DEL PAZIENTE INSTAURANDO CON LUI UNA RELAZIONE D'AIUTO CHE SARA' INFLUENZATA DAL SUO VISSUTO, DALLA SUA SITUAZIONE SOCIALE-FAMILIARE

STIMOLARE LA COMUNICAZIONE CHE PERMETTA LUI DI CAPIRE QUALI SONO I REALI BISOGNI DEL PAZIENTE AIUTANDOLO A AFFRONTARE DUBBI, PREOCCUPAZIONI E PAURE

STOMIA = ANSIA



INFERMIERE = ASCOLTO



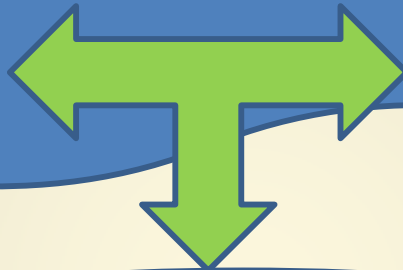
RELAZIONE D'AIUTO



COUNSELING



COUNSELING



FORMA PARTICOLARE DI RELAZIONE
D' AIUTO CHE AGISCE SULLE RISORSE
DEL PAZIENTE DANDOCI LA
POSSIBILITA' DI CAPIRE QUALI SONO
LE STRATEGIE PIU' IDONEE PER LUI

LO STOMATERAPISTA

PROFESSIONALITA' INFERMIERISTICA .



COUNSELING



INTERAZIONE TRA DUE PERSONE

PAZIENTE

UNA PERSONA CHE SI TROVA DIFRONTE AD UN PROBLEMA

STOMATERAPISTA

UNA PERSONA IN GRADO DI PRESTARE ASCOLTO E DARE SUPPORTO



PRE-OPERATORIO

→ RISCHI LEGATI ALL'INTERVENTO

→ COMPLICANZE POST-OPERATORIE



POST-OPERATORIO

→ PAZIENTI COLLABORANTI (CON OBIETTIVO DI GUARIRE)

→ PAZIENTI NON COLLABORANTI PERCHE' DEPRESSI e RINUNCIATARI
(CHE RISPONDONO CON MECCANISMI DI DIFESA)

Dimissioni

- Consegna del questionario anonimo il giorno prima della dimissione
- Comunicare al paziente che verrà contattato telefonicamente a casa per valutare il decorso clinico
- Avvisare il paziente dell' appuntamento nell' ambulatorio stomizzati (scritto nella lettera di dimissione) per continuare il percorso riabilitativo e di stomacare fino ad arrivare alla scelta del paziente del presidio stomale piu' consono.



Una volta a domicilio...

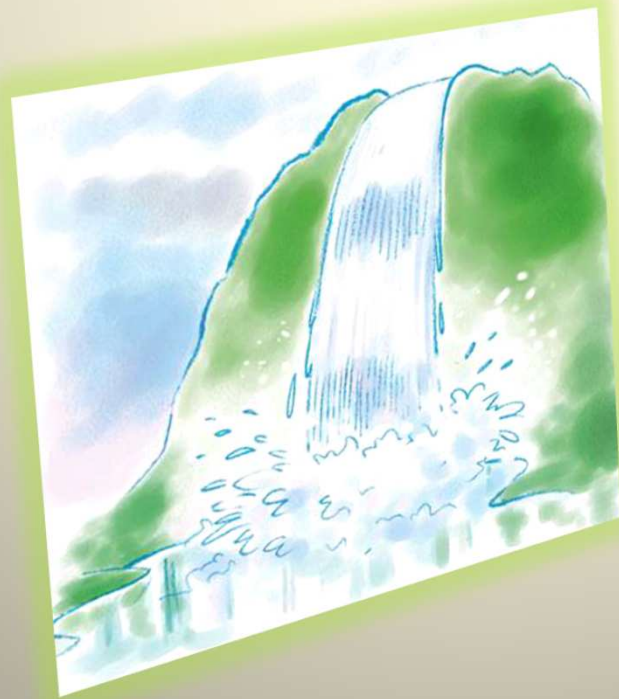
- Il paz arriva in ambulatorio arruolato gia' in reparto
- Continua il rinforzo dello stomacare e del couselling
- Prova protesica
- Miglioramento qualita' di vita a sec dei casi (IRRIGAZIONE)
- Ordine PIANO TERAPEUTICO dei presidi stomali
- Prevenire e/o trattare eventuali complicanze stomali
- Presenza del caregiver



La riabilitazione e l'irrigazione

Irrigazione intestinale su stomia

Consiste nell'introduzione , attraverso la stomia, di acqua nel colon residuo allo scopo di determinare l'evacuazione controllata delle feci in esso contenute



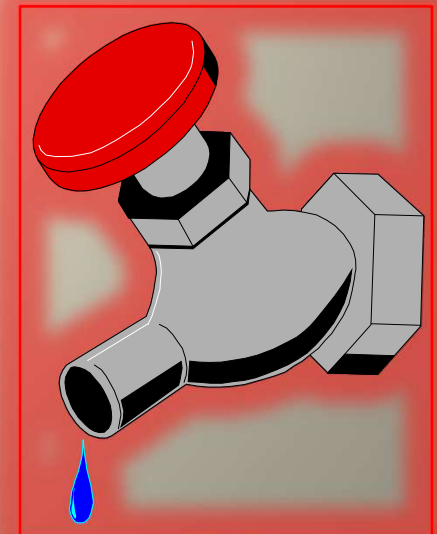
Irrigazione

- **Illustrazione del materiale**
- **Illustrazione della metodica e della tecnica**
- **Esecuzione**
- **Verifica dell'esito**
- **Verifica dell'accettazione**



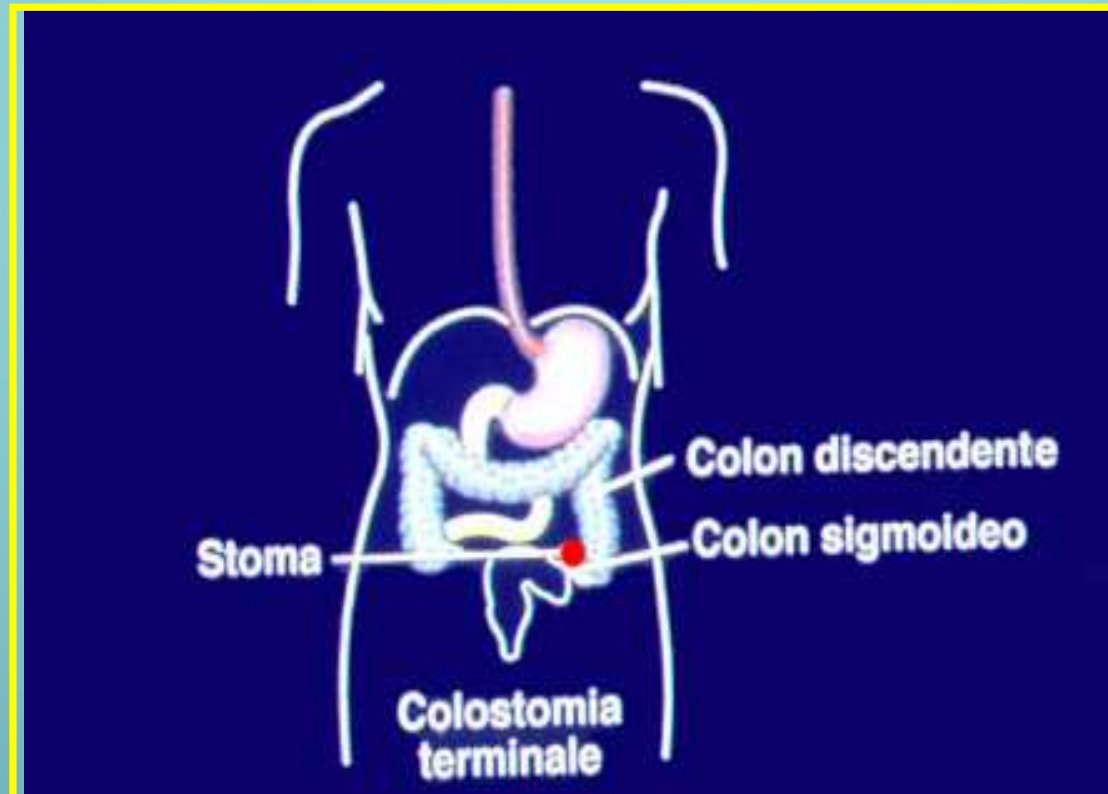
Irrigazione

- Con questa metodica, si sopperisce alla perdita della continenza, conseguente alla mancanza temporanea o definitiva dello sfintere anale, mediante un controllo meccanico della funzione evacuativa
- Riducendo inoltre la flora intestinale, l'irrigazione diminuisce la produzione di gas intestinale



Indicazioni per l'irrigazione

- Colostomia temporanea o definitiva
- Trasversostomia
- Sigmoidostomia



Controindicazioni all'irrigazione

Legate al colon residuo

□ Patologia primaria

- ❖ Malattia diverticolare
- ❖ Morbo di Crohn del colon
- ❖ Colon irritabile

Controindicazioni all'irrigazione

Legate alla colostomia

- ❑ **Ernia peristomale**
- ❑ **Prolasso stomale**
- ❑ **Stenosi stomale**
- ❑ **Recidiva neoplastica stomale**

Controindicazioni all'irrigazione

Legate alle condizioni generali del paziente

- Inabilità fisica
- Inabilità psichica
- Chemio - radioterapia

Cause di insuccesso

- ❑ Errori dietetici che alterano la motilità colica
- ❑ Quantità di liquido troppo scarsa
- ❑ Velocità troppo elevata o troppo scarsa
- ❑ Decorso tortuoso nella parte intramurale dello stoma
- ❑ Incontinenza ileo cecale
- ❑ Orari poco regolari

Tempi e frequenza

- E' buona norma iniziare l'irrigazione dopo che la stomia si è assestata (20-40 giorni dall'intervento)
- E' importante valutare anche l'approccio psicologico del paziente
- La frequenza delle irrigazioni è variabile tra tutti i giorni fino a due volte alla settimana

Materiale occorrente

- Set d'irrigazione
 - Sacca graduata con sistema di aggancio
 - Tubo collettore e morsetto regolatore del flusso
 - Cono con raccordo
 - Sacca di svuotamento
 - Mollette per chiudere la sacca
- Guanti monouso
- Gel lubrificante
- Acqua e sapone
- Carta igienica
- Sacchetto per lo smaltimento dei rifiuti
- Presidio di ricambio

Set di irrigazione



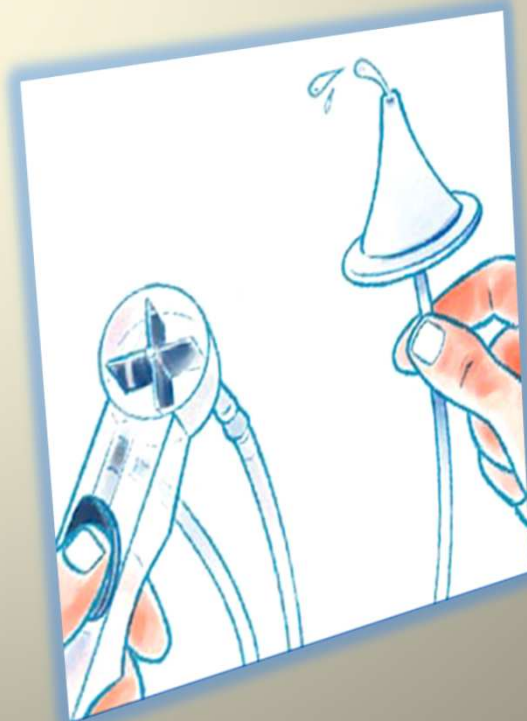
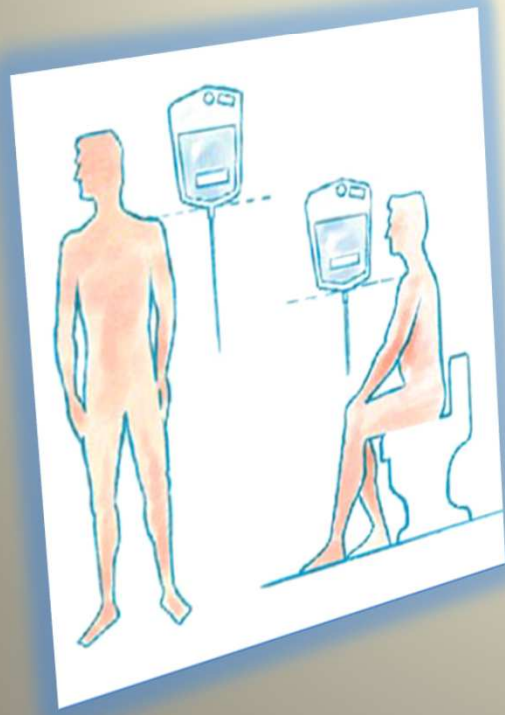
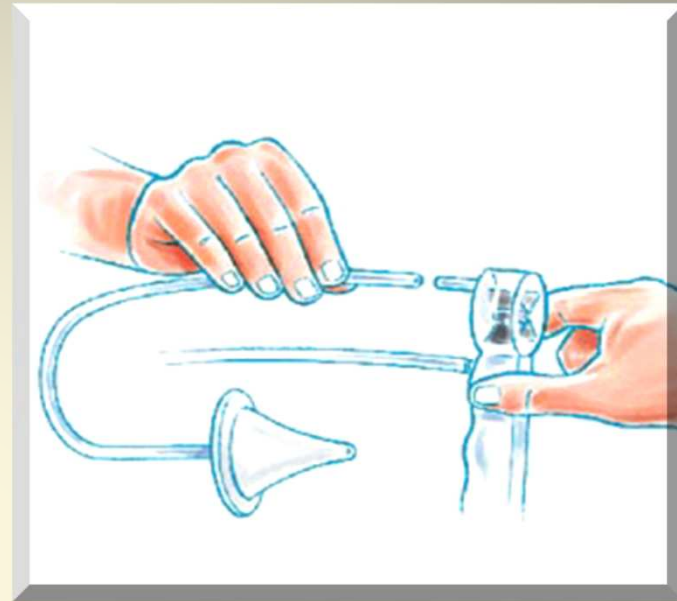
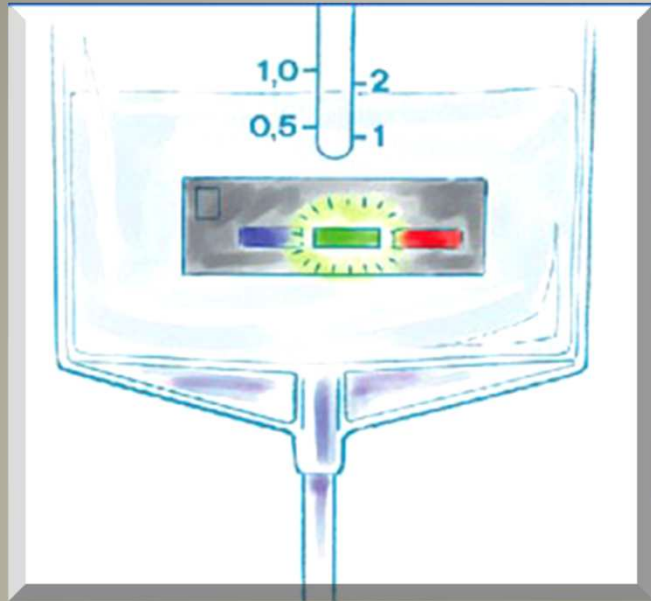
Altre raccomandazioni

- L'ora dell'irrigazione deve essere il più possibile costante
- E' utile proporre al paziente le vecchie abitudini collegabili al momento della defecazione (leggere, fumare, bere prima il caffè ecc.) sfruttando così dei riflessi condizionati già presenti
- Il deflusso dell'acqua deve essere lento e interrotto anche per 2 o 3 minuti in caso di crampi, rigurgiti o premiti

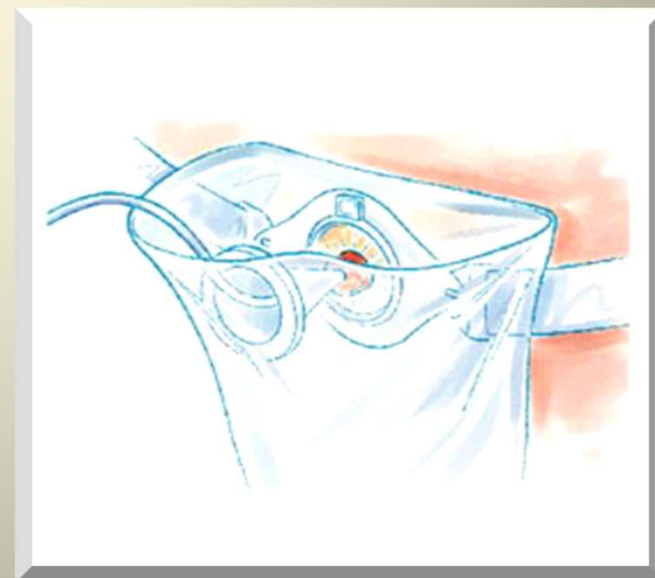
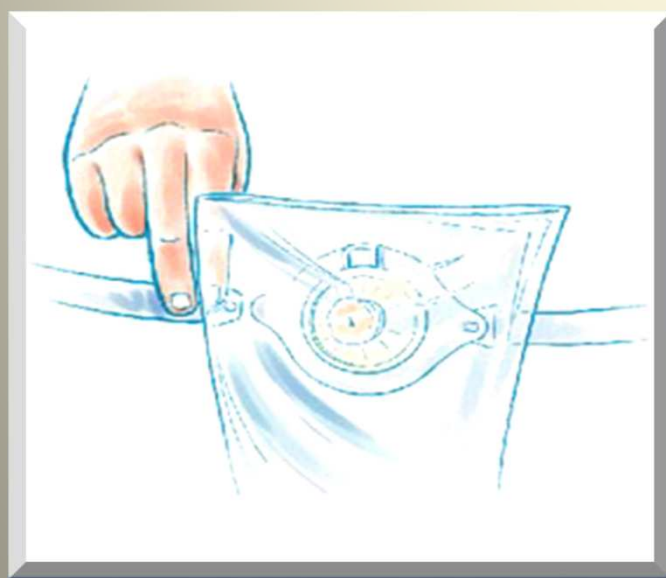
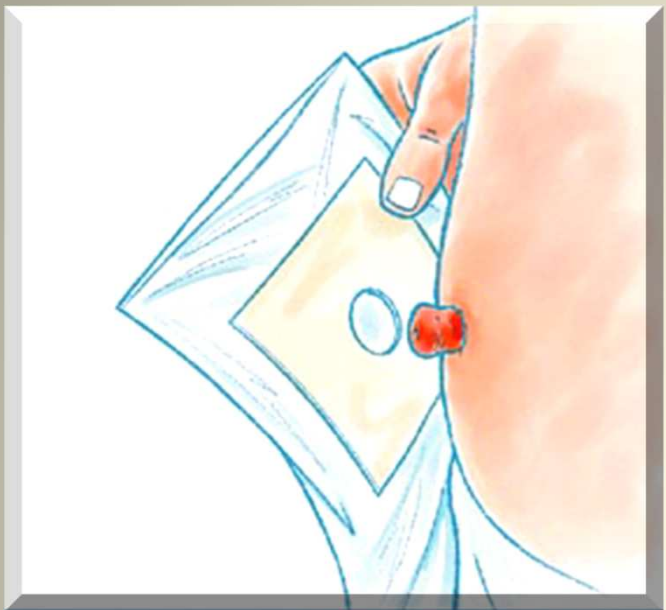
Altre raccomandazioni

- La peristalsi evacuativa può iniziare da subito fino a 15 minuti dopo il termine
- L'emissione delle feci può essere aiutata da inspirazioni profonde e massaggi dell'addome soprattutto nei quadranti di destra
- Il tempo di emissione delle feci varia da circa 20 fino a 60 minuti

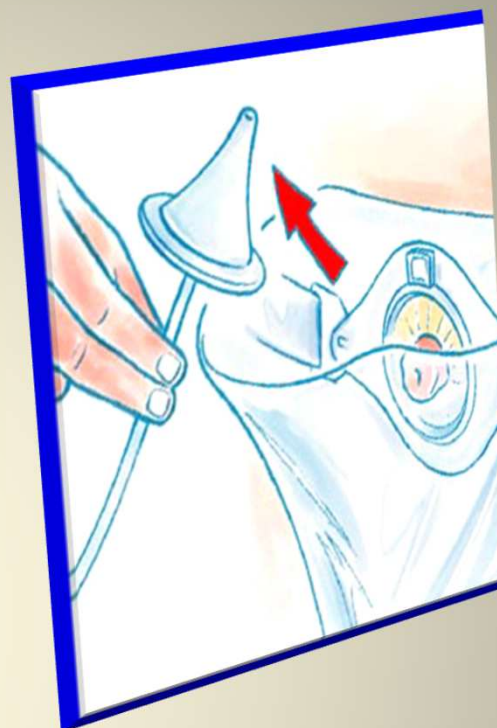
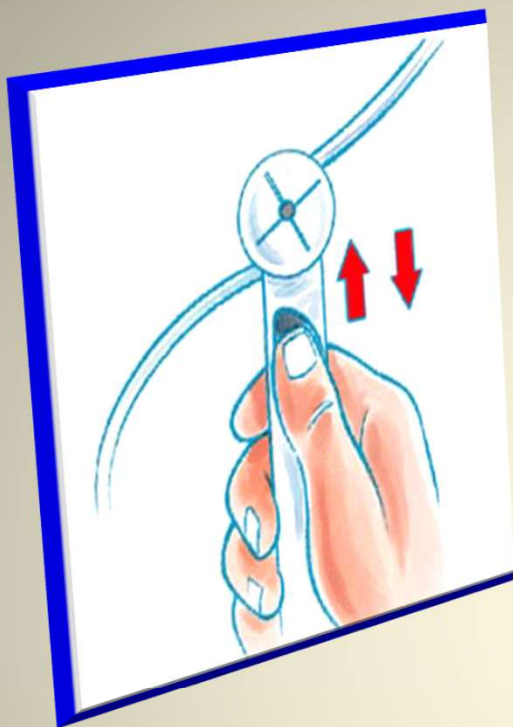
Irrigazione



Irrigazione



Irrigazione



Presidi post-irrigazione



Tappo



Mini-cap

L'obiettivo dell' ambulatorio stomizzati è:

***Garantire la qualità delle cure
impostata sui principi
dell'efficienza e dell'efficacia
delle prestazioni***

Follow up ambulatoriale

Consolidamento di quanto appreso dallo stomizzato in regime di ricovero, allargando sempre più il supporto informativo e psicologico anche ai familiari



Conclusioni

- ❖ **La stomia modifica la qualità della vita a causa di difficoltà sociali, psicologiche, alterazione dell'identità, dell'immagine corporea e della sessualità**
- ❖ **Una attenta gestione del paziente stomizzato permette l'esecuzione di un corretto follow-up, favorendo il monitoraggio degli effetti collaterali della terapia oncologica e dei parametri vitali**
- ❖ **La collaborazione con il territorio nella nostra esperienza è stata utile**

In sintesi...



MIGLIORA LA QUALITA' DI VITA

RISPETTANDO LE SPECIFICHE COMPETENZE E' IMPORTANTE, PER LA RIUSCITA DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO, CHE LA PERSONA CHE COORDINA IL TRATTAMENTO SI POSSA AVVALERE DI STRUTTURE SPECIALISTICHE E CHE RIESCA A STABILIRE UNA INTEGRAZIONE TRA I DIVERSI PROFESSIONISTI POICHE' IL MANAGEMENT DEL PAZIENTE STOMIZZATO COMPRENDE INTERVENTI DI CARATTERE SANITARIO SIA MEDICO CHE INFERMIERISTICO, PSICOLOGICO, FISIOTERAPICO E SOCIALE

Grazie per l' attenzione
arianna.venturini@auls3.veneto.it

