

COLOSTOMIE, ILEOSTOMIE E DERIVAZIONI URINARIE INCONTINENTI: IL CORE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN STOMATERAPIA

Ospedale di Latisana, Via Sabbionera, 45, 33053
Latisana (Ud), "AULA ROSSA"

Dott. Federico Enzo

Dott. Pizzarelli Francesco

Dott. Zamprogno Mattia





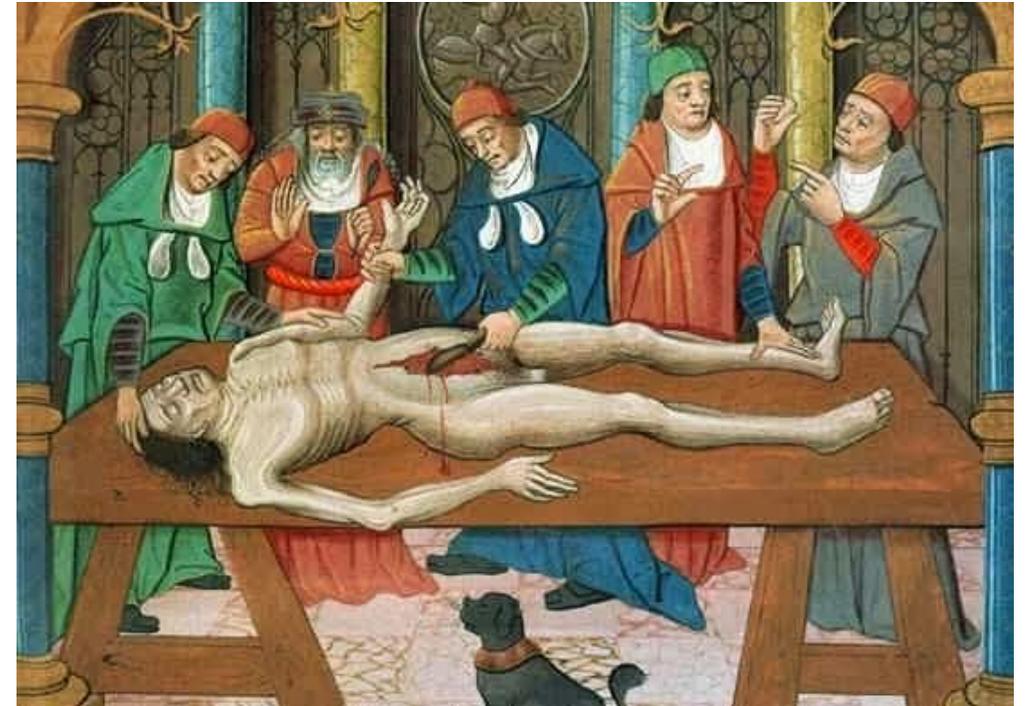
**Stomie derivate intestinali:
indicazioni al confezionamento
e caratteristiche morfologiche
e funzionali**



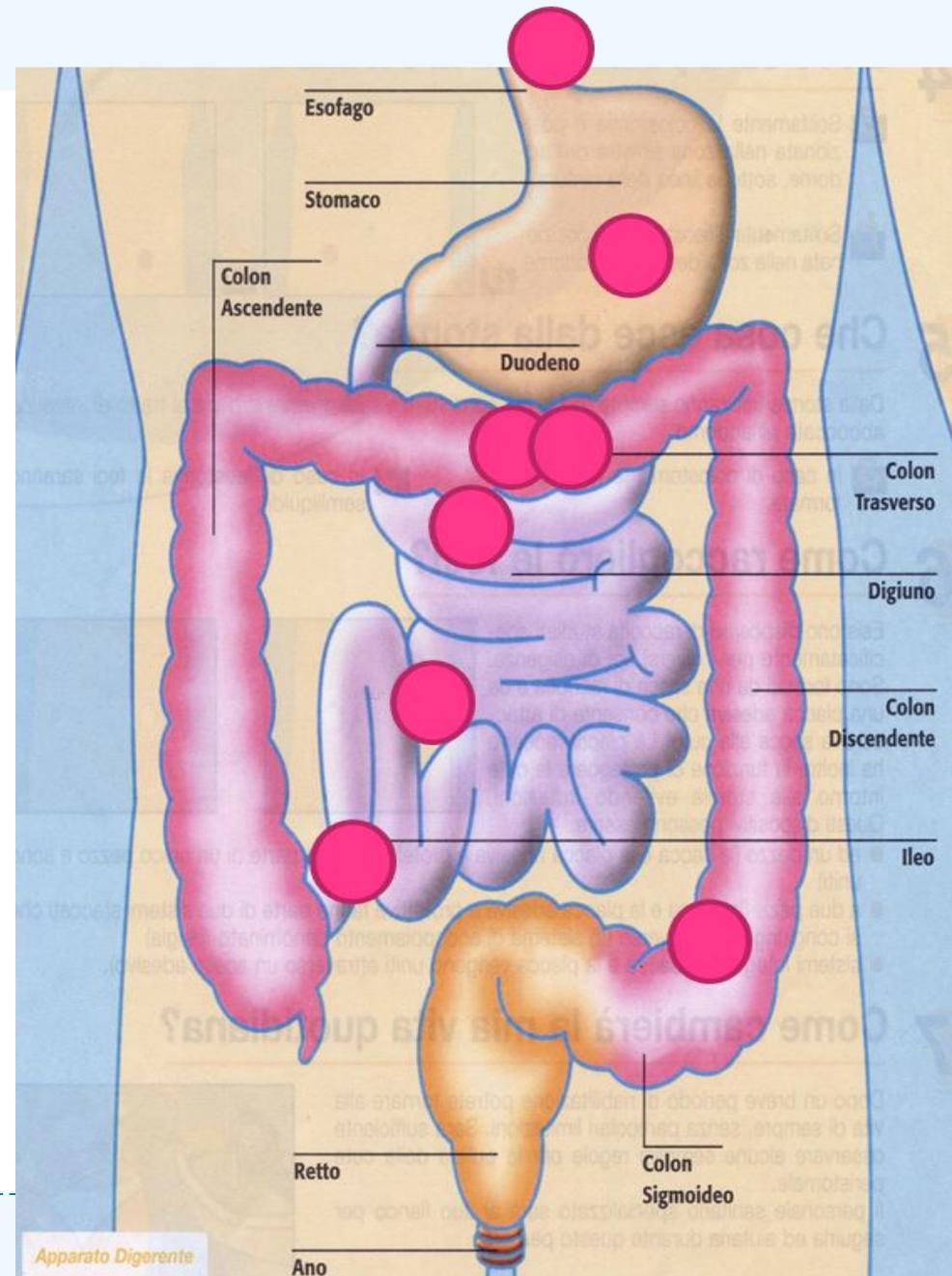
**LA SOLUZIONE CHIRURGICA
ALLA NECESSITÀ DI
DERIVAZIONE ESTERNA
DEGLI EFFLUENTI
IN CASO DI INTERVENTI
DEMOLITIVI A CARICO
DELL'APPARATO DIGERENTE
E O URINARIO**

**IL CONFEZIONAMENTO DI UN
ANO ARTIFICIALE
È UNA PROCEDURA DI BASE IN
CHIRURGIA INTESTINALE.**

**PROBABILMENTE LE STOMIE
INTESTINALI SONO
L'INTERVENTO PIÙ VECCHIO
CHE SIA MAI STATO
EFFETTUATO SULL'INTESTINO,
E TRACCE DELLA LORO
ORIGINE SI PERDONO
NELL'OSCURITÀ DELLA STORIA.**



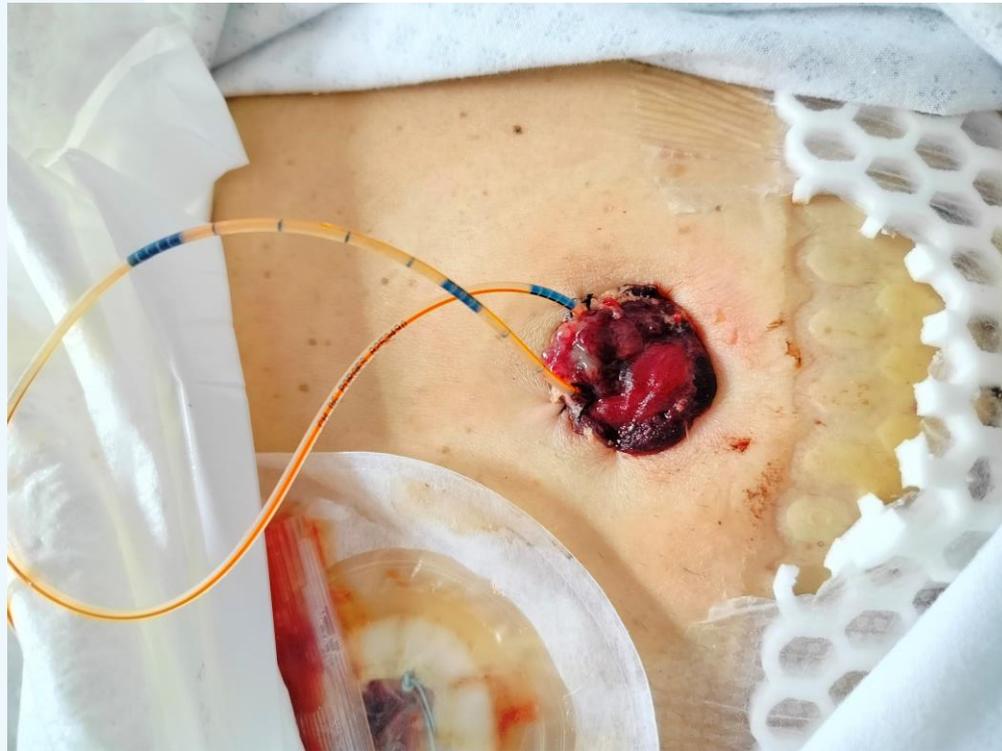
**ESOFAGOSTOMIA
TRACHEOSTOMIA
GASTROSTOMIA
DIGIUNOSTOMIA
ILEOSTOMIA
CIECOSTOMIA
COLONSTOMIA
TRASVERSOSTOMIA
SIGMOIDOSTOMIA
CISTOSTOMIA
NEFROSTOMIA
U.C.S
U.I.C.S**



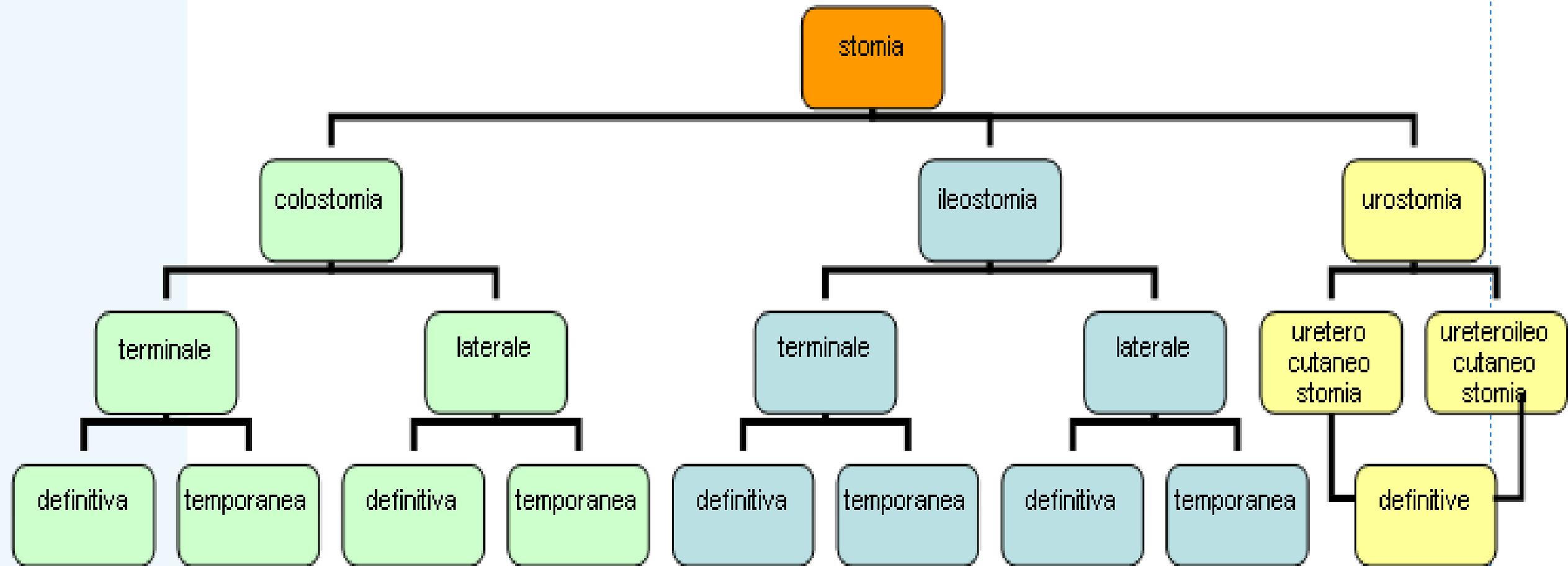
LE STOMIE DERIVATIVE

URINARIA

FECALE

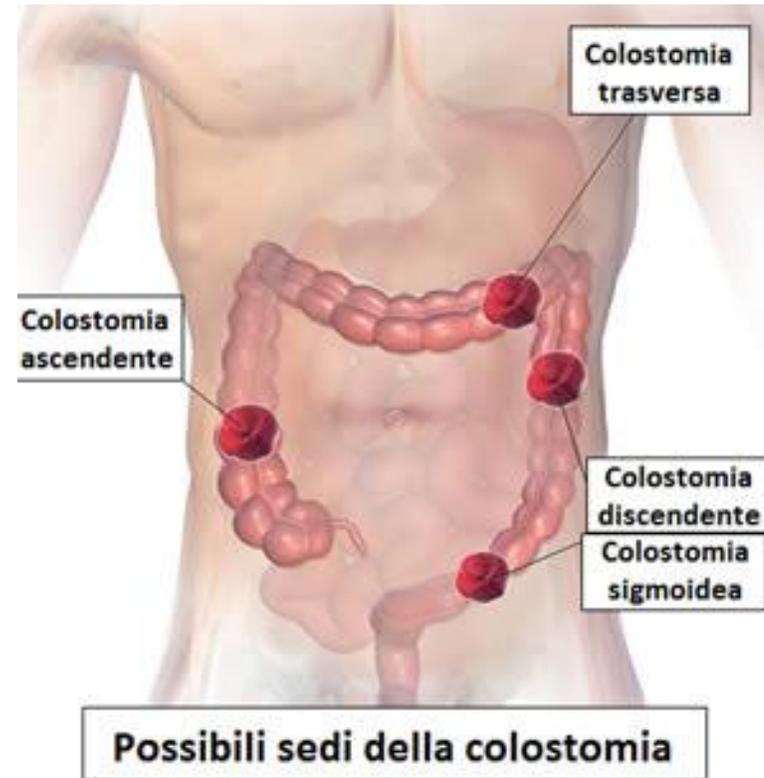


MAPPA DELLA STOMIA



STOMIE INTESTINALI

ILEOSTOMIE



COLOSTOMIE

STOMIE INTESTINALI

TEMPO

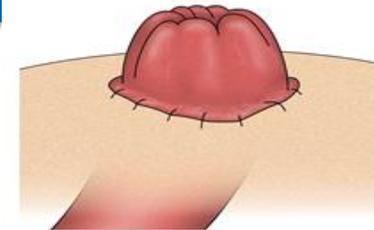
DEFINITIVE

TEMPORANEE

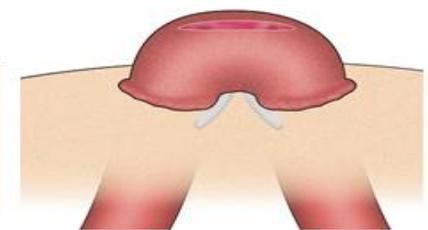
FORMA

TERMINALI

**LATERALI
(A CANNA DI FUCILE)**



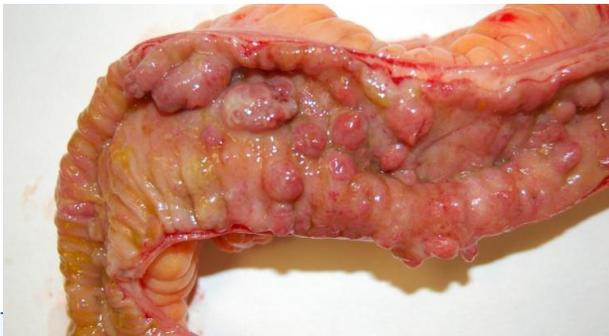
End Stoma



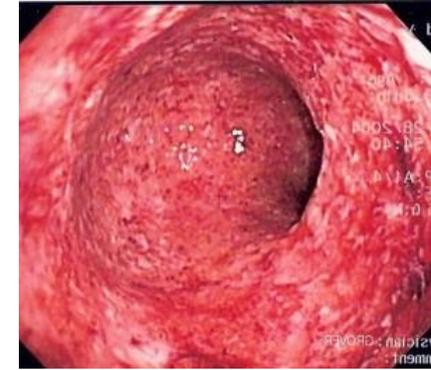
Loop Stoma

ILEOSTOMIA

- ❑ PATOLOGIE INFIAMMATORIE
- ❑ PATOLOGIE DI CARATTERE FAMILIARE
- ❑ PATOLOGIA OSTRUTTIVA
- ❑ PROTEZIONE
- ❑ OCCLUSIONE INTESTINALE
- ❑ SCOPO PALLIATIVO



INDICAZIONI AL CONFEZIONAMENTO



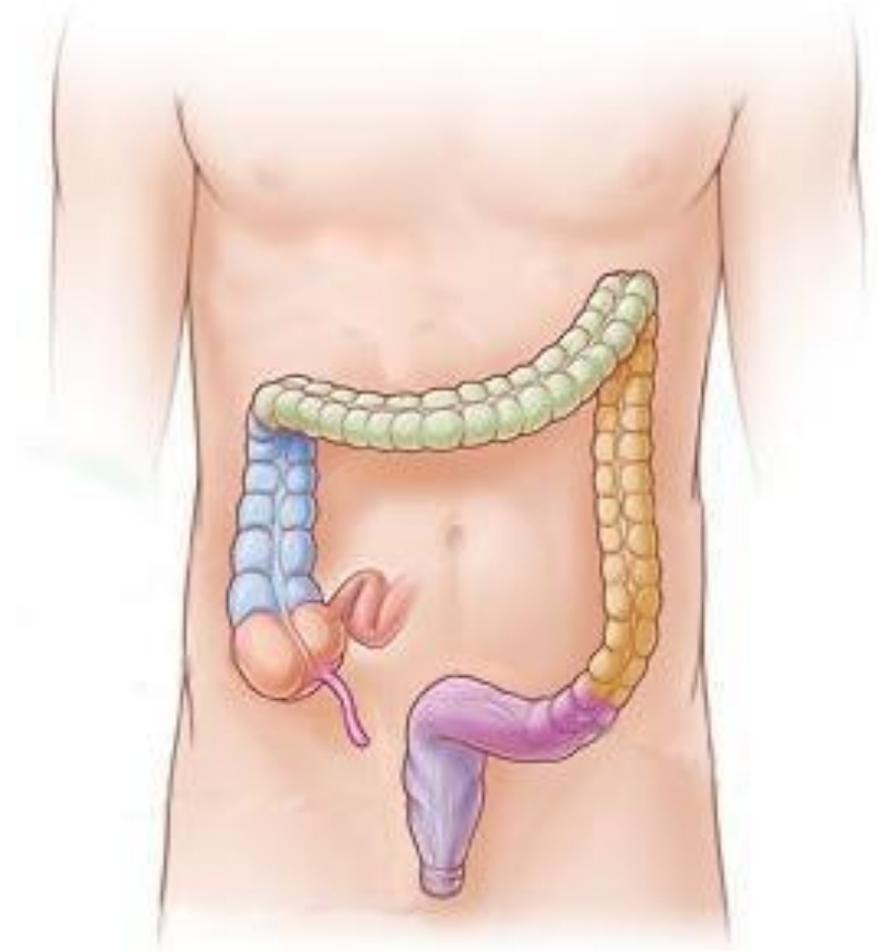
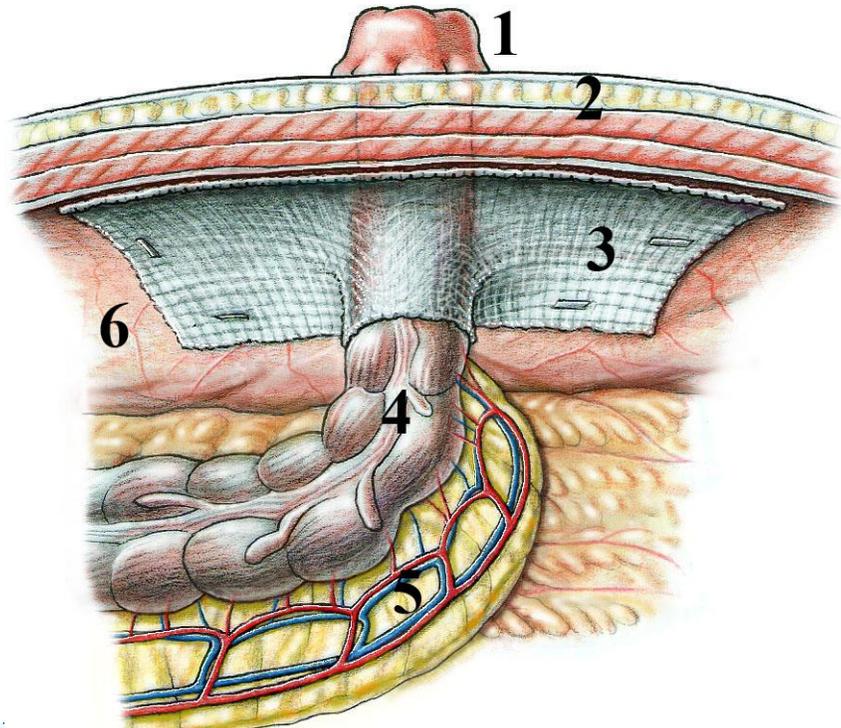
ILEOSTOMIA

- ❑ INIZIA A FUNZIONARE IL **SECONDO O TERZO GIORNO** POST OPERATORIO CON PERDITE CHE VANNO **DAI 500 AI 2000 ML/DIE** DI FECI AGGRESSIVE CON PRESENZA DI **ENZIMI ANCORA ATTIVI**.
- ❑ GENERALMENTE ESSE TENDONO A CAMBIARE LA LORO CONSISTENZA VERSO LA **10^a GIORNATA** RISULTANDO MAGGIORMENTE POLTACEE.
- ❑ IL **TRANSITO** INTESTINALE È **RAPIDO**: CIRCA 3-8 ORE.
- ❑ IL **MANCATO ASSORBIMENTO DEI LIQUIDI** È CAUSA SPESSO DI DISIDRATAZIONE PER IL PAZIENTE



COLOSTOMIA

L'APERTURA E LA FISSAZIONE TEMPORANEA O DEFINITIVA DEL COLON ALLA PARETE ADDOMINALE



COLOSTOMIA

INDICAZIONI AL CONFEZIONAMENTO

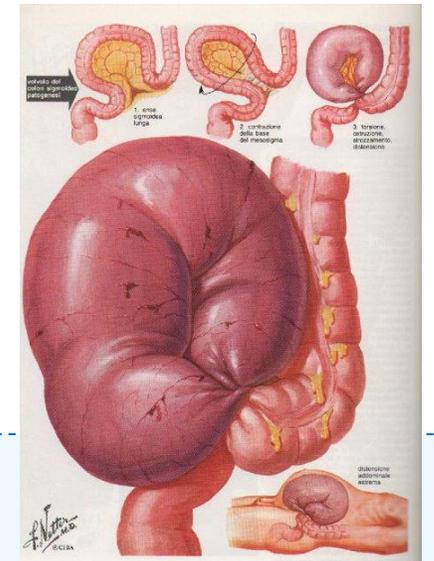
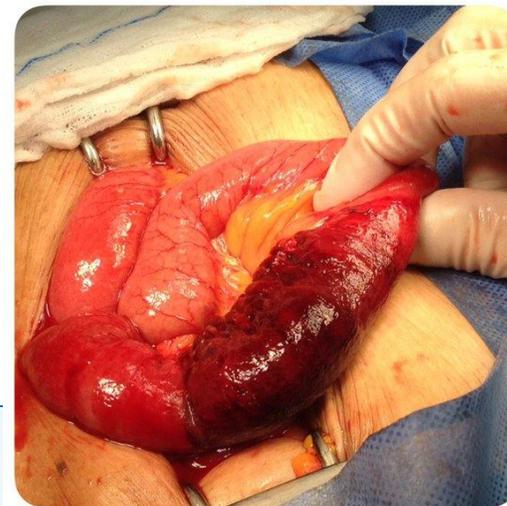
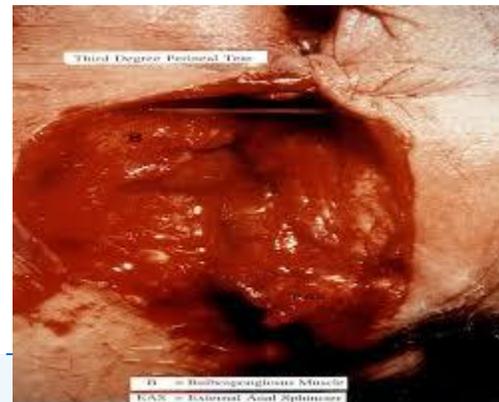
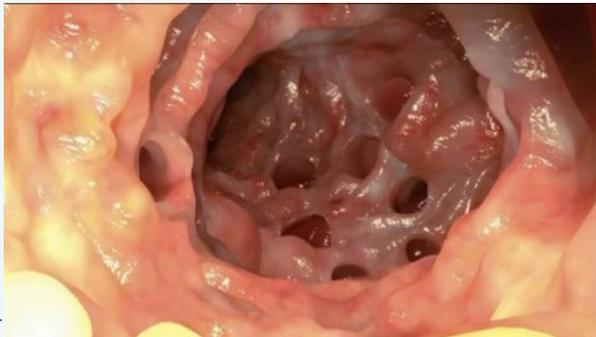
DIVERTICOLITE PERFORATA CON PERITONITE GENERALIZZATA PURULENTA E STERCORACEA

TRAUMI IATROGENI CON LESIONI IMPORTANTI DELLA REGIONE DEL RETTO

COLITI ISCHEMICHE GANGRENOSE

VOLVOLO DEL SIGMA CON NECROSI E PERITONITE

PERFORAZIONE E ROTTURA DEL TRATTO TUMORALE



COLOSTOMIA

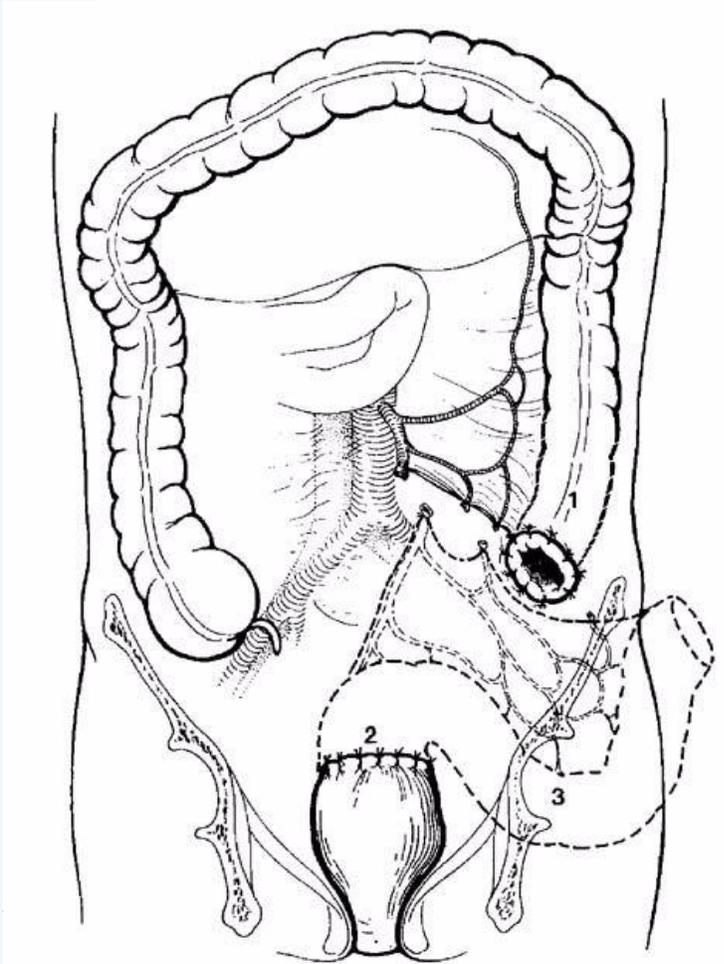
□ LE TEMPORANEE SONO CREATE PER “METTERE A RIPOSO” LA ZONA A VALLE INTERESSATA DALL’ANASTOMOSI O DALL’INTERVENTO, SONO DESTINATE A RICANALIZZAZIONE E GENERALMENTE SONO LATERALI.

□ LE COLOSTOMIE TERMINALI, INVECE NON È DETTO SIANO PERMANENTI MA PRESENTANO UNA SOLA ANSA ABBOCCATA E LA RICANALIZZAZIONE DIPENDE SIA DALLO STATO DI SALUTE DELLA PERSONA, SIA DAL TIPO DI INTERVENTO CHIRURGICO ESPLETATO



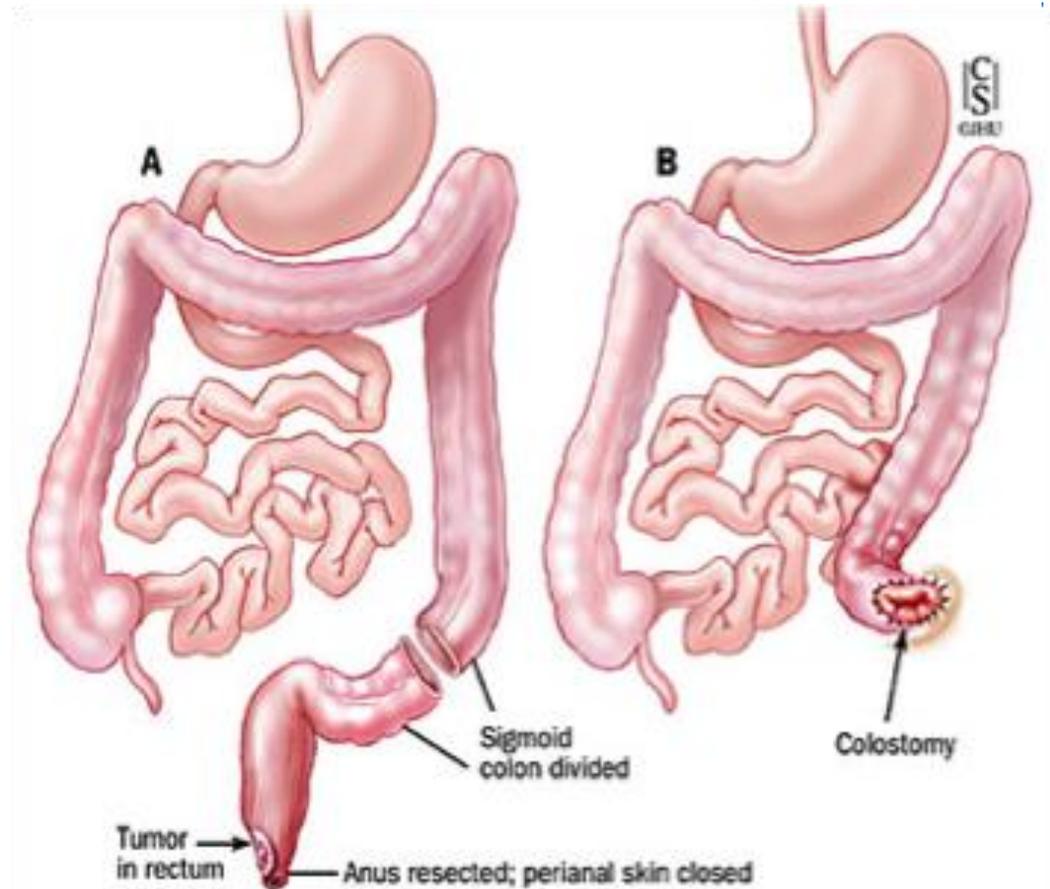
INTERVENTO SECONDO HARTMANN

RESEZIONE DI UN TRATTO DI
COLON CON AFFONDAMENTO
DEL MONCONE RETTALE RESIDUO
NELLE PELVI E CONFEZIONAMENTO
DI UNA COLOSTOMIA TERMINALE



INTERVENTO SECONDO MILES

AMPUTAZIONE ADDOMINO PERINEALE DEL RETTO E DEL CANALE ANALE E CONFEZIONAMENTO DI UNA COLOSTOMIA TERMINALE SINISTRA



INTERVENTO SECONDO MILES



LA RADICALITÀ DELL' AMPUTAZIONE

ANORETTALE

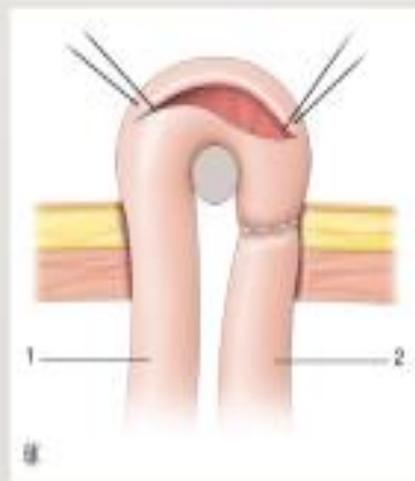
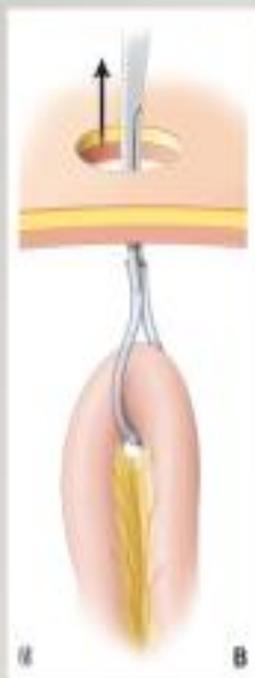
E LA STRETTA VICINANZA CON LE STRUTTURE

ANATOMICHE E NERVOSE DEPUTATE ALLE FUNZIONI SESSUALI

DETERMINANO IMPOTENZA MASCHILE

DI DIFFERENTE GRAVITÀ

ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA LATERALE



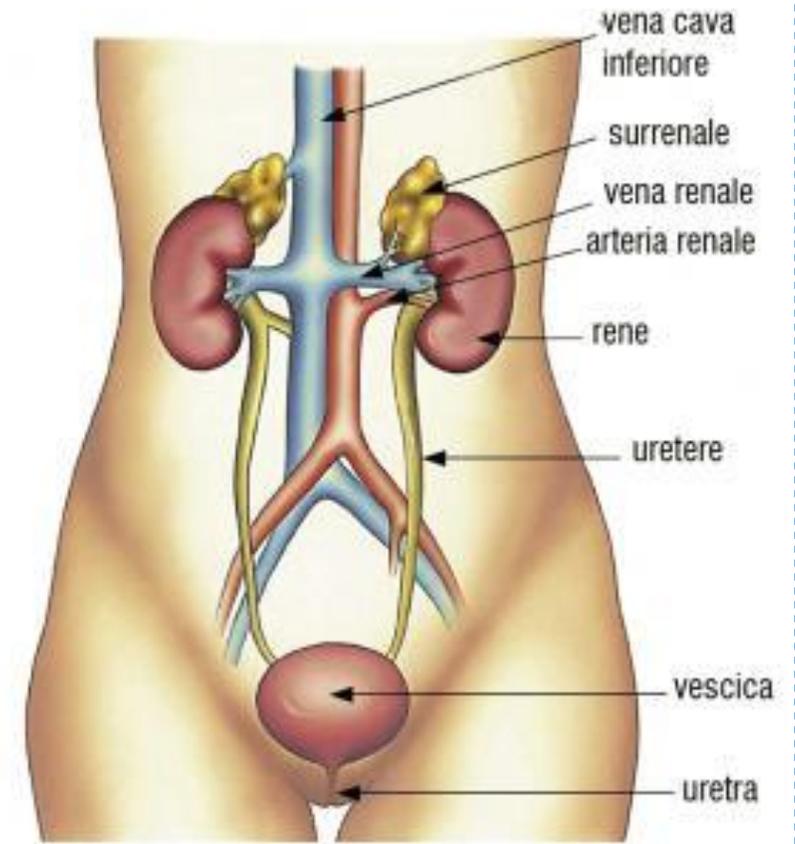
LE STOMIE LATERALI E LA «BAGUETTE»

SPESSO VIENE APPLICATO UN **SOSTEGNO AL DI SOTTO DELL'ANSA** ABBOCCATA ALL'ADDOME: QUESTO SOSTEGNO VIENE CHIAMATO **BAGUETTE**, O SEMPLICEMENTE **BACCHETTA**, E VIENE RIMOSSO CIRCA UNA **DOZZINA** DI GIORNI DOPO L'INTERVENTO. QUESTO AVVIENE PERCHÉ, ESSENDO PREVISTA UNA CANALIZZAZIONE SUCCESSIVA, QUESTA PROCEDURA **SEMBRA AGEVOLARE L'INTERVENTO** E INOLTRE, SECONDO ALCUNE SCUOLE CHIRURGICHE, **ESENTA IL CHIRURGO DA PORRE DEI PUNTI** TRA MUCOSA E CUTE **E PREVIENE LA RETRAZIONE** DELLA STOMIA

**Stomie urinarie incontinenti:
indicazioni al confezionamento
e caratteristiche morfologiche
e funzionali**

LA STOMIA URINARIA E'...

- ◆ L'ABBOCCAMENTO DELLA VIA ESCRETRICE DEL RENE
- ◆ CON L'ESCLUSIONE DEL RESERVOIR VESCICALE
- ◆ PER LA DERIVAZIONE DEL FLUSSO URINARIO VERSO L'ESTERNO.



DERIVAZIONI URINARIE



STOMIE URINARIE (INCONTINENTI ESTERNE)

TEMPORANEE

NEFROSTOMIA

CISTOSTOMIA

PERMANENTI

URETERO-CUTANEO-STOMIA

URETERO-ILEO-CUTANEO-STOMIA

CISTOSTOMIA

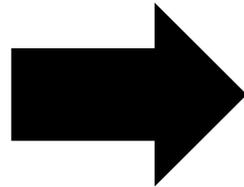
- **IL PIÙ SEMPLICE SISTEMA DI DERIVAZIONE ESTERNA**
REALIZZATO DIRETTAMENTE AL
LIVELLO DELLA VESCICA
ATTRAVERSO IL
POSIZIONAMENTO DI UN
CATETERE VESCICALE FATTO
PASSARE ATTRAVERSO LA
PARETE ADDOMINALE



SI RICORRE ALLA CISTOSTOMIA:

OGNI QUALVOLTA SIA IMPEDITO IL NORMALE CATETERISMO VESCICALE E PERSISTA
OSTRUZIONE DEL FLUSSO URINARIO

L'OSTRUZIONE



- IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA
- ROTTURA TRAUMATICA DELL'URETRA
- STENOSI URETRALI COMPLESSE
- ESITI DI CHIRURGIA PELVICA DEMOLITIVA

PAZIENTI CON LESIONI DEL MIDOLLO SPINALE
(VESCICA NEUROLOGICA) CHE NON POSSONO O
NON VOGLIONO UTILIZZARE IL CATETERISMO
INTERMITTENTE PER SVUOTARE LA VESCICA

METTERE A RIPOSO L'URETRA DOPO AVER
EFFETTUATO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI
SULL'URETRA STESSA O SUL COLLO
VESCICALE

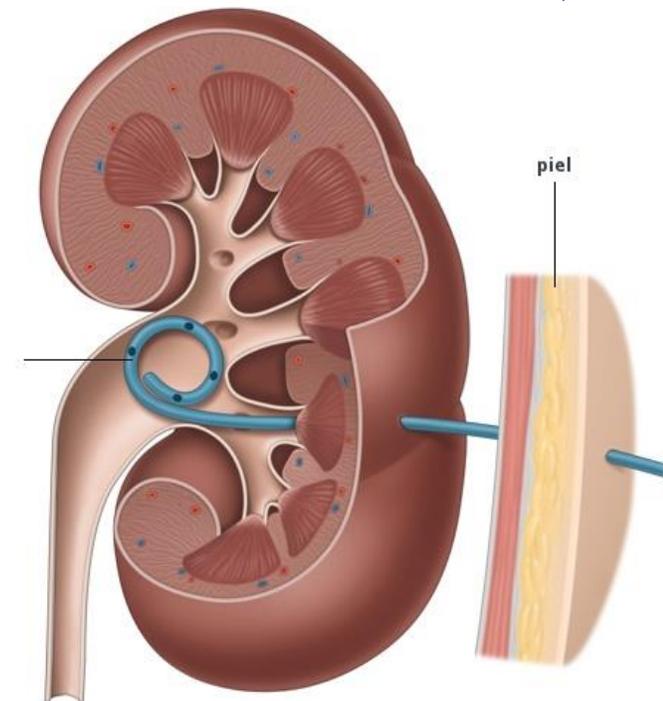
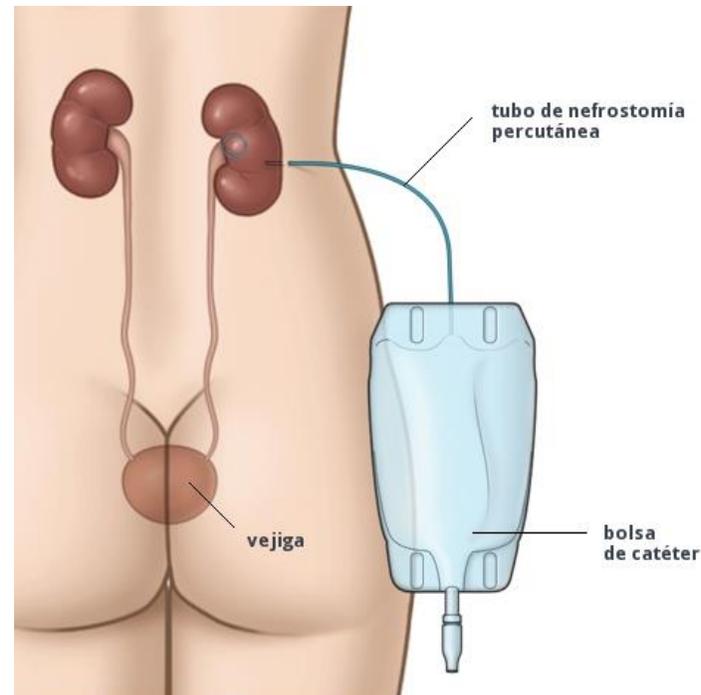
GESTIONE

- **SOSTITUZIONE** DELLA SACCA DI RACCOLTA
- **MEDICAZIONE** DEL SITO CHIRURGICO SECONDO LE ATTUALI RACCOMANDAZIONI
- **LAVAGGIO DEL CATETERE**: SOLO SE NECESSARIO
 - **MONITORAGGIO** DEL SITO DI INSERZIONE E DELLA PRESENZA DEI PUNTI (NEFROSTOMIA)
 - **SOSTITUZIONE DEL CATETERE**



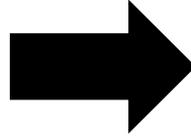
NEFROSTOMIA

• E' UNA PROCEDURA CHE CONSISTE NELLA **PUNTURA DELLE CAVITÀ RENALI** **ATTRAVERSO LA CUTE** DELLA REGIONE LOMBARE, SOTTO CONTROLLO ECOGRAFICO E/O RADIOLOGICO, ALLO SCOPO DI REALIZZARE UNA **COMUNICAZIONE STABILE TRA LE CAVITÀ RENALI E LA SUPERFICIE CORPOREA** PER MEZZO DI UN CATETERE IN MATERIALE SOFFICE DA CONNETTERE AD UN RACCOGLITORE.



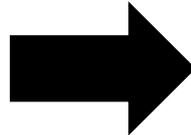
SI RICORRE ALLA NEFROSTOMIA PERCUTANEA:

IN CASO DI OSTRUZIONE URETERALE ACUTA O CRONICA DETERMINANTE INSUFFICIENZA RENALE



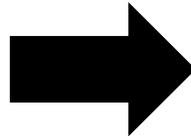
ALLORCHÈ TALE OSTRUZIONE NON SIA SUPERABILE CON MANOVRE ENDOSCOPICHE PER VIA RETROGRADA; E IN PARTICOLARE QUANDO SI SOSPETTI UNA INFEZIONE RENALE ASSOCIATA ALL'OSTRUZIONE.

IN CASO DI OSTRUZIONE CRONICA



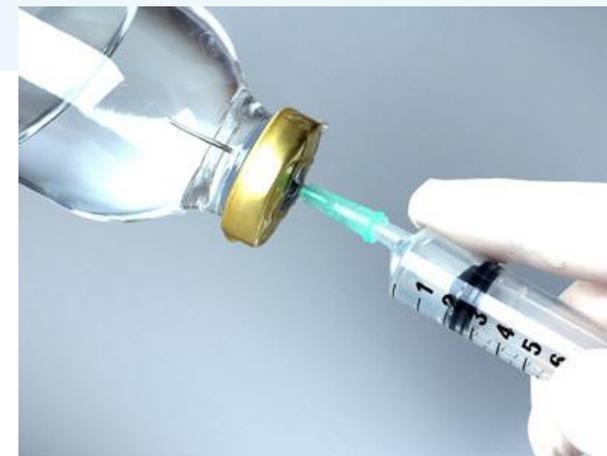
INTERVENTI SULLE ALTE VIE URINARIE PER VIA PERCUTANEA (FRANTUMAZIONE E/O RIMOZIONE DI CALCOLI, INCISIONE DEL GIUNTO PIELO-URETERALE, TRATTAMENTO DI NEOPLASIE PIELOCALICIALI SUPERFICIALI E DI BASSO GRADO, ECC)

QUALE TEMPO PRELIMINARE PER L'ALLESTIMENTO DEL TRAMITE PER L'ESECUZIONE DI MANOVRE ENDOSCOPICHE



COME MANOVRA PRELIMINARE AL FINE DI ESEGUIRE UNA CORRETTA VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL RENE

È OPPORTUNO SOSPENDERE EVENTUALI FARMACI ANTICOAGULANTI (ES. ASPIRINETTA, COUMADIN ETC) E SOSTITUIRLI CON EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE ALMENO UNA SETTIMANA PRIMA



LA DURATA DELLA PROCEDURA VARIA DAI 15 A 30 MINUTI, IN RELAZIONE ALLA ENTITÀ DELLA DILATAZIONE DELLE CAVITÀ RENALI.

GENERALMENTE SI TRATTA DI UNA PROCEDURA IN DAY SURGERY, CON POCHE ORE DI PERMANENZA IN OSPEDALE.



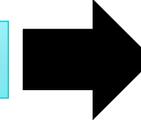
LE COMPLICANZE

PUNTURA DEL RENE

EMATOMI PERIRENALI (2-3%)
PERFORAZIONE INTESTINALE (1,5%)
STRAVASO DI URINA ATTORNO AL RENE
(0.5%)

PERMANENZA DEL
CATETERE
NEFROSTOMICO

L'OSTRUZIONE E LA DISLOCAZIONE



RICHIEDONO
ENTRAMBE LA
**SOSTITUZIONE CON
UNA NUOVA
NEFROSTOMIA** SE
NON È POSSIBILE
RECUPERARE IL
TRAMITE

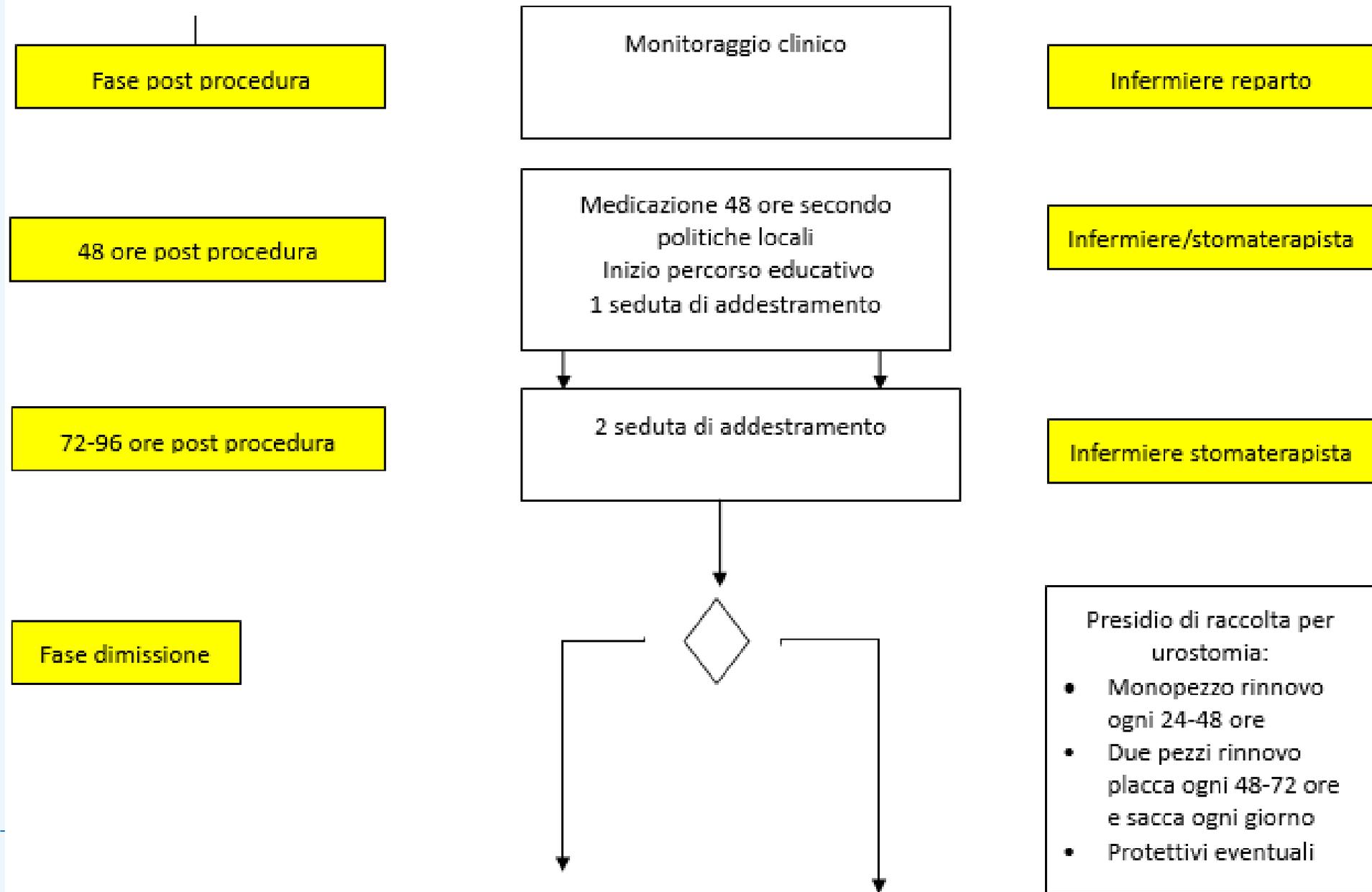


UN'ALTRA COMPLICANZA RARA
È L'ALLERGIA
ALL'ANESTETICO LOCALE, O
AL MEZZO DI CONTRASTO
USATO DURANTE LA
PROCEDURA

**NELLA NEFROSTOMIA
TRANSITORIA IL CATETERE
VIENE RIMOSSO** DOPO UN PERIODO
STABILITO CASO PER CASO

**NELLA NEFROSTOMIA DEFINITIVA VA
PROGRAMMATA LA SOSTITUZIONE PERIODICA**
DEL CATETERE NEFROSTOMICO E LA CADENZA DEI
CONTROLLI DELLA FUNZIONALITÀ RENALE OLTRE
CHE DELLA MALATTIA DI BASE CHE HA RESO
NECESSARIA LA NEFROSTOMIA

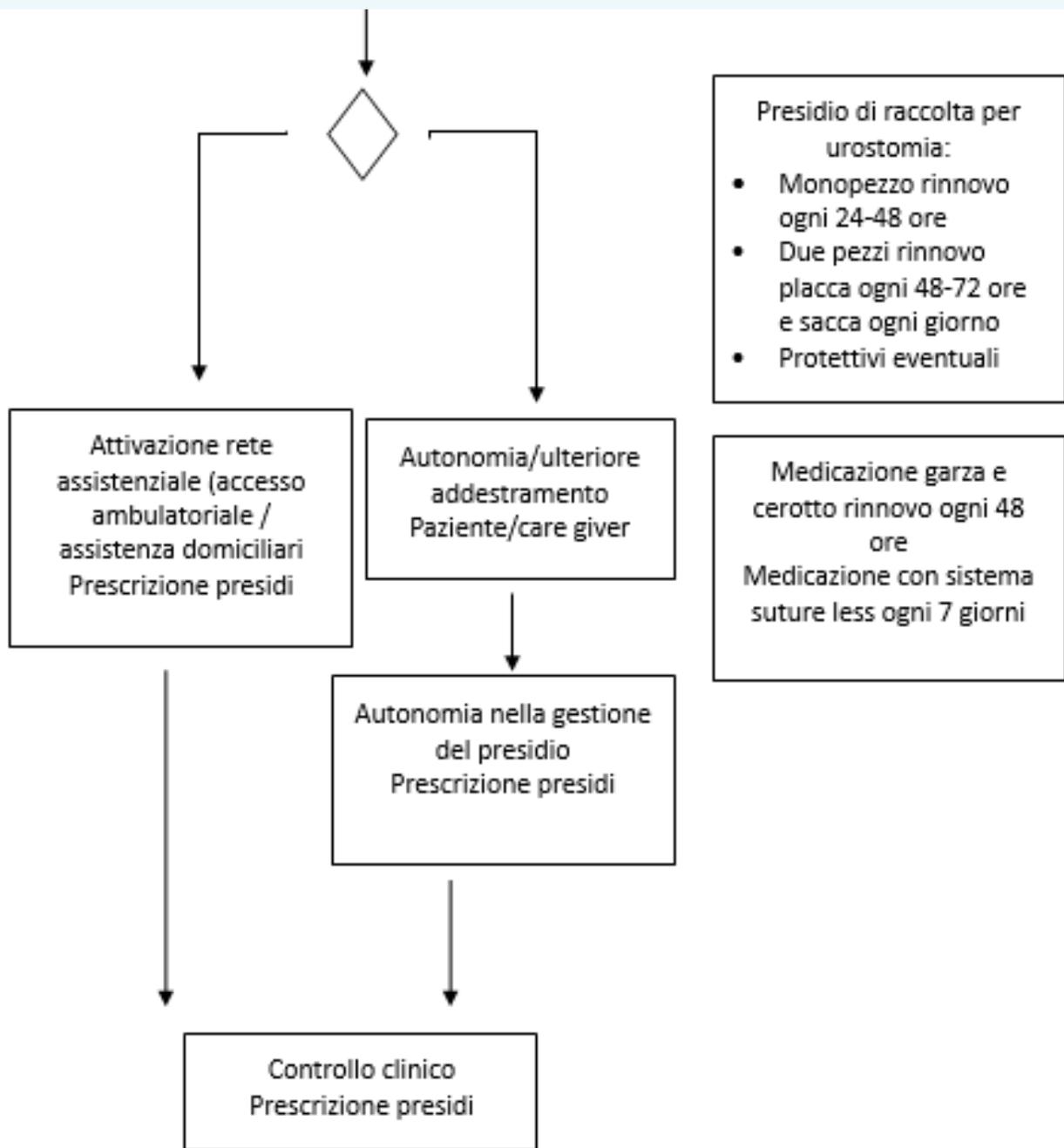




Fase dimissione

Follow up a 7 giorni

Follow up a 1,3,6 e 12 mesi



URETERO-CUTANEO-STOMIA (U.C.S.)

**L'ANASTOMOSI DEGLI
URETERI DIRETTAMENTE
ALLA CUTE DELL'ADDOME**

**SINGOLA ANASTOMOSI CON LA CUTE
(TRANSURETROURETEROSTOMIA)**

ANASTOMOSI **AI DUE LATI OPPOSTI**
DELL'ADDOME
(URETEROCUTANEOSTOMIA)

TUTORE URETERALE
COSTANTEMENTE MANTENUTO IN
SEDE E SOSTITUITO PERIODICAMENTE AL
FINE DI OVVIARE EVENTUALI STENOSI
CICATRIZIALI

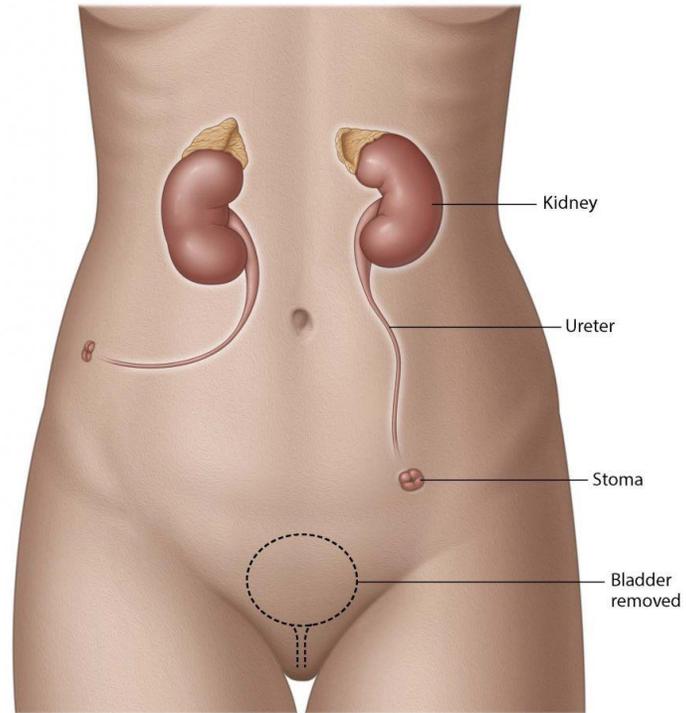
LA SOSTITUZIONE DEI
TUTORI URETERALI PREVEDE
L'AUSILIO DI **MANOVRE**
RADIOLOGICHE

PER CHI?

- ❑ PAZIENTI SPESSO ANZIANI
- ❑ CON CONDIZIONI GENERALI SCADENTI
- ❑ CON RISCHIO OPERATORIO ELEVATO
- ❑ CON ADERENZE INTESTINALI DA PREGRESSI INTERVENTI CHIRURGICI
- ❑ IN STATO ONCOLOGICO AVANZATO.



MONOLATERALE



BILATERALE





U.C.S.
BILATERALE

URETERO-ILEO-CUTANEO-STOMIA U.I.C.S.

ANASTOMOSI URETERO-ILEO-CUTANEA DOPO
CISTECTOMIA QUANDO SI PROCEDE AL
CONFEZIONAMENTO DI UN CONDOTTO ILEALE

UN SEGMENTO DI 15 A 20 CM DI
ILEO

AD UNA ESTREMITÀ VERRÀ ANASTOMIZZATA ALLA CUTE
DELL'ADDOME (PARETE DESTRA O SINISTRA), ALL'ALTRA
VERRANNO ANASTOMIZZATI GLI URETERI

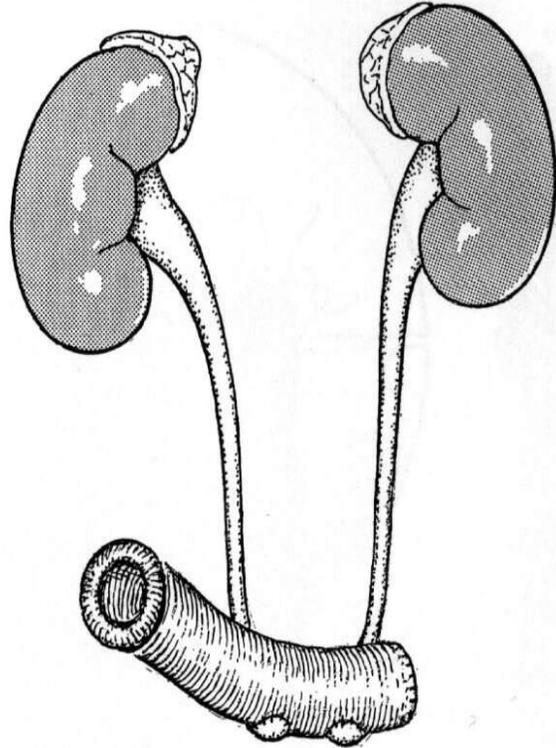
TUTORI URETERALI MANTENUTI IN SEDE PER 1-2
SETTIMANE CIRCA

INDICAZIONI AL CONFEZIONAMENTO

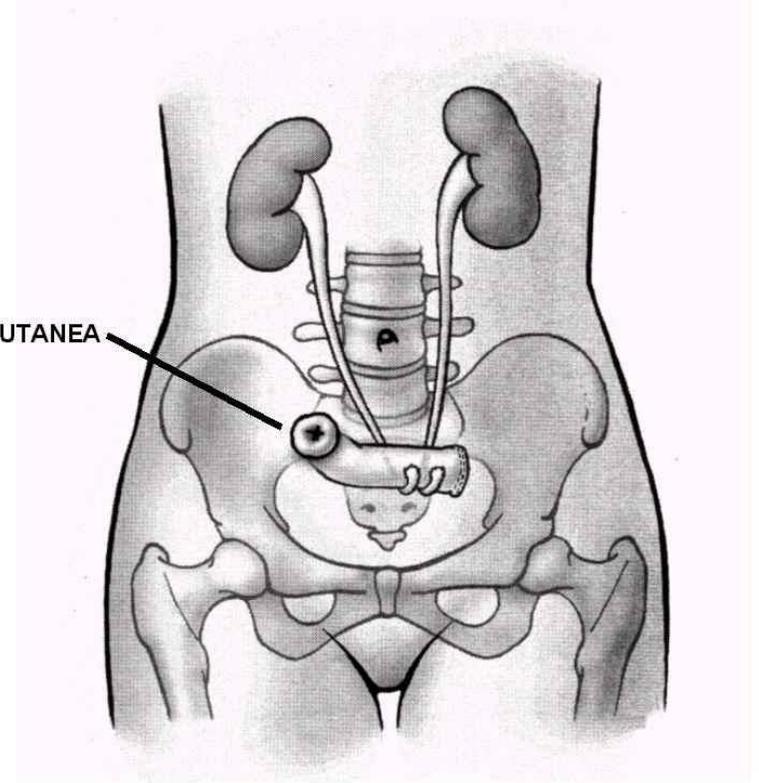
- NEOPLASIE VESCICALI**
- CARCINOSI DIFFUSA DELLA PELVI**
- INFIAMMAZIONI CRONICHE DELLA VESCICA**
- MALFORMAZIONI CONGENITE**
- VESCICA NEUROLOGICA**
- TRAUMI VESCICALI O URETRALI**



Condotto ileale sec. Bricker



STOMIA CUTANEA



Condotto ileale sec. Bricker



BLADDER SUBSTITUTION AFTER PELVIC EVISCERATION

EUGENE M. BRICKER, M.D., F.A.C.S.*

THE problem of developing a suitable substitute for the urinary bladder has been one that has intrigued surgeons intermittently for a good many years. Practically all anatomical possibilities were exhausted at the beginning of this century. Hinman and Weyrauch¹ have reviewed the various attempts at bladder substitution by uretero-enterostomy. Apparently the first attempt to divert the urinary stream into an isolated segment of ileum and ascending colon was done by Verhoogen² in 1908. Such attempts were subsequently discarded because of the prohibitive mortality and the problem of ureteral disposal following cystectomy was solved for many years by the simple implantation of the ureters into the intact sigmoid colon. This procedure is still the one of choice following cystectomy and it will probably remain the procedure of choice in cases in which the sigmoid and rectum can be preserved. However, the recent development of pelvic evisceration as a therapeutic procedure has focused attention again on the problem of what to do with the ureters in cases in which this procedure is used, since the sigmoid colon and rectum are not available as a receptacle.

Condotto ileale sec. Bricker

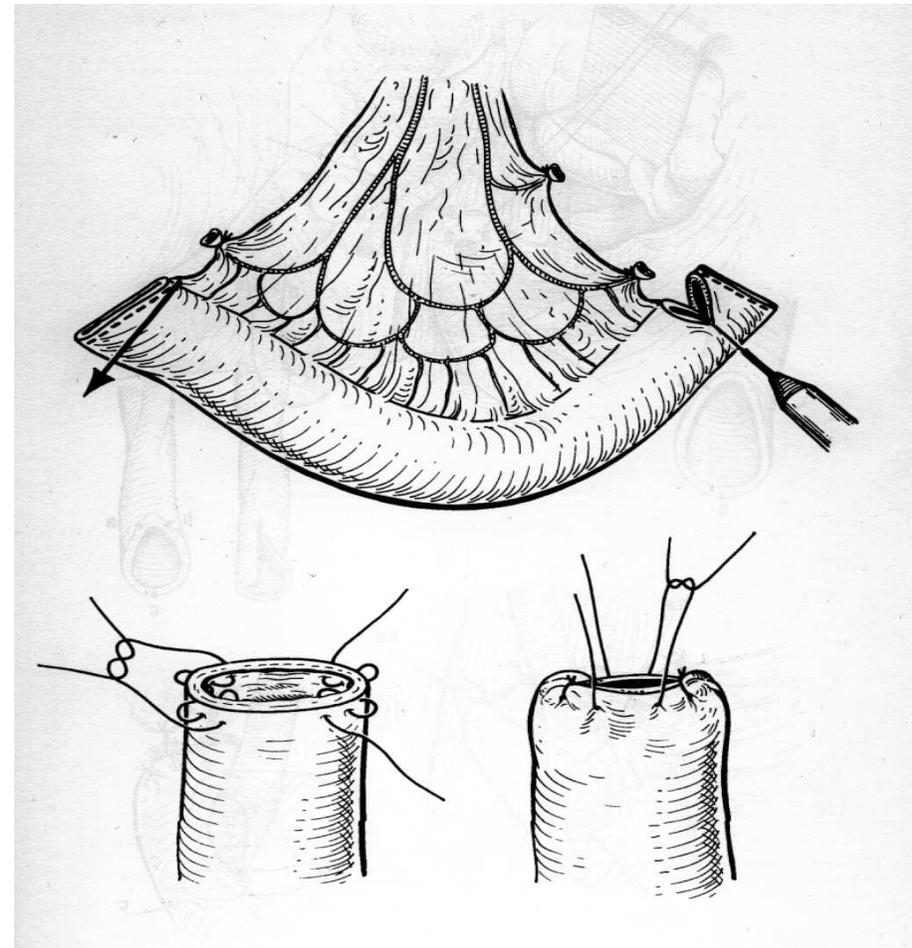
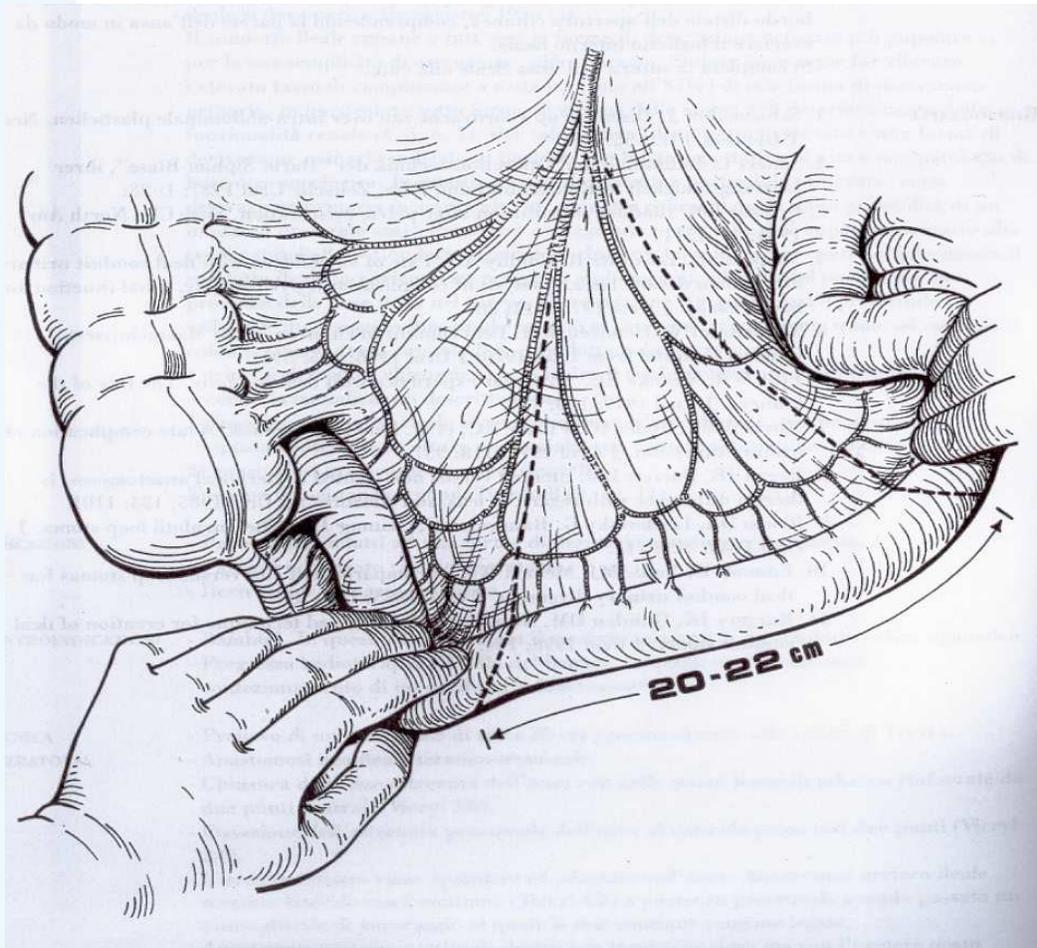
1516

EUGENE M. BRICKER

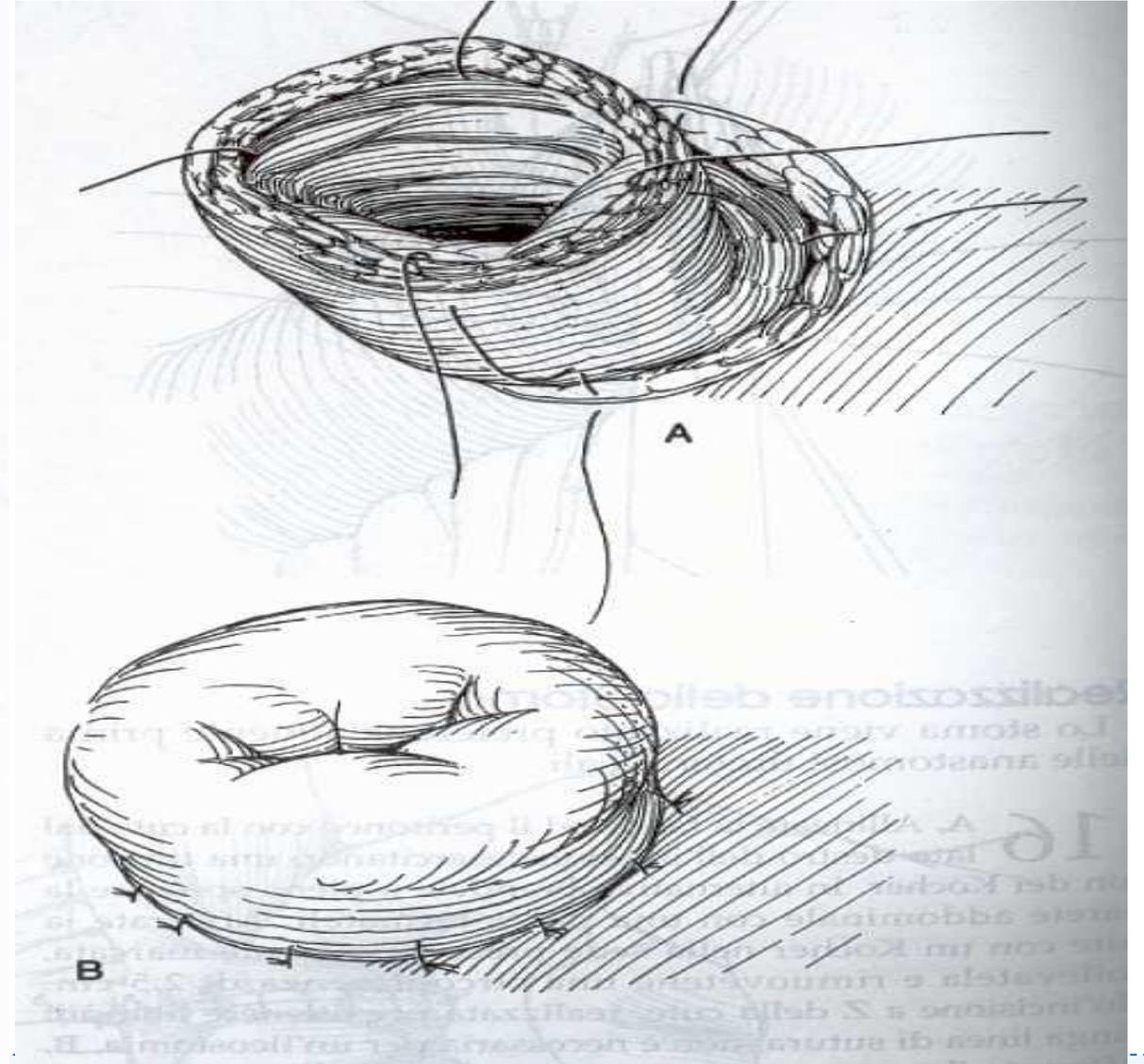
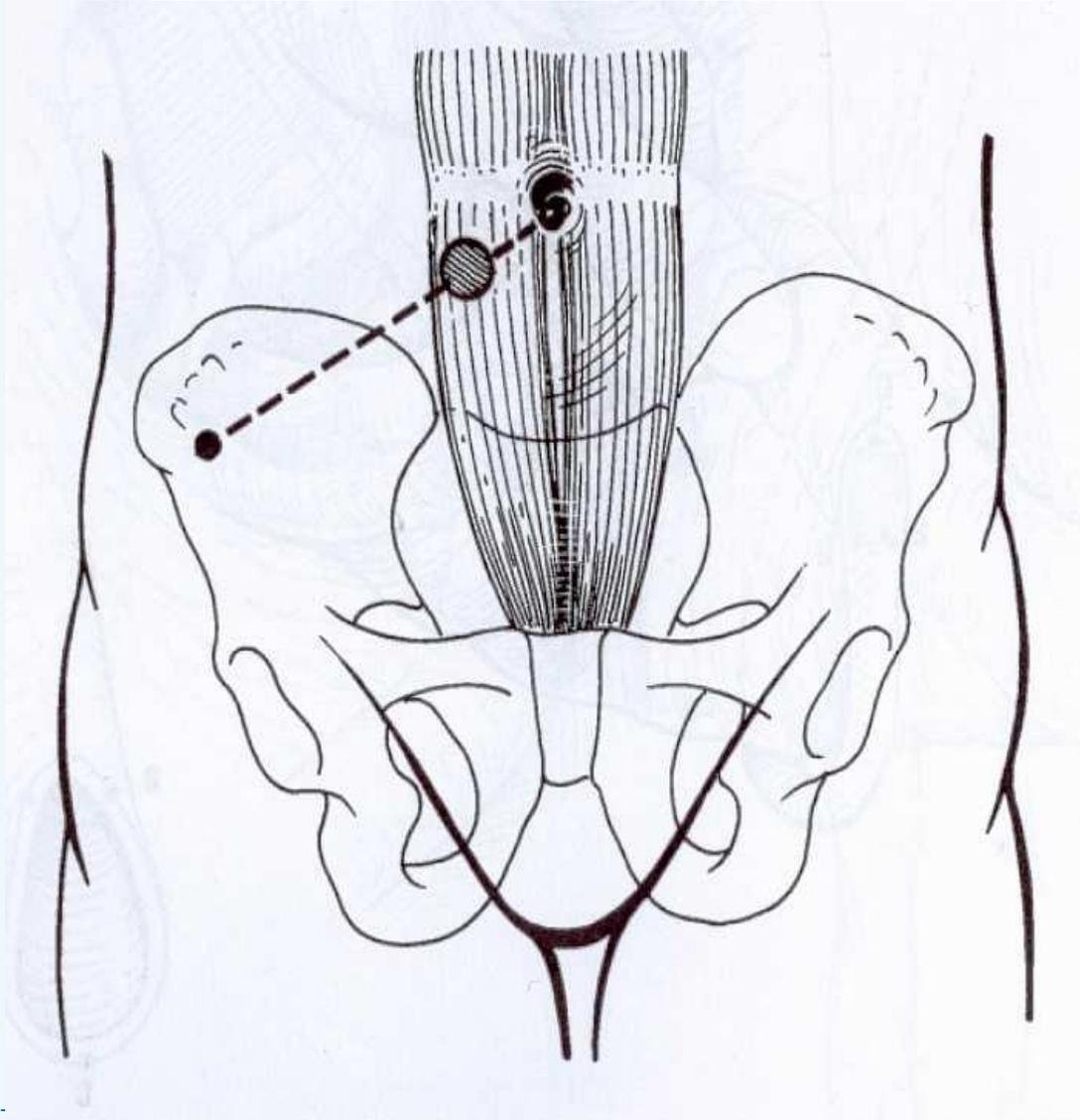


and after complete hemostasis is obtained, the bladder substitution procedure is done. The details of this procedure are depicted in accompanying illustrations (Figs. 436, 437 and 438). It consists essentially of isolation of a segment of terminal ileum about 4 or 5 inches from the ileocecal junction and about 6 to 8 inches in length. The continuity of the gastrointestinal tract is reestablished by end-to-end anastomosis of the ileum, the proximal end of the isolated segment is closed and the distal end is prepared for deliverance through an opening in the right side of the abdomen, the site of which has been selected prior to opening the abdomen. This site must be optimum for the application of a Rutzen bag. The ureters are then anastomosed to the segment of ileum by the technic illustrated, the distal end of the segment is delivered through the accessory opening in the right side of the abdomen and the right lumbar gutter is completely obliterated as shown. We believe that obliteration of the lumbar gutter and suture of the segment of ileum in such a manner that the bowel cannot herniate lateral to it is an important step in the procedure. The abdominal stoma is immediately opened and the mucosa of the exteriorized ileum is carefully sutured to the skin with interrupted fine catgut sutures. A catheter is inserted through the

Condotto ileale



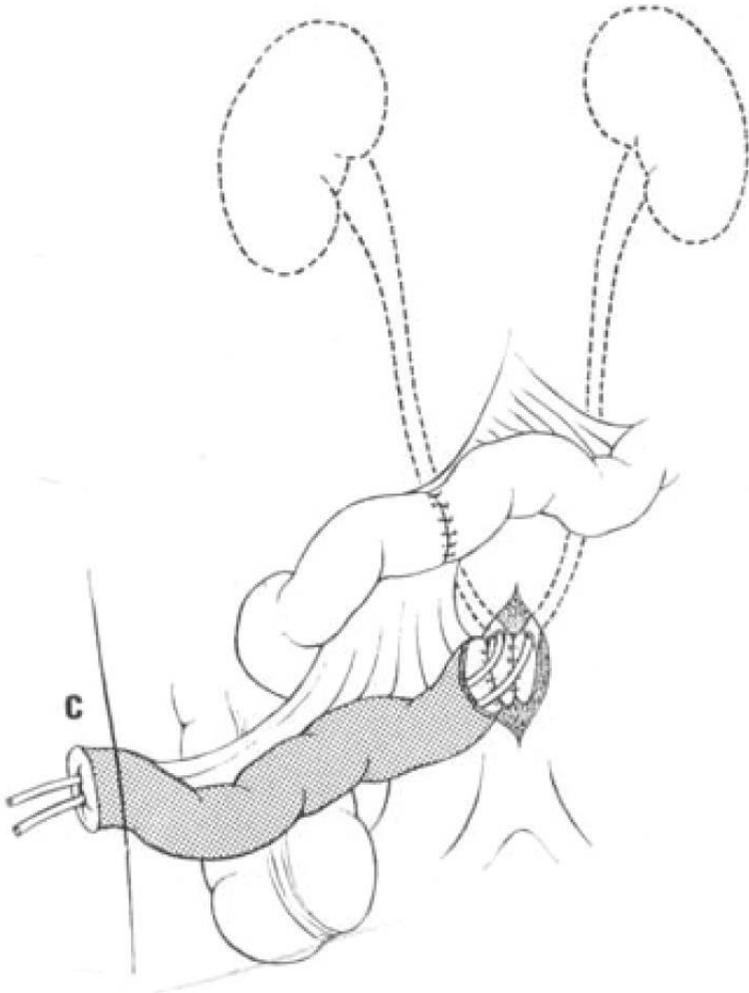
Stomia



URETERIC DIVERSION USING A CONDUIT : A SIMPLIFIED TECHNIQUE

By D. M. WALLACE, M.S.

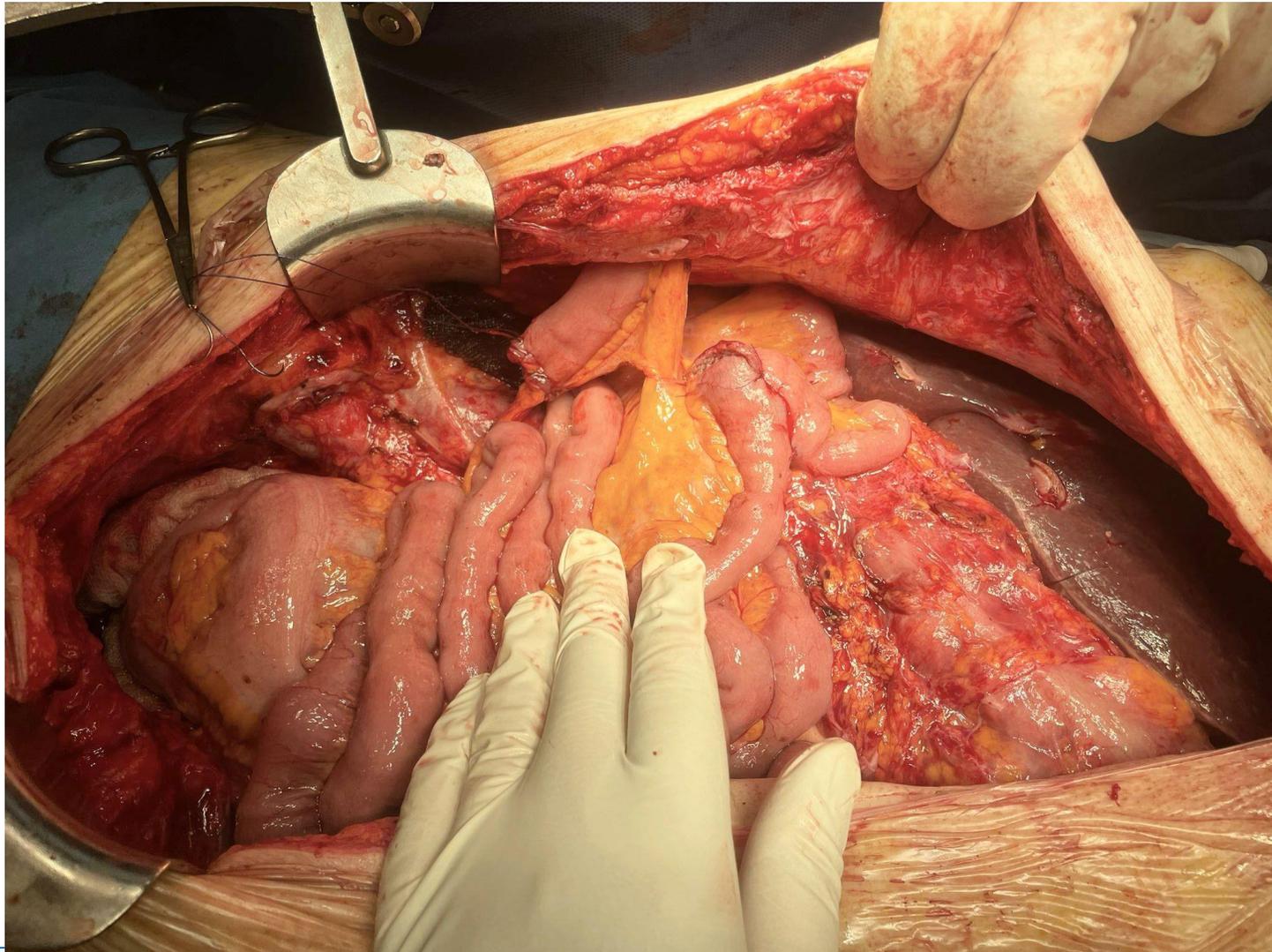
Royal Marsden Hospital, London



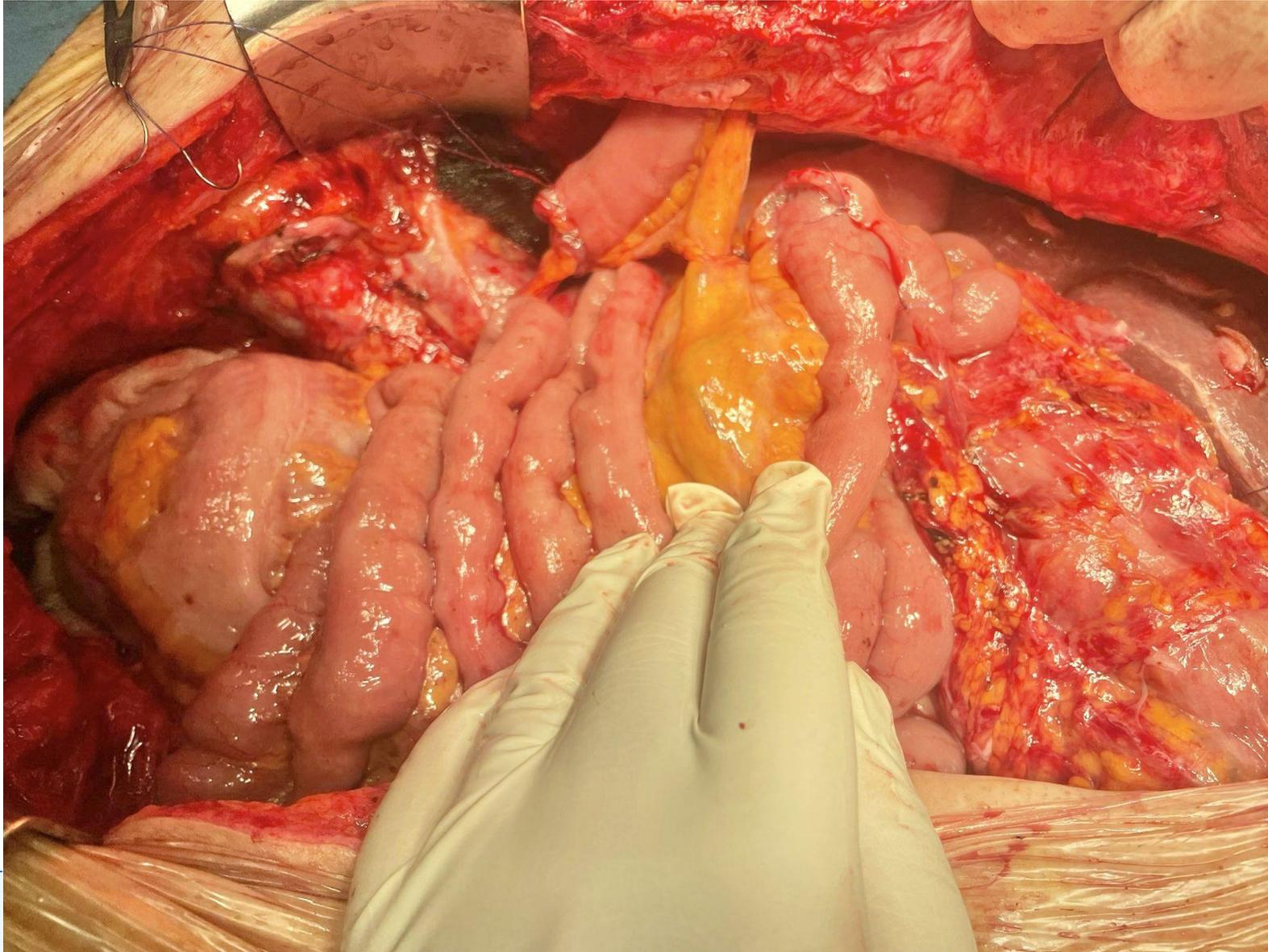
The positioning of the stoma demands meticulous attention. If placed too low, the skin crease in the groin will result in leakage, or in a pendulous abdomen the skin crease below the abdominal apron will also cause leakage. If the stoma is level with the iliac spine the belt will ride up and the flange pull on the stoma. If placed too near the umbilicus or an abdominal scar, leakage will be inevitable. Ideally, the patient should be fitted with whatever appliance is envisaged before operation so that the stoma site can be selected.

The care of the skin around the stoma requires constant attention. A dermatitis due to the appliance being too big and consequent pooling of urine around the stoma can be prevented by better choice of flange or by packing placed around the stoma to prevent accumulation of urine. The care of the flange and the method of adhesion is equally important ; some patients develop a sensitivity to adhesives, others prefer to have a flange which is watertight, but does not employ adhesives. Unless the urologist is prepared to take an interest in the after-care of the urinary stoma a certain number of his patients will find this an extremely unsatisfactory method of diversion.

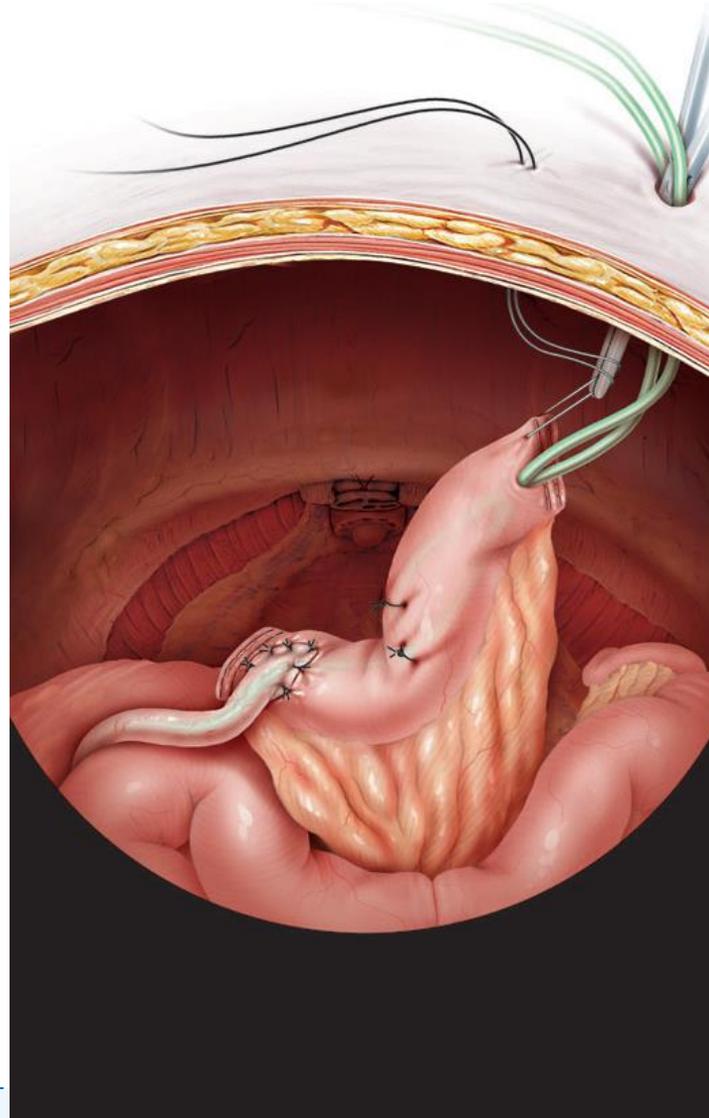
Derivazione urinaria esterna «open»



Derivazione urinaria esterna «open»



Stomia dopo tecnica «robotica»





**La presa in carico della persona
Con stomia: non solo colloquio
Pre operatorio e
Stoma siting**

I PERCORSI CLINICI IN ITALIA

I percorsi clinici sono strumenti che sulla base delle migliori conoscenze tecnico scientifiche in relazione alle risorse disponibili permettono all'azienda sanitaria di delineare rispetto a una patologia un problema clinico il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione:

- PDTA(definisce tutto il percorso di cura del paziente)
- PDT(definisce una o più fasi del percorso stesso percorso diagnostico terapeutico)
- PIC(percorso di cura integrato)

I PERCORSI CLINICI IN ITALIA

La scelta dei percorsi da sviluppare deriva dalle indicazioni della provincia e assessorato alla salute e alle politiche sociali dalle esigenze dei professionisti sanitari oltre che delle associazioni di pazienti quando è ritenuto prioritario migliorare uno o più processi di cura.

I PERCORSI CLINICI IN ITALIA

1. I percorsi sono prodotti da gruppi di lavoro interprofessionali e multidisciplinari individuati in base alla patologia o condizione clinica trattata con il coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti.
2. Il gruppo di lavoro raccoglie tutte le informazioni delle modalità aziendali di gestione della patologia o condizione in oggetto del percorso, ricerca la letteratura di riferimento nazionale ed internazionale, le esperienze di altre realtà sanitarie.
3. Costruisce il nuovo percorso individuando le persone alle quali ha rivolto le fasi da trattare e gli indicatori necessari per monitorare i risultati.

I PERCORSI CLINICI IN ITALIA

Lo scopo dei percorsi clinici è quello di definire sul territorio provinciale un percorso omogeneo strutturato e multidisciplinare per la gestione delle patologie o condizione trattata.

Ottimizzare la rete del servizio cercando dove possibile, di venire incontro alle esigenze del paziente assicurare durante tutte le fasi la continuità assistenziale promuovendo la comunicazione e il confronto ma e questo ci siamo fra i professionisti coinvolti.

IL PIC PER IL PAZIENTE PORTATORE DI STOMIA

Il PIC per la persona con stomia nasce all'interno dell'associazione tecnico scientifica di stomaterapia e riabilitazione del pavimento pelvico(AIOSS).

Il documento è frutto di raccomandazione derivate dalla letteratura più recente, dalle buone pratiche e dagli esempi virtuosi già attivi nel territorio italiano.

Nasce dall'analisi dei problemi clinico assistenziali specifici della persona con stomia in un contesto di vision olistica che comprende tutto l'arco temporale vissuto dalla persona stomizzati.

IL PIC PER IL PAZIENTE PORTATORE DI STOMIA

Le raccomandazioni racchiuse in questo documento e la loro attuazione nella realtà locali ha definito quali possono essere gli **OUTCOME** attesi in ottica di miglioramento continuo e garanzia di sicurezza per la persona. Gli outcome presi in considerazione si basano sulla misurazione e monitoraggio:

- percezione della salute e della qualità dell'assistenza nelle giornate di degenza post operatoria
- le riammissioni ospedaliere;
- gli accessi al pronto soccorso;
- il controllo dei sintomi: dolore, nausea, ecc.;
- la qualità della vita;
- la conoscenza della propria salute e il trattamento;
- l'adesione ai trattamenti;
- l'ansia e la depressione;
- la presenza di complicanze

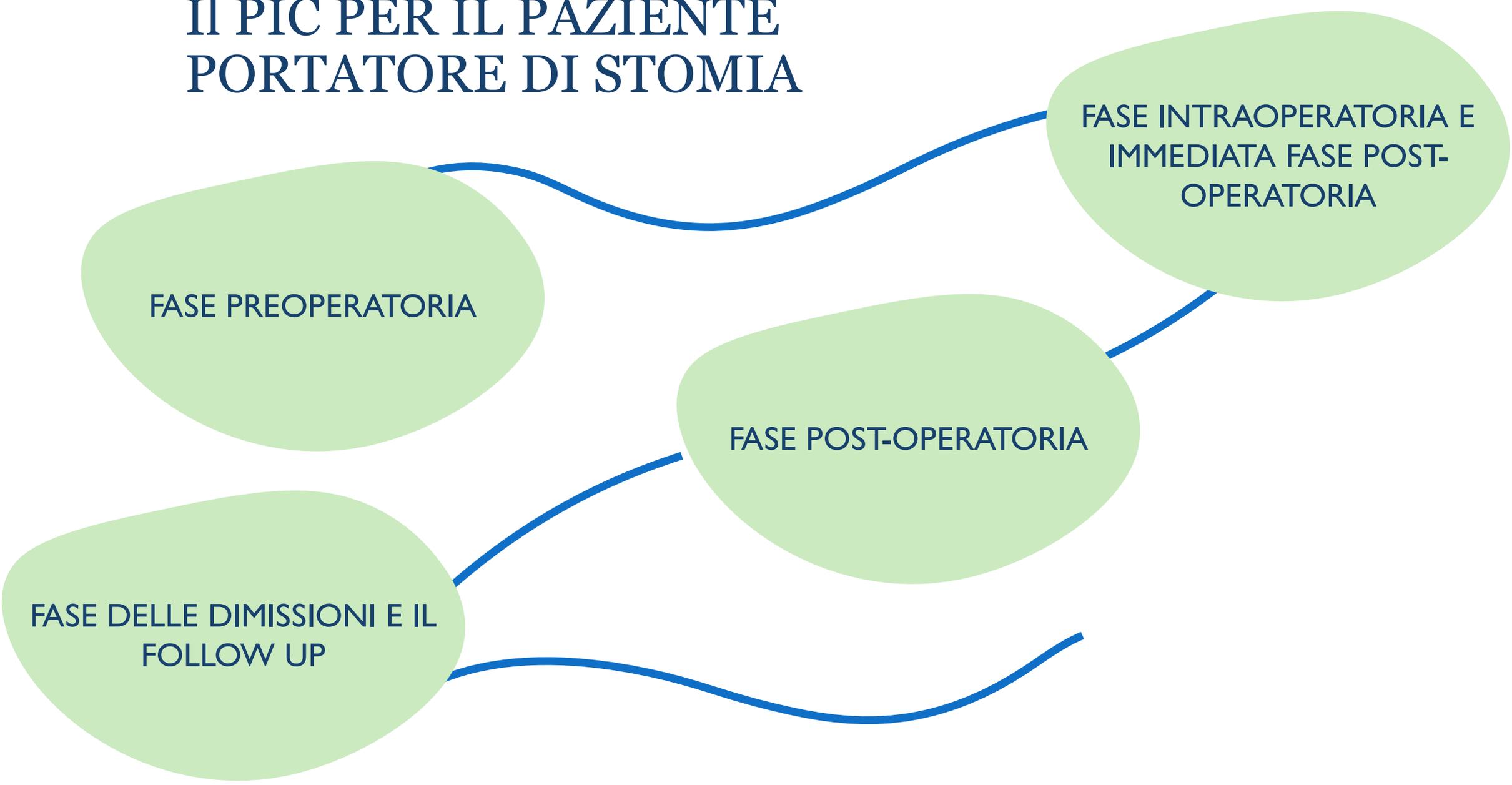
IL PIC PER IL PAZIENTE PORTATORE DI STOMIA

FASE PREOPERATORIA

FASE INTRAOPERATORIA E
IMMEDIATA FASE POST-
OPERATORIA

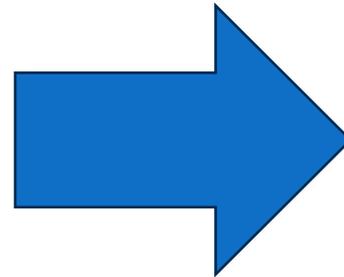
FASE POST-OPERATORIA

FASE DELLE DIMISSIONI E IL
FOLLOW UP



PIC: FASE PREOPERATORIA

- ◆ **Il colloquio preoperatorio**



gli aspetti vengono ampiamente discussi e raccomandati in letteratura poiché favoriscono la partecipazione alla cura della persona e il coinvolgimento nel processo e decisioni, gettando le basi del rapporto di fiducia operatore paziente, utile al processo riabilitativo.

- ◆ **Lo Stoma-siting**

Gulbiniene e coll. (2004) condussero uno studio quasi-sperimentale sull'impatto dell'educazione e del disegno preoperatorio della stomia sulla qualità di vita di pazienti stomizzati.

Il campione era stato diviso in 3 gruppi:

- ♦ un gruppo veniva sottoposto al disegno preoperatorio dello stoma e ad un incontro educativo,
- ♦ un altro gruppo riceveva soltanto l'approccio educativo senza individuazione del sito chirurgico,
- ♦ il terzo gruppo costituiva il controllo e non riceveva nessuna delle procedure suesposte.

I primi 2 gruppi di pazienti presentavano meno complicanze e meno problemi di adattamento allo stoma rispetto al gruppo di controllo. Il gruppo che aveva ricevuto entrambi gli approcci, quello educativo e la scelta della posizione dello stoma, mostrava dei risultati significativamente migliori rispetto sia al gruppo di controllo che al gruppo che aveva ricevuto solo l'approccio educativo preoperatorio.

In un RCT condotto da Chaudhri e coll. (2005) su 42 persone, vennero selezionati in modo randomizzato 2 gruppi di pazienti con enterostomia:

- ♦ al gruppo sperimentale (21 paz.) venne proposto un programma educativo preoperatorio; entrambi i gruppi seguirono un programma educativo standard postoperatorio.

Gli esiti dello studio dimostrarono che il gruppo sperimentale aveva acquisito in minor tempo le abilità nello stomacare (5,5 vs. 9 giorni; $p = 0,0005$); la degenza (8 vs. 10 giorni; $p = 0,029$) e le visite non programmate erano inferiori rispetto al gruppo di controllo.

- ♦ Una recentissima revisione sistematica, portata a termine da Faury e coll. (2017), sostiene che vi sono risultati contrastanti sull'influenza dell'educazione pre e postoperatoria sulla qualità di vita, sulla durata della degenza, sulle complicanze stomali e sul tasso di riammissione ospedaliera. Incide positivamente invece sull'adattamento psico-sociale e sulla capacità di autogestione dello stoma.

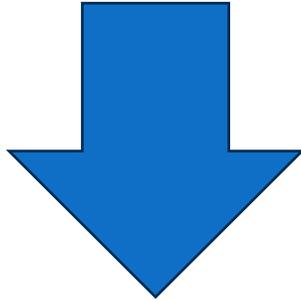
PIC: FASE INTRA-OPERATORIA

Seconda fase pone l'attenzione in particolare:

- ♦ sulla prima apparecchiatura della stomia(nel documento vengono elencati gli elementi che devono essere presi in considerazione per questa procedura);
- ♦ viene discusso il monitoraggio della stomia nelle prime 48 ore periodo di tempo fondamentale per quelle che sono considerate le principali complicanze precoci di tipo medico chirurgico e non solo.

PIC:FASE POST-OPERATORIA

EDUCAZIONE ALLA
GESTIONE DELLA STOMIA



Questo è un momento fondamentale in quanto è necessario che prima della dimissione la persona stomizzata e il suo caregiver acquisiscono un bagaglio minimo di abilità per poter adattarsi alla nuova condizione e garantire l'indipendenza una volta arrivati a domicilio.

PIC: FASE DI FOLLOW UP

- ♦ Assistenza protesica alla persona stomizzata in vista della dimissione (devono essere consegnati i riferimenti delle figure professionali, delle strutture che potrebbero divenire utili se non addirittura necessaria in caso di complicanza)
- ♦ Consegna di una prescrizione anche detto **Piano Terapeutico** che prevede la fornitura protesica che di diritto rispetta secondo le indicazioni previste dai LEA del SSN.
- ♦ il periodo di follow up in letteratura è raccomandato per un minimo di 12 mesi in **ambulatorio** di riabilitazione per il paziente stomizzato.

IL PIC: LA CONSULENZA STOMATERAPICA

- ♦ Visita/consulenza stomaterapica
- ♦ educazione terapeutica alla persona a cui viene confezionata una stomia
- ♦ gestione infermieristica delle complicanze stomali
- ♦ irrigazione della stomia
- ♦ valutazione clinica del complesso stomale e dell'appropriatezza del presidio utilizzato

IL PIC: CONCLUSIONE

Il PIC vuole portare in evidenza che il percorso di riabilitazione se è svolto nella modalità corretta porta al miglioramento di tutti quelli elementi definiti indicatori e che l'assistenza di tipo specialistico dell'infermiere stomaterapista garantisce significativi risparmi di spesa (dimostrato in alcune realtà con trattative private o gare per l'affidamento protesico del materiale).

La codifica delle prestazioni in stomaterapia garantirebbe un notevole rimborso economico alle aziende sanitarie in quanto ogni servizio di riabilitazione svolge migliaia di prestazioni anno non codificate.



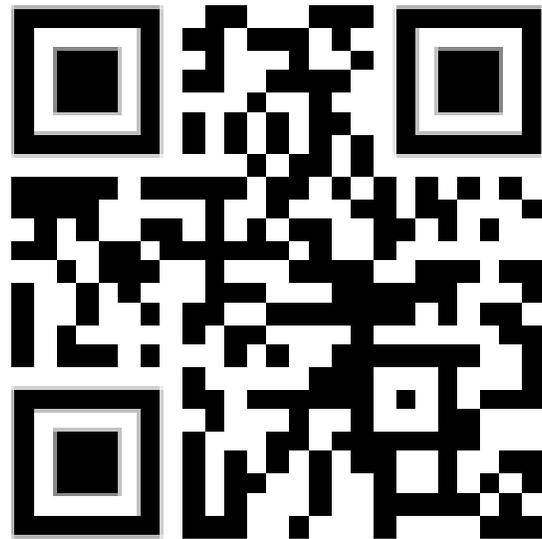
- E' auspicabile l'attivazione di servizi di riabilitazione in tutta Italia almeno tre giorni a settimana all'interno dell'azienda.
- Con specifica delibera aziendale l'infermiere stomaterapista in possesso dello specifico master universitario o certificato di competenza rilasciato da Aioss potrebbe essere inquadrato come specialist in quanto si pone come consulente della continuità professionale in generale proprio in virtù del suo ruolo e delle sue competenze specifiche esercitandola sempre all'interno del contesto dell'assistenza della cura multidisciplinare dell'equipe.

Il PIC è consultabile: <https://www.aioss.it/percorso-integrato-di-cura-per-la-persona-con-stomia/>

RIEPILOGO

La figura dello Stomaterapista nel percorso clinico del paziente stomizzato, risulta essere chiaramente fondamentale per la presa in carico e poi dell'assistenza del paziente stomizzato (come definito nel PIC) e incontinente.

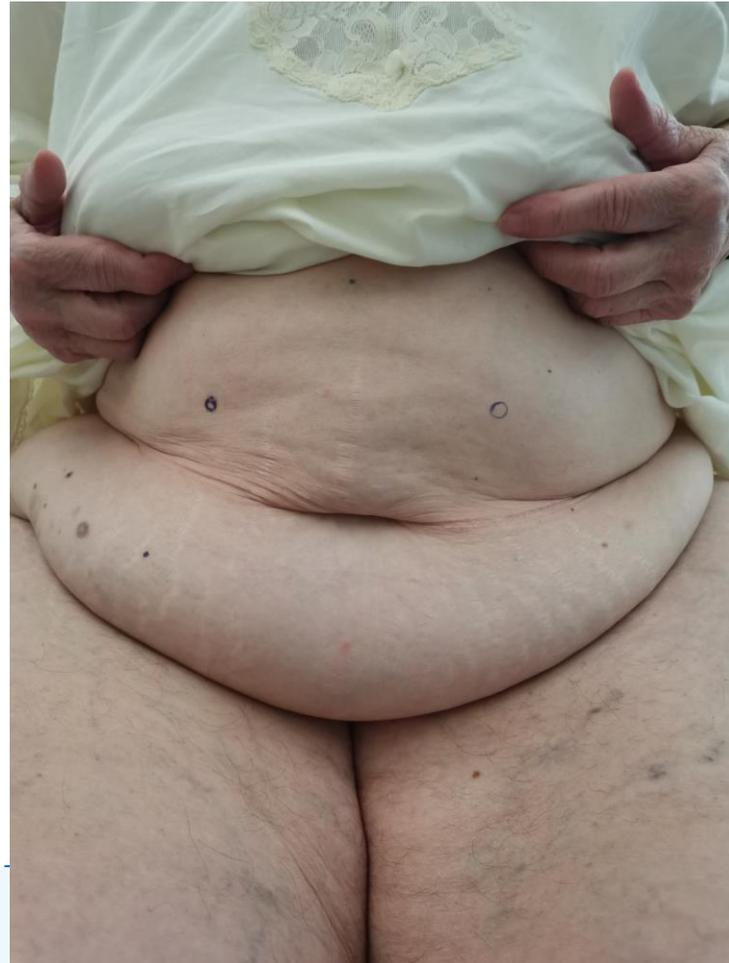
DISEGNO PRE OPERATORIO









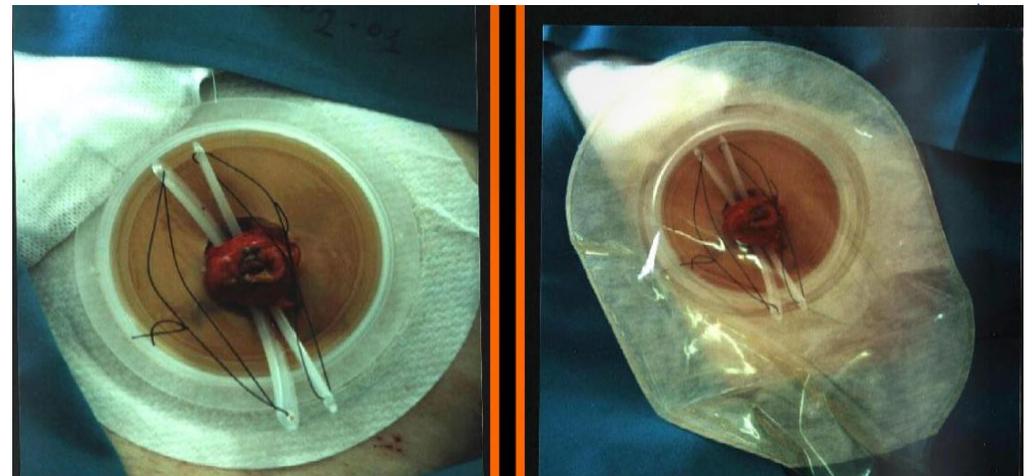




**La prima apparecchiatura delle stomie
intestinali ed urinarie:
quando, dove,
con quale dispositivo?**

La prima apparecchiatura della stomia è pratica integrante del processo assistenziale ed è volta a facilitare l'assistenza e il mantenimento delle caratteristiche normotrofiche e l'integrità della cute peristomale nell'immediato post-operatorio.

The nurse should observe the stoma in the postoperative period through a clear appliance every times.



Pontieri-Lewis V. Basics of ostomy care.
Medsurg Nurs. 2006 Aug;15(4):199-202.

**The pre- and postoperative nursing
care for patients with a stoma**

Jennie Burch

Per sostituire la placca e la sacca anche nei primi giorni dopo l'intervento si usano materiali e tecniche pulite

Quesiti Clinico-Assistenziali – anno 8, n. 1, febbraio 2017

Le prove indicano che l'uso della tecnica pulita per la cura delle lesioni acute è un intervento clinico efficace che non influisce sull'incidenza dell'infezione.

Does the Use of Clean or Sterile Dressing Technique Affect the Incidence of Wound Infection?

Dea J. Kent ◆ Jody N. Scardillo ◆ Barbara Dale ◆ Caitlin Pike

Monitoraggio clinico



The assessment of stoma must be performed with the other postoperative observations (pulse, blood pressure, respirations and temperature).

- Il colore/vitalità (descrivere)
- le dimensioni lunghezza/larghezza
- protrusione in mm
- aree con forme particolari
- quanti fori sono visibili
- materiale che fuoriesce
- cute peristomale integra (descrivere)
- giunzione muco-cutanea integra
- temperatura
- caratteristiche addome



Rivet EB. Ostomy Management: A Model of Interdisciplinary Care. Surg Clin North Am. 2019 Oct;99(5):885-898.

La forma più importante di prevenzione delle complicanze stomali è il controllo e l'esecuzione corretta delle procedure di cura della stomia



Scale di valutazione

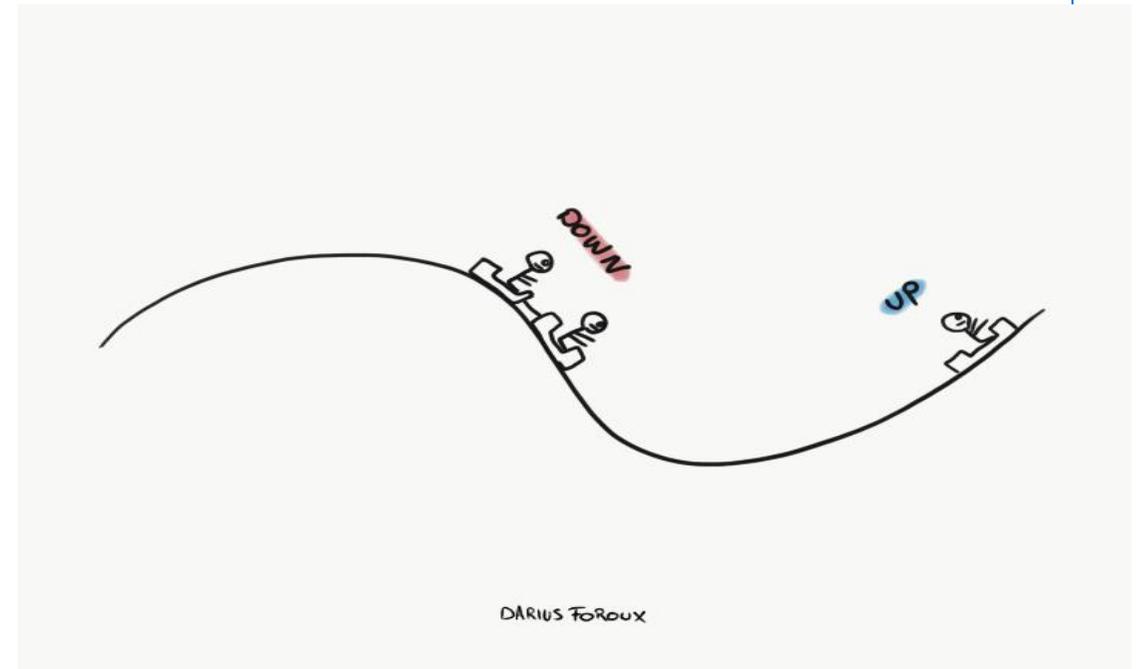
Persson E et al. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. Colorectal Dis. 2010;12(10):971.

Quando compare lo stomaterapista

Il paziente portatore di stomia è a carico del personale di reparto (in particolare nelle prime 48 ore)

Realtà diverse

Lo stomaterapista dovrebbe essere contattato dal reparto per proseguire il percorso riabilitativo/educativo iniziato nel preoperatorio



Il presidio

Dopo l'intervento chirurgico la nuova enterostomia dovrebbe essere coperta con un presidio di raccolta che dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

- dovrebbe essere trasparente per poter osservare lo stoma e rilevare alterazioni
- dotato di placca idrocolloide a protezione totale per prevenire il rischio di alterazioni dell'integrità cutanea
- un sistema di aggancio adesivo o a soffietto per evitare pressioni sull'addome all'applicazione (sistema composto da placca e sacca definito a 2 pezzi)
- un sistema di svuotamento

Questa dovrebbe essere applicata alla fine dell'intervento o al rientro in reparto secondo le politiche locali.



Tuttavia i progressi tecnologici dei presidi di raccolta, la necessità di un rapido inizio del processo educativo del paziente oltre che il contenimento dei costi sanitari, non controindicano l'utilizzo di sistemi monopezzo trasparenti aventi le caratteristiche sopra descritte.

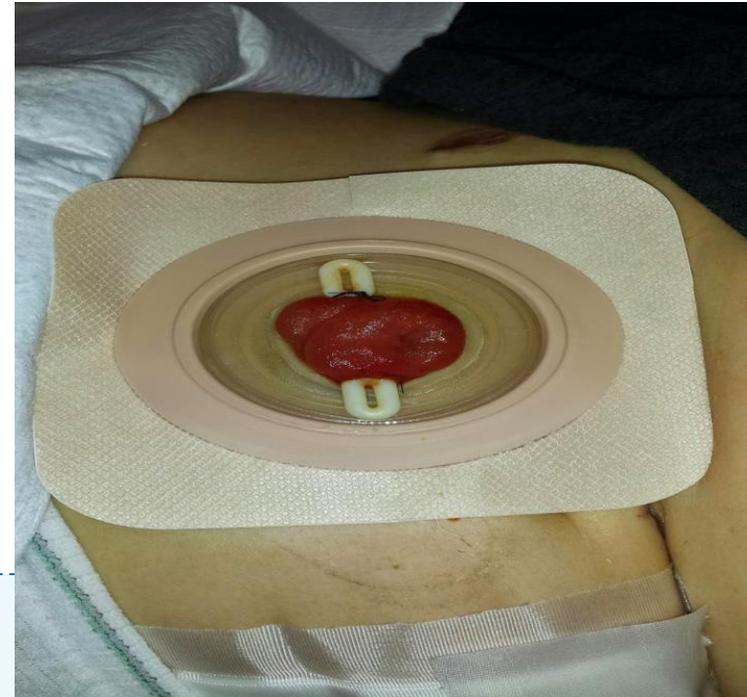
L'osservazione del complesso stomale dovrebbe rientrare tra le rilevazioni dei segni e sintomi del paziente con le stesse tempistiche e modalità di reportazione nella documentazione clinica.

La protrusione è un elemento che ha ricevuto un'attenzione particolare fino alle più recenti raccomandazioni di grado elevato di un'altezza di almeno 10 mm per le colostomie e di 20 mm per le ileostomie. Lo stesso grado di raccomandazione riguarda l'uso delle aste di supporto che dovrebbero essere riservate a singole situazioni chirurgiche.

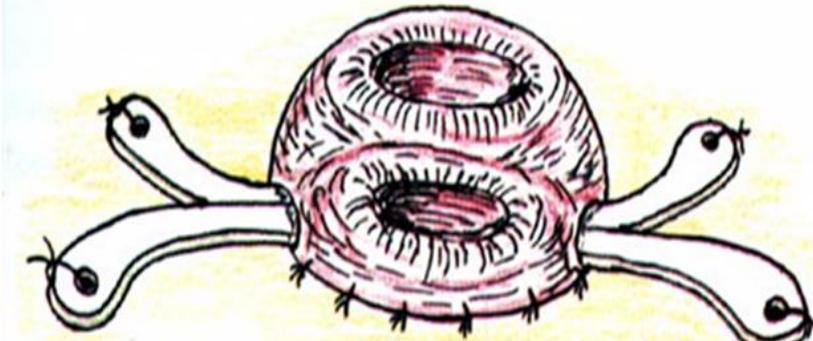
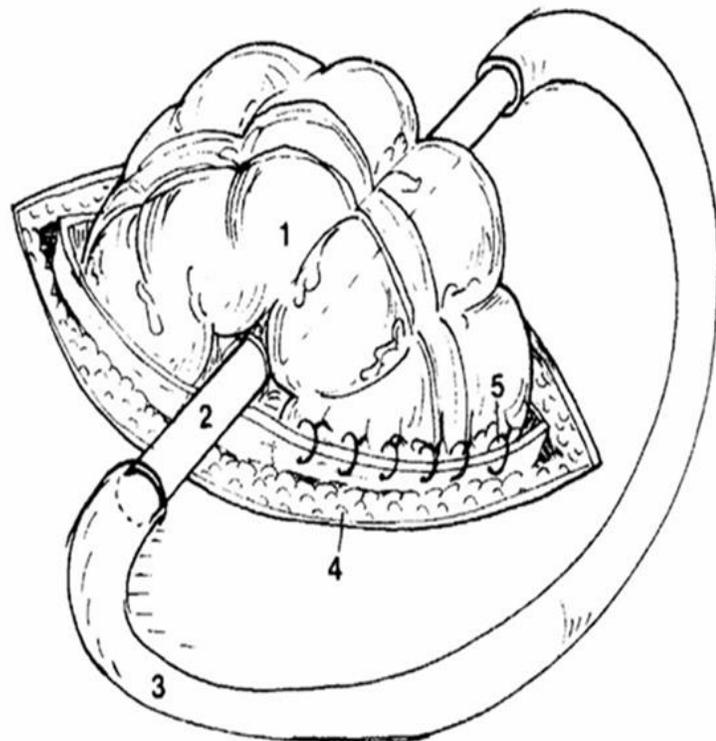
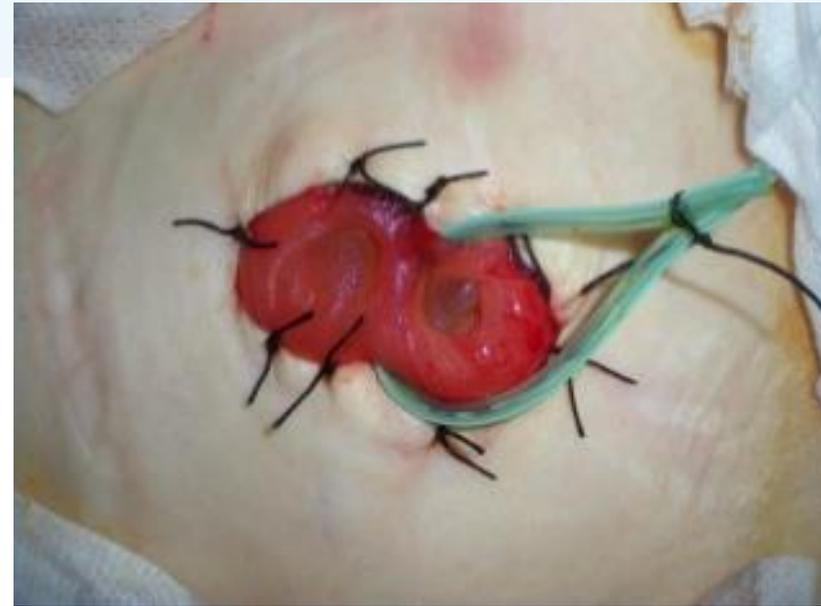
Ferrara F et al; Multidisciplinary Italian Study group for STOMAs (MISSTO). Italian guidelines for the surgical management of enteral stomas in adults. Tech Coloproctol. 2019 Nov;23(11):1037-1056.

*Is the Use of a Support Bridge
Beneficial for Preventing Stomal
Retraction After Loop Ileostomy?
A Prospective Nonrandomized Study*

Findings of this study suggest that the use of a support bridge is not necessary after loop ileostomy.



LE STOMIE LATERALI E LA «BAGUETTE»



Uno stoma di nuova costruzione appare edematoso nell'immediato periodo postoperatorio a causa della congestione venosa. Nei giorni successivi l'edema postoperatorio diminuisce e lo stoma si restringe fino a raggiungere nell'arco di alcune settimane la conformazione definitiva.

Steinhagen E, Colwell J, Cannon LM. Intestinal Stomas-Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. Clin Colon Rectal Surg. 2017 Jul;30(3):184-192.



Lo stoma dovrebbe avere un colorito roseo/rosso, lucido, simile a quello di una mucosa. Uno dei segni da rilevare precocemente sono quelli dell'ischemia. A volte è presente un iniziale ischemia superficiale, generalmente con variazioni di colore verso lo scuro, in particolare della giunzione mucocutanea, e di solito insorge entro 24 ore. Un'estensione al resto dello stoma può verificarsi a distanza di qualche giorno. L'ischemia può evolvere in necrosi.

La giunzione muco cutanea e la cute andranno monitorate per rilevare la presenza di diastasi o alterazioni.

La presenza di sanguinamento andrà attentamente monitorata dall'equipè.

Tsujinaka S et al. Current Management of Intestinal Stomas and Their Complications. J Anus Rectum Colon. 2020 Jan 30;4(1):25-33.

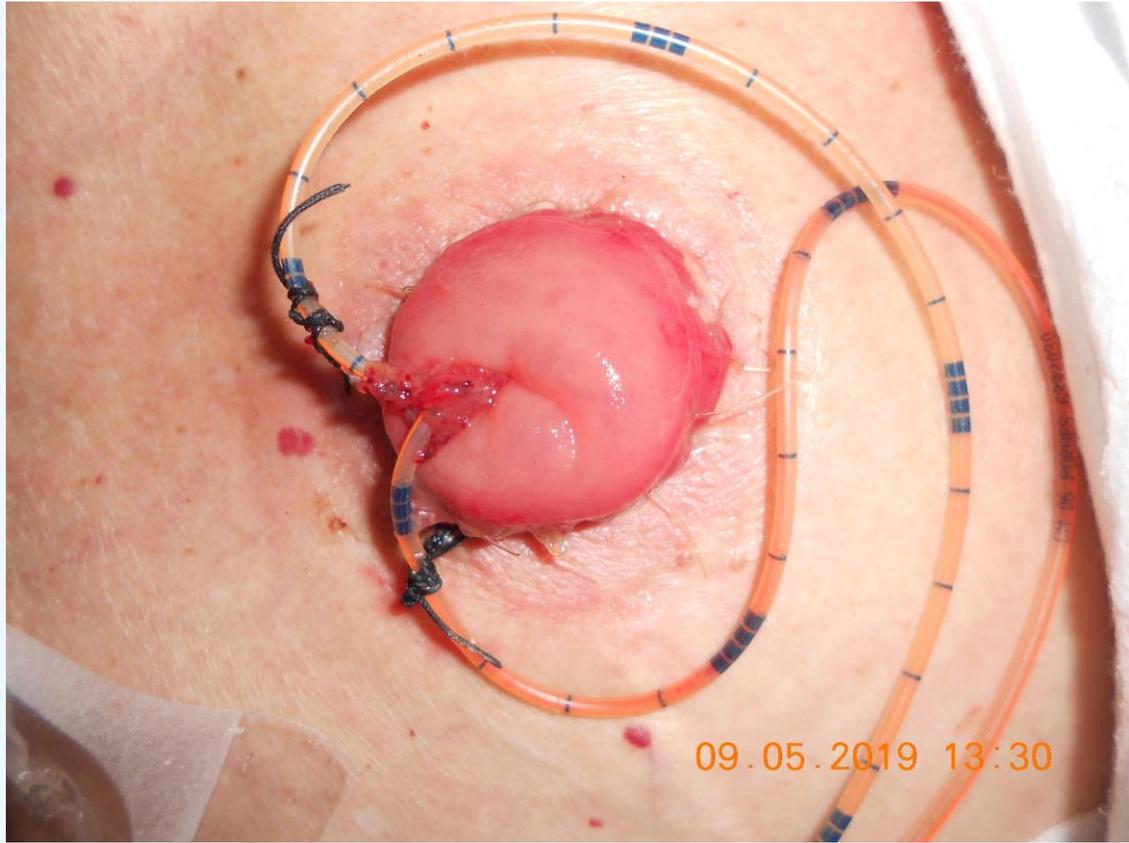
Nell'immediato postoperatorio, nelle colostomie, ad un iniziale fuoriuscita di gas seguirà la fuoriuscita di feci, a volte liquide, con generalmente un progressivo aumento della consistenza nei giorni successivi. Nelle ileostomie la ripresa iniziale della canalizzazione presenta la produzione di un effluente biliare liquido che si verifica in genere entro i primi due giorni postoperatori

Il monitoraggio dell'output enterico e il bilancio idrico sono fondamentali nei pazienti portatori di ileostomia.

Kylie Porritt BN,
GradDipNursSc(Cardiac),
MNSc, PhD. Evidence
Summary. Stoma Care:
Post-operative Patient
Assessment and Education

Una particolare attenzione andrà posta agli stent presenti. L'anastomosi tra gli ureteri e il condotto ileale o la cute viene protetto inserendo dei tutori/stent per prevenire l'ostruzione del tratto urinario superiore a causa della compressione meccanica causata dall'edema postoperatorio. Gli stent ureterali hanno origine nella pelvi renale, si estendono lungo gli ureteri, ed escono attraverso la stomia o la cute.

L'output urinario attraverso gli stent ureterali dovrebbe essere attentamente monitorato. La diuresi dovrebbe essere preferibilmente > 50-100 ml / ora , il valore minimo è di 30 ml / h. In vari contesti di cura si monitora la funzionalità degli stent separandoli, per un rapido riconoscimento del deterioramento della funzionalità renale, a riguardo non vi sono indicazioni specifiche, seguire le politiche locali. Si consiglia di monitorare la diuresi e il bilancio idrico.



- Se si evidenzia un'ostruzione degli stent, questi devono essere irrigati con 5-7 ml NaCl 0,9% usando una tecnica sterile, per evitare una tensione sull'anastomosi chirurgica.
- L'utilizzo di un presidio di raccolta a due pezzi può favorire la procedura.
- I tutori ureterali devono essere mantenuti al di sopra della valvola antireflusso della sacca.

EUAN. Incontinent urostomy. 2009. Disponibile su https://nurses.uroweb.org/wp-content/uploads/EAUN_IU_Guidelines_EN_2009_LR.pdf (ultima consultazione febbraio 2020)

Il care delle colostomie, ileostomie e urostomie: uguaglianze e differenze

EDUCAZIONE TERAPEUTICA



**Dispositivi di raccolta e accessori
per la gestione delle stomie:
tipi, caratteristiche,
indicazioni di scelta nell'utilizzo clinico**

La nuova sede dell'orifizio escretorio e soprattutto l'incontinenza del neo-organo possono essere da soli elementi che determinano disabilità

Ecco che gli interventi volti alla rieducazione funzionale e alla corretta gestione dello stoma svolgeranno un ruolo fondamentale per un concreto reinserimento sociale dello stomizzato e perché questi non si ritenga menomato.



Un notevole passo in avanti è stato fatto anche grazie all'utilizzo di presidi per stomia sempre più comodi, sicuri e funzionali

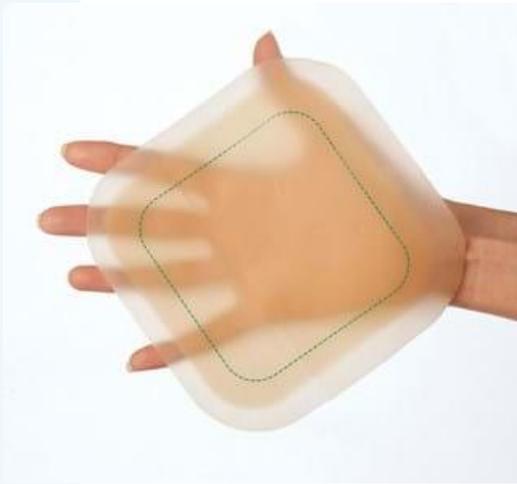
La scelta del presidio di raccolta più adeguato deve essere fatta tenendo conto:

- delle abilità di autocura del paziente
- della sua personalità e della presenza o meno di caregiver su cui la persona possa fare affidamento nel ricevere assistenza e supporto una volta dimessa

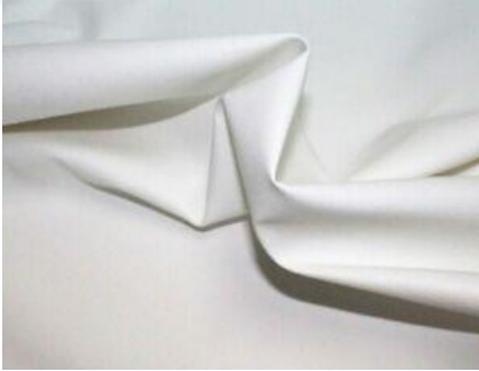


L'obiettivo principale è rendere il paziente autonomo nella gestione della sua stomia per riportarlo ad una qualità di vita simile a quella precedente l'intervento.

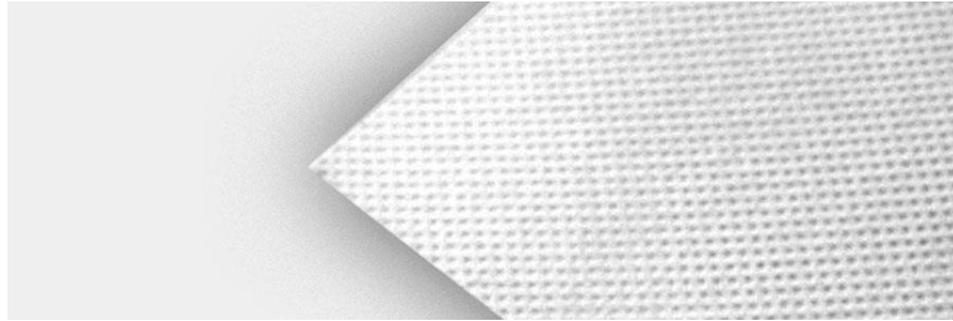
Con l'utilizzo del Karaya nel 1975 prese forma la sacca che sarà la vera e propria antenata di quelle che attualmente si trovano in commercio. Venne infatti sfruttata la delicatezza della gomma naturale sulla cute coperta dal Karaya, tenuta in situ da una cintura, scarsa per non dire inesistente l'adesività di questo caucciù. Questo scoglio però fu eliminato con l'avvento degli idrocolloidi: la buona tenuta del prodotto sulla pelle è correlata ad una azione non invasiva sulla cute.



L'idrocolloide è una medicazione semipermeabile, composta da gelatina, pectina, particelle di carbossimetilcellulosa sospese su differenti polimeri e su materiale adesivo. Il materiale di supporto è costituito da una struttura a microcellule chiuse o da un film di poliuretano. Viene considerata una medicazione adesiva, con media capacità assorbente. Realizza un ambiente umido ed è conformabile, proteggendo la cute dall'aggressione degli effluenti fecali o urinari¹. Può essere presente in tutta la superficie della placca (a protezione totale) o solo nella parte centrale con bordo adesivo (a protezione parziale) che ne migliora la flessibilità.



L'attuale sacca di raccolta è formata da foglietti in PVC o polietilene sovrapposti in maniera stratificata, con i bordi termosaldati, con o senza rivestimento in tessuto-non-tessuto, quest'ultimo utile per proteggere la pelle dal sudore che il materiale plastico può provocare al contatto.



Oggi esiste una vasta gamma di prodotti nati dalla collaborazione fra stomizzati, stomaterapisti, medici e industrie che rispondono a tutte le esigenze.



LEGGEREZZA: intesa sia come mancanza di peso che come qualità di non farsi sentire una volta applicato il presidio;

FLESSIBILITÀ: intesa come capacità di adattarsi ad ogni movimento senza alterarne la tenuta; è essenziale per la libertà di muoversi. In ogni tipo di placca vengono pertanto arrotondati gli angoli per permettere che il materiale non si punti, prevenendone il distacco;

RESISTENZA: intesa come capacità di resistere al contatto degli effluenti che, essendo spesso di natura acida, possono compromettere la durata di adesione alla cute;

ANALLERGICITÀ: intesa come capacità di non provocare allergie tali da compromettere lo stato di integrità della zona peristomale;

IMPERMEABILITÀ: intesa come capacità di non lasciarsi oltrepassare dai liquidi e dagli odori. Infatti con l'avvento di filtri di carbone attivo, le sacche di raccolta, per un particolare tipo di stomia, hanno la possibilità di assorbire e deodorare i gas impedendo il rigonfiamento della sacca;

PERFETTA ADESIVITÀ: intesa come capacità di rimanere in sede per il tempo desiderato garantendo la tenuta del presidio e non creando danni alla cute peristomale;

SILENZIOSITÀ: intesa come capacità di non farsi sentire, sia da chi utilizza il prodotto, sia dagli altri. Insieme alla forma, alle dimensioni, la silenziosità permette al presidio di mimetizzarsi sotto gli abiti, impedendo a chiunque di accorgersi della sua presenza;

FACILITÀ ALLA RIMOZIONE: intesa come possibilità di rimuovere facilmente la placca, senza provocare danni alla cute, che potrebbe altrimenti risentirne, e senza lasciare adesivo alla cute materiale residuo che nella successiva manovra di eliminazione potrebbe creare alterazione alla delicata cute peristomale;

MASSIMA PROTEZIONE: intesa come capacità del sistema di prevenire qualsiasi complicanza che nell'arco del tempo potrebbe instaurarsi;

MASSIMA ADATTABILITÀ: intesa come capacità del sistema di adattarsi a qualsiasi forma e tipo di stomia e piano cutaneo circostante. È bene ricordare infatti che ogni stomia ha le proprie dimensioni e che deve essere assolutamente il sistema ad adattarsi ad essa e non viceversa;

MASSIMA FUNZIONALITÀ: intesa come capacità di essere applicato facilmente anche da parte di persone con difficoltà manuali. Inoltre le sacche devono essere facili da cambiare e svuotare.

In linea generale la scelta del presidio di raccolta deve tener conto delle **PREFERENZE DEL PAZIENTE, DELLE SUE ATTIVITÀ LAVORATIVE, DEL SUO LIVELLO DI MANUALITÀ E DELLE ATTIVITÀ FISICHE E RICREATIVE, OLTRE CHE DELLE CARATTERISTICHE FISICHE DELLO STOMA, DELLA CUTE E DEL PROFILO DEL PAZIENTE.**

I presidi andranno sostituiti in relazione al grado di usura e ai protettivi utilizzati. In condizioni di “normalità” deve essere eseguita secondo il seguente schema:

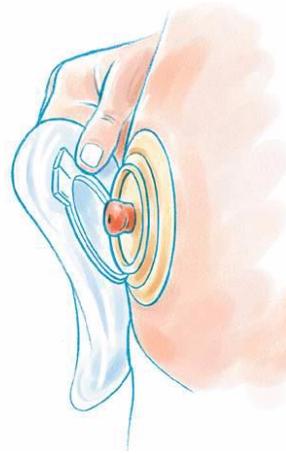
1. sistema a due pezzi: la placca viene sostituita ogni 48/72 ore e la sacca ogni 12/24 ore;
2. sistema monopezzo: vengono sostituiti ogni 12/24 ore



PER OGNI STOMIA ESISTE UN PRESIDIO ADATTO

• UROSTOMIA

2 PEZZI



PLACCA
PIANA



ILEOSTOMIA

MONOPEZZO

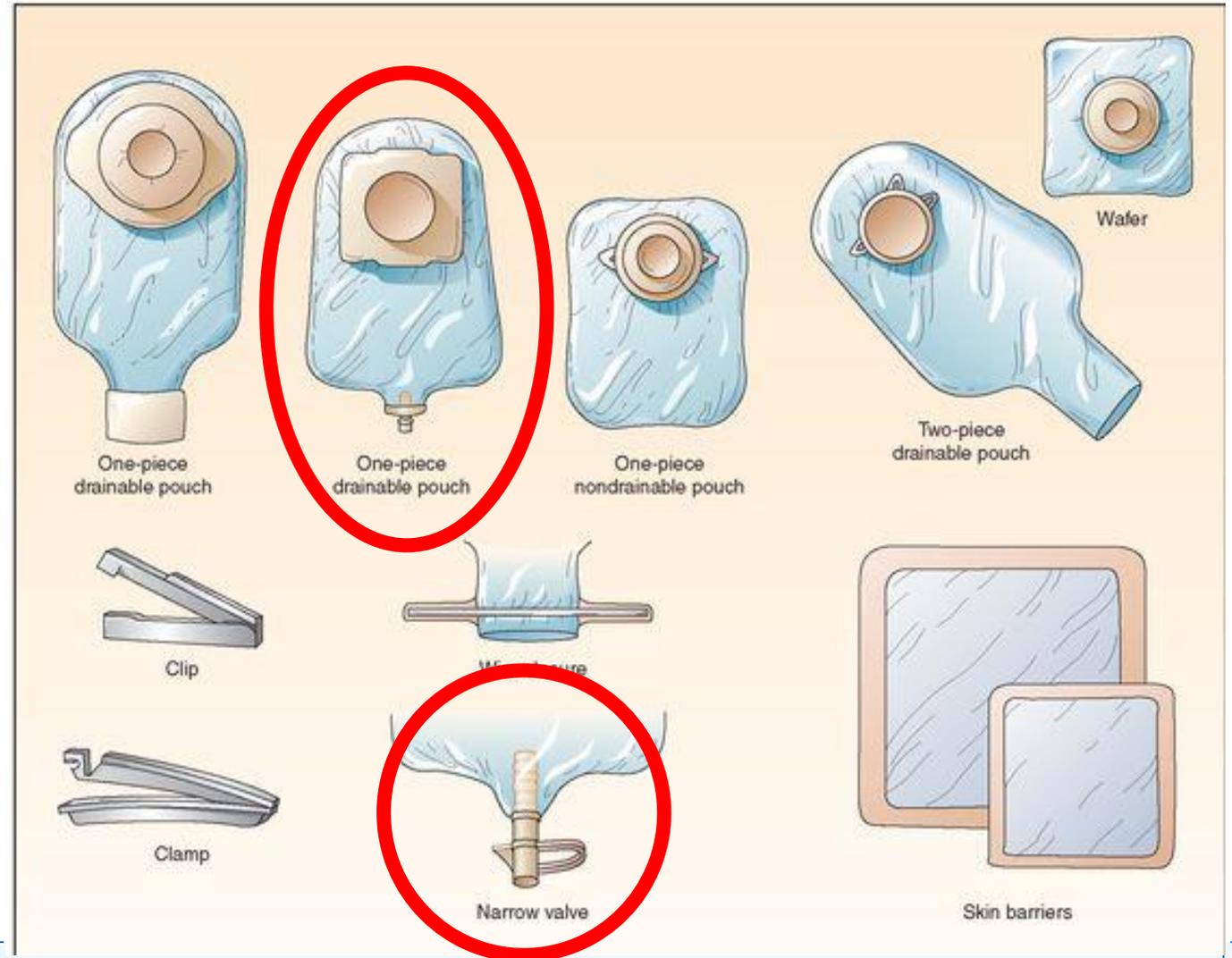


PLACCA
CONVESSA

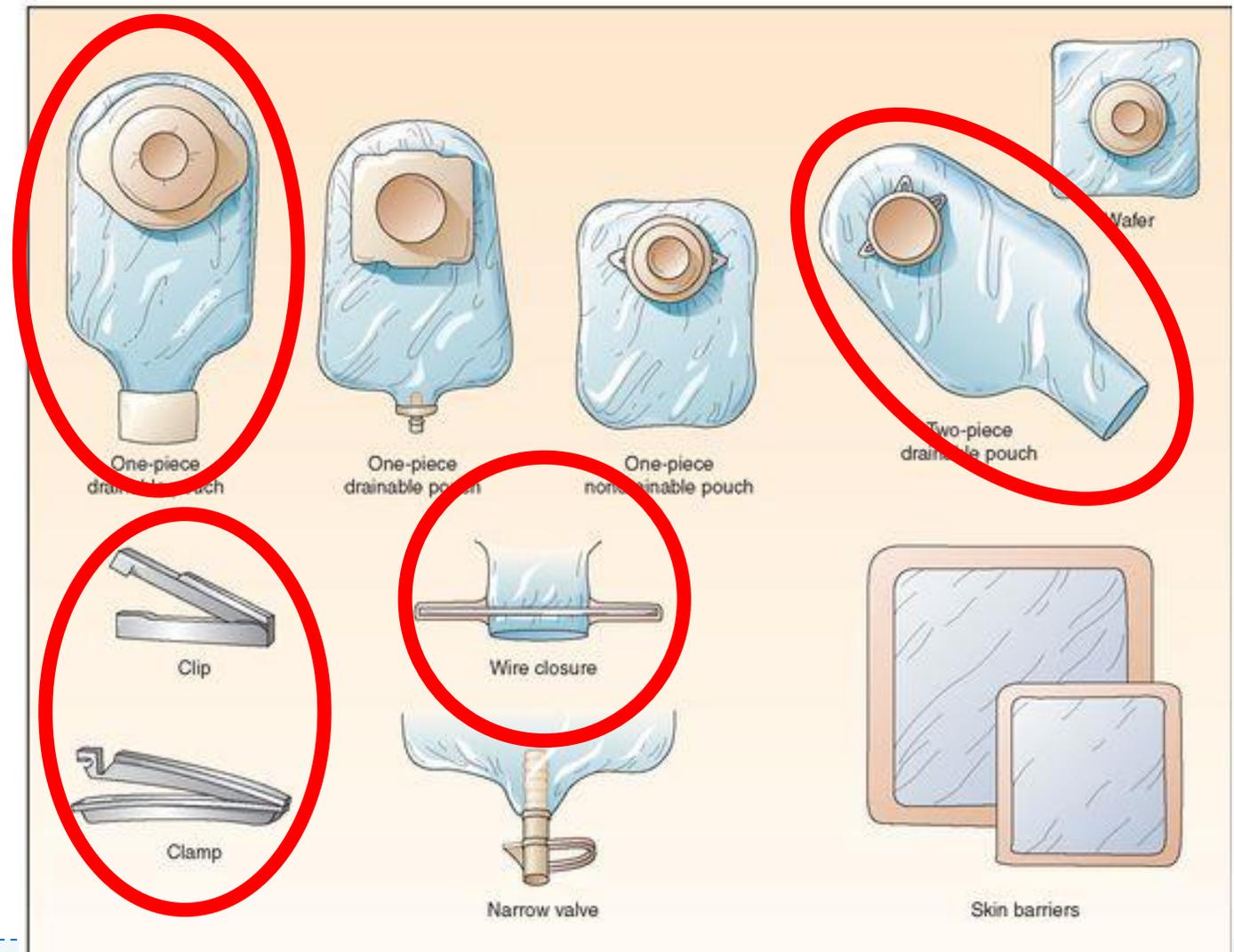


COLOSTOMIA

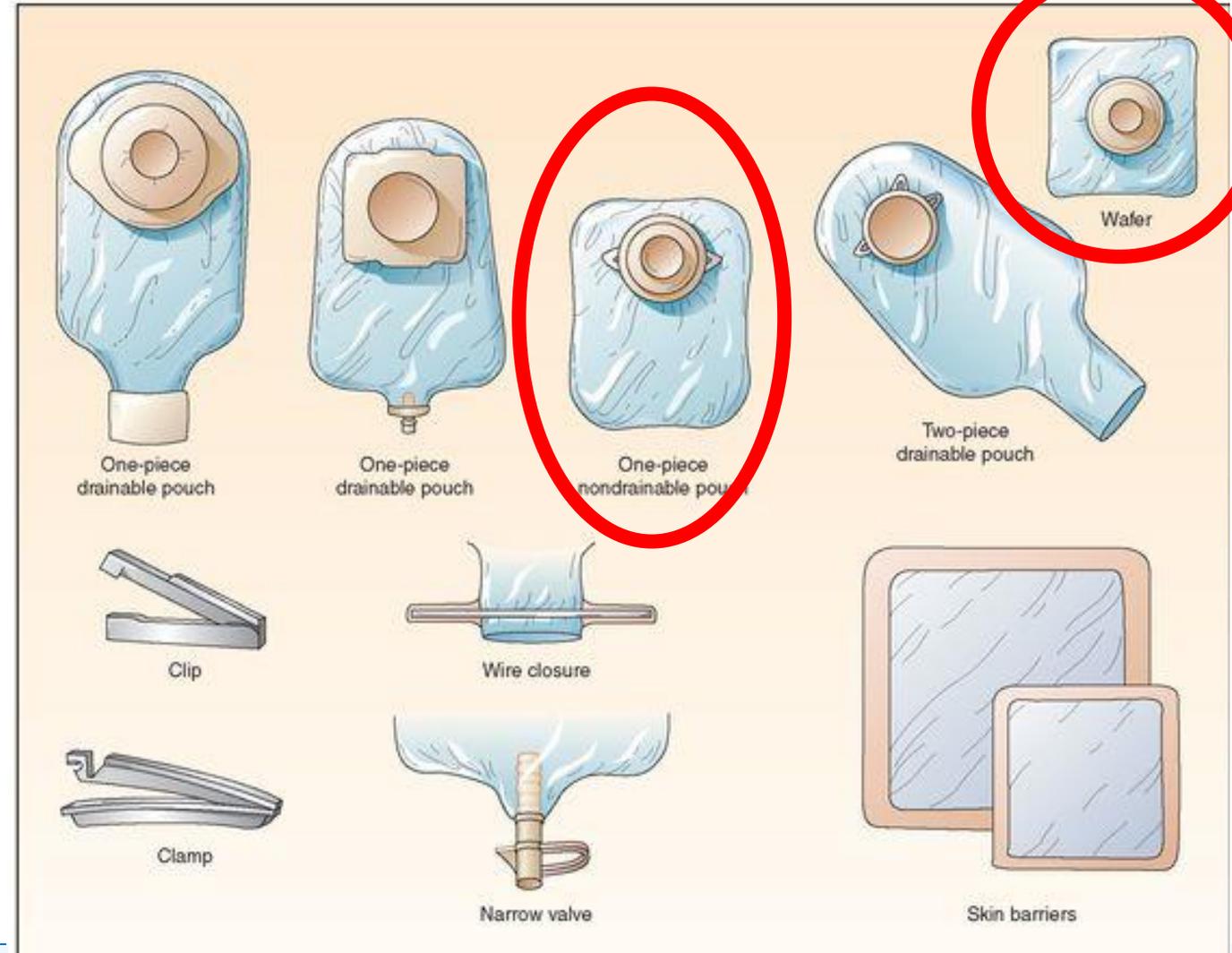
UROSTOMIA



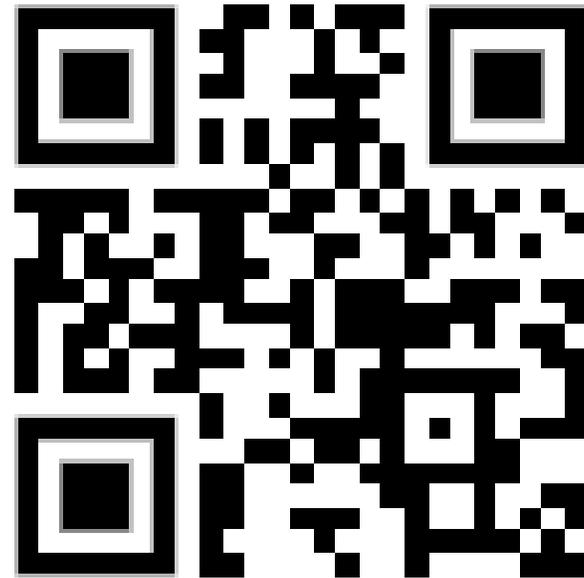
ILEOSTOMIA



COLOSTOMIA



SPIEGAZIONE DI TUTTI I PRESIDI PLACCA E SACCA



**SPRAY
BARRIERA**



**SALVIETTA
BARRIERA**



**SPRAY RIMUOVI
ADESIVO**



**PASTA
IDROCOLLOIDE**

**DEODORANTE
SACCA**



**POLVERE
IDROCOLLOIDE**



**CREMA CUTANEA
EMOLIENTE**





**ANELLO
CONVESSO**



ANELLO PIANO

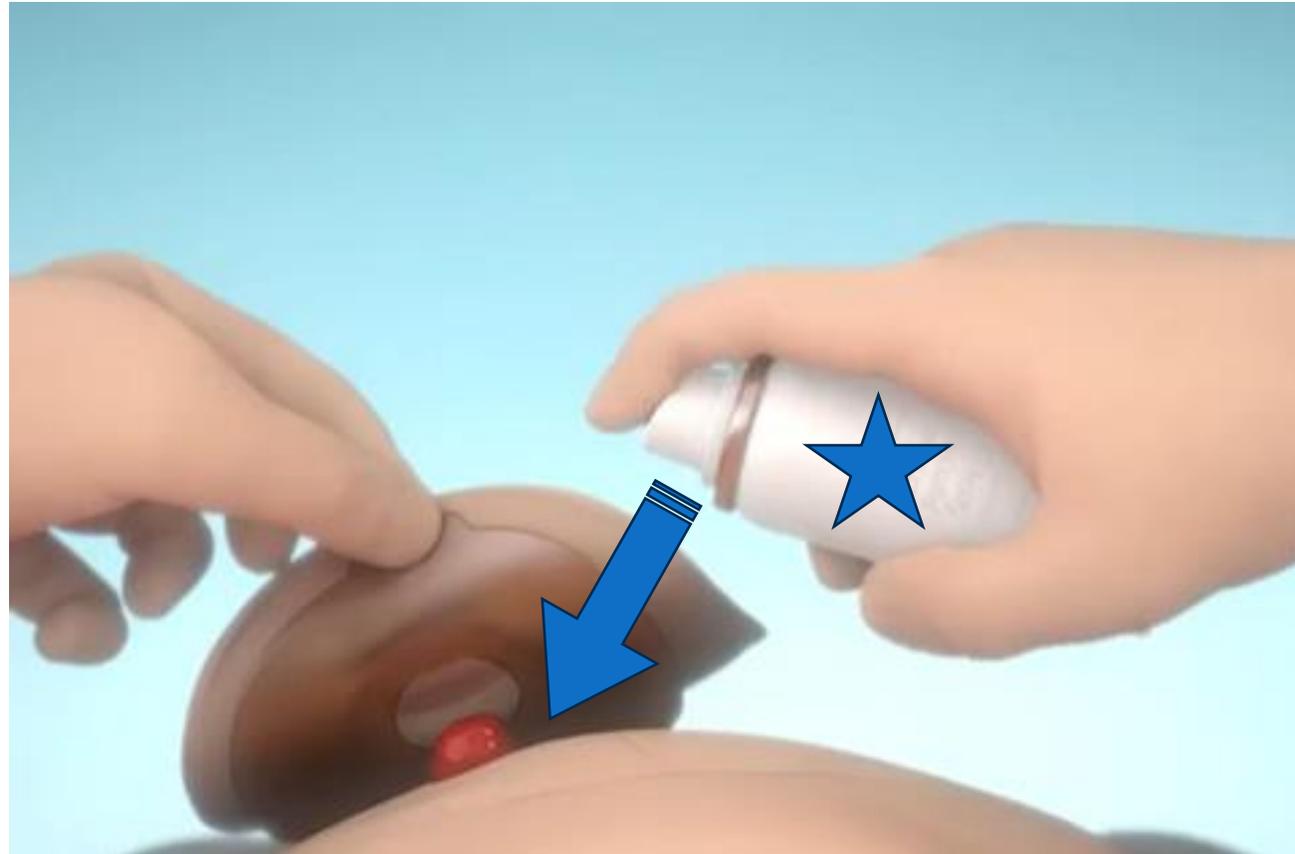


**ANELLO OVALE
CONVESSO**

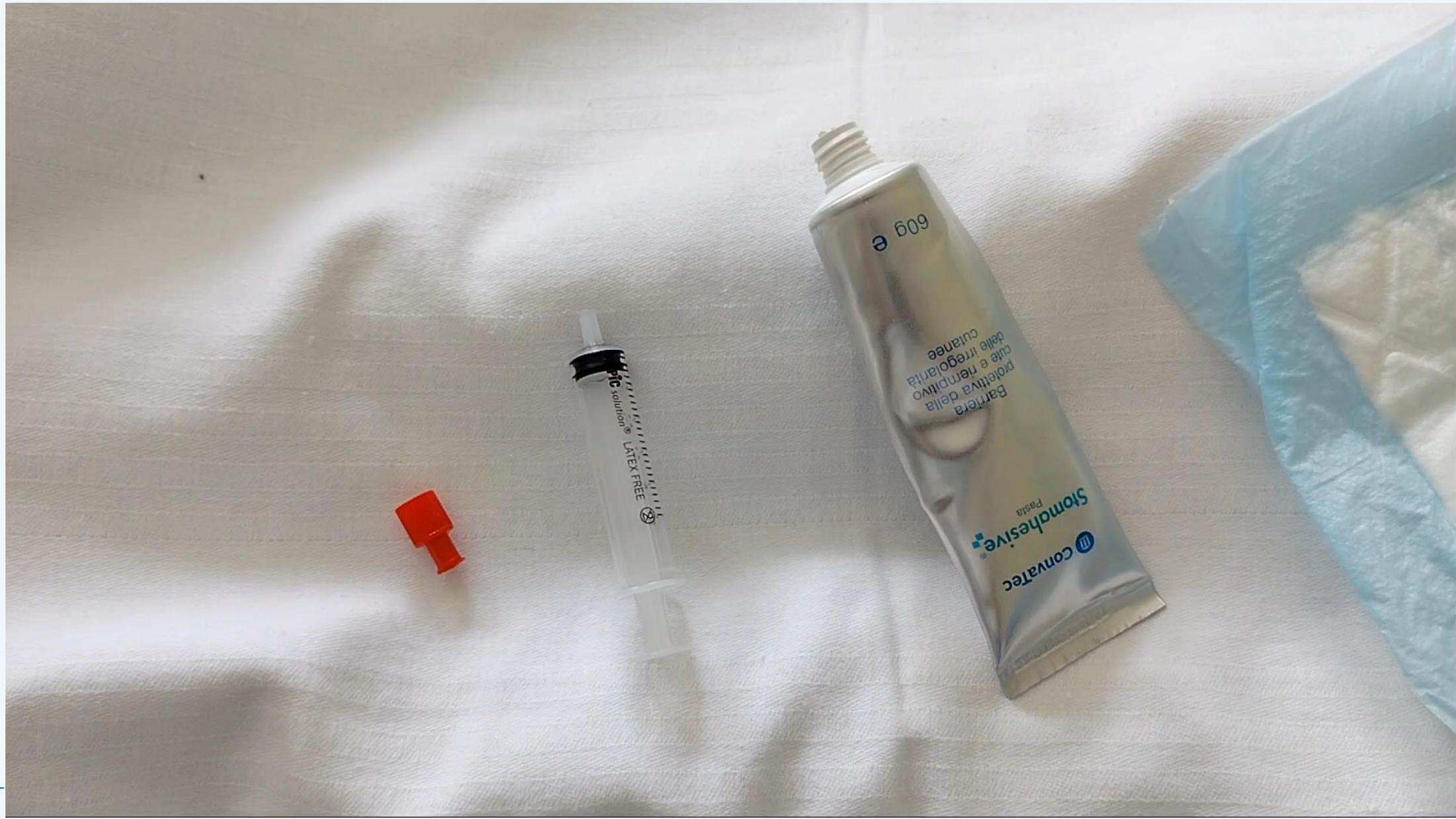
A white fabric belt with a buckle, lying on a wooden surface. The belt is coiled and has a buckle at one end. The wooden surface has a prominent grain pattern.

CINTURA

LO SPRAY REMOVER

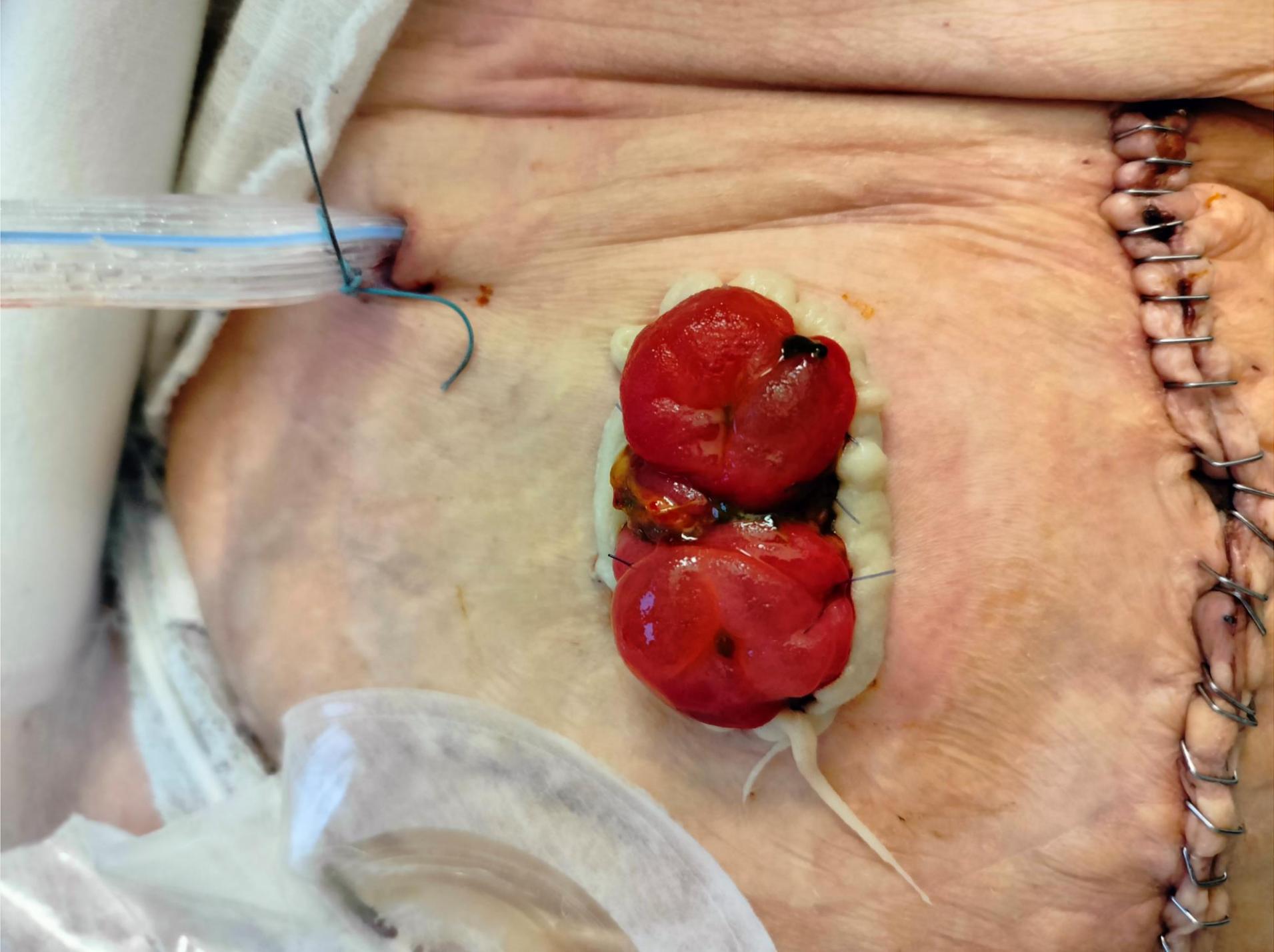








Lift to open
8.5FT
Lift to open







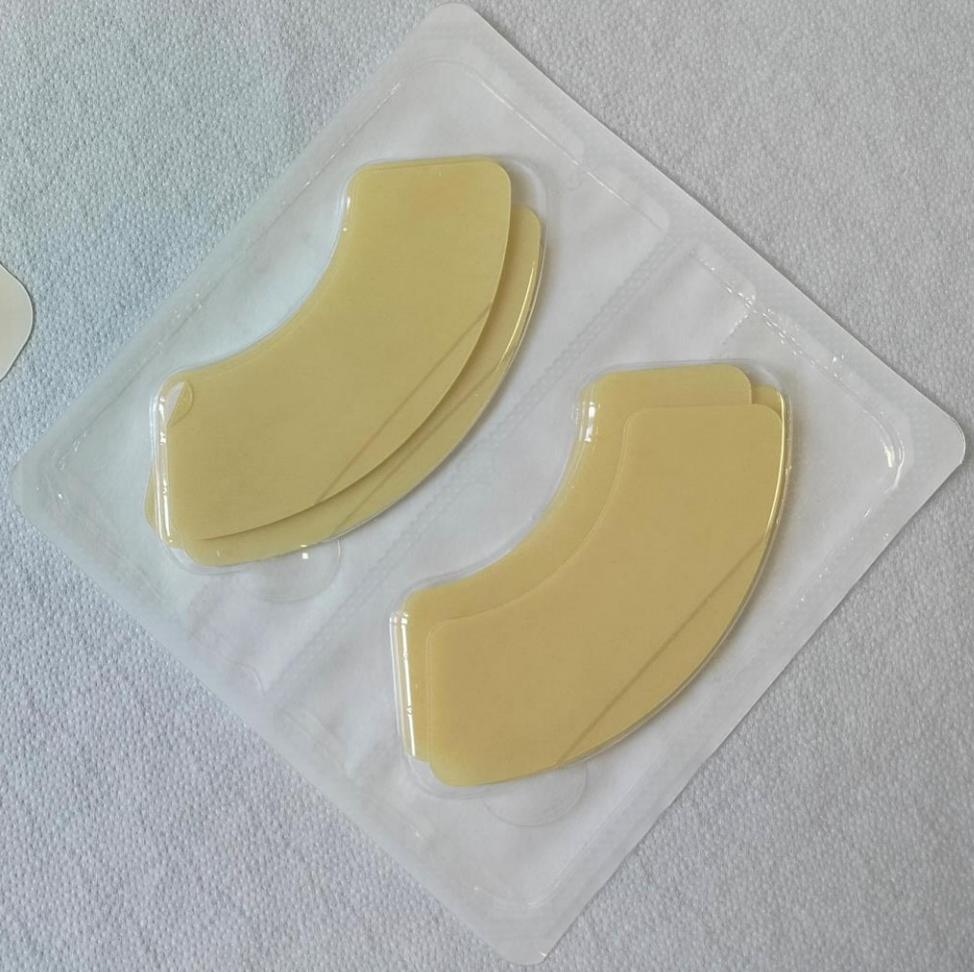


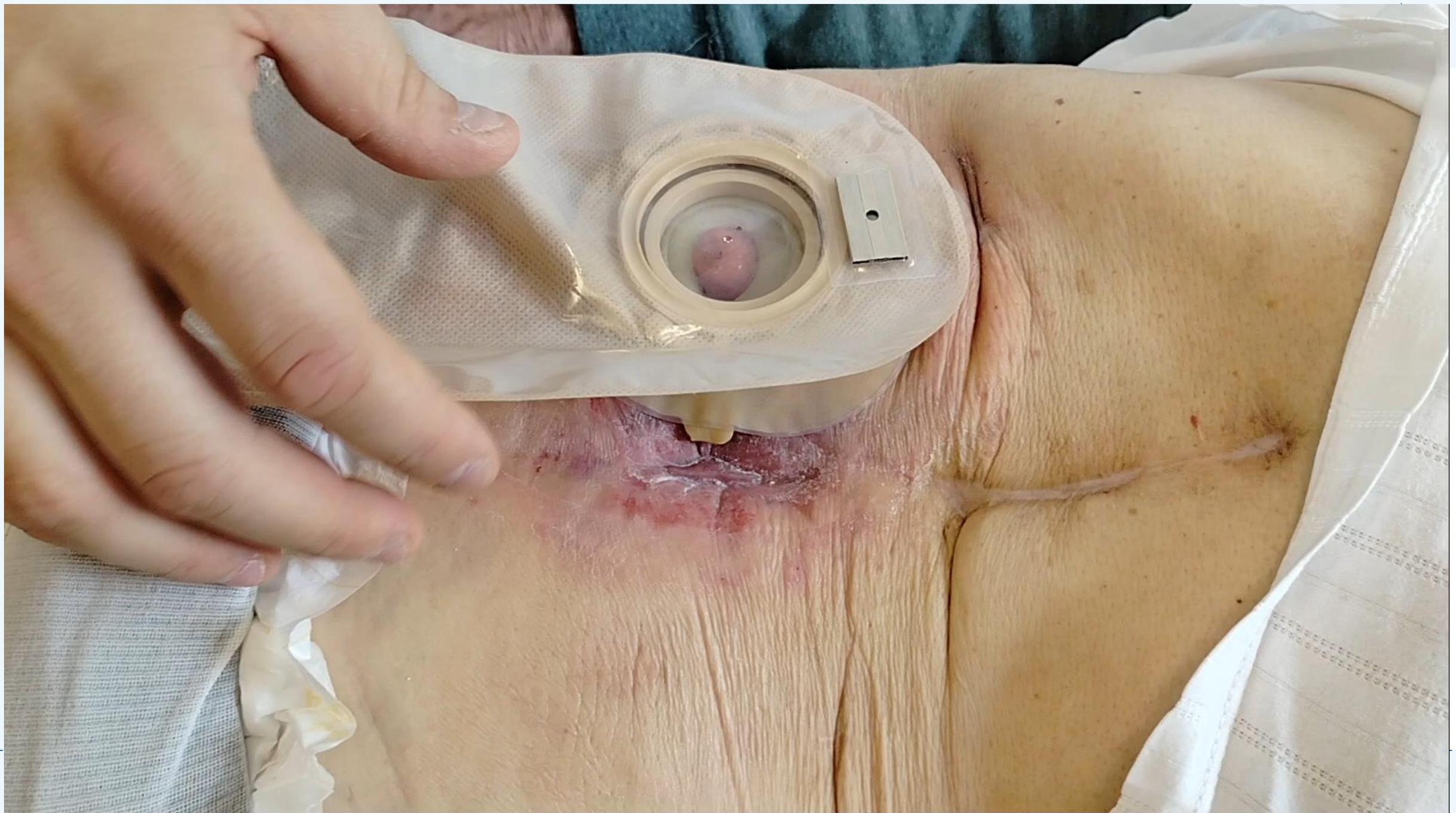












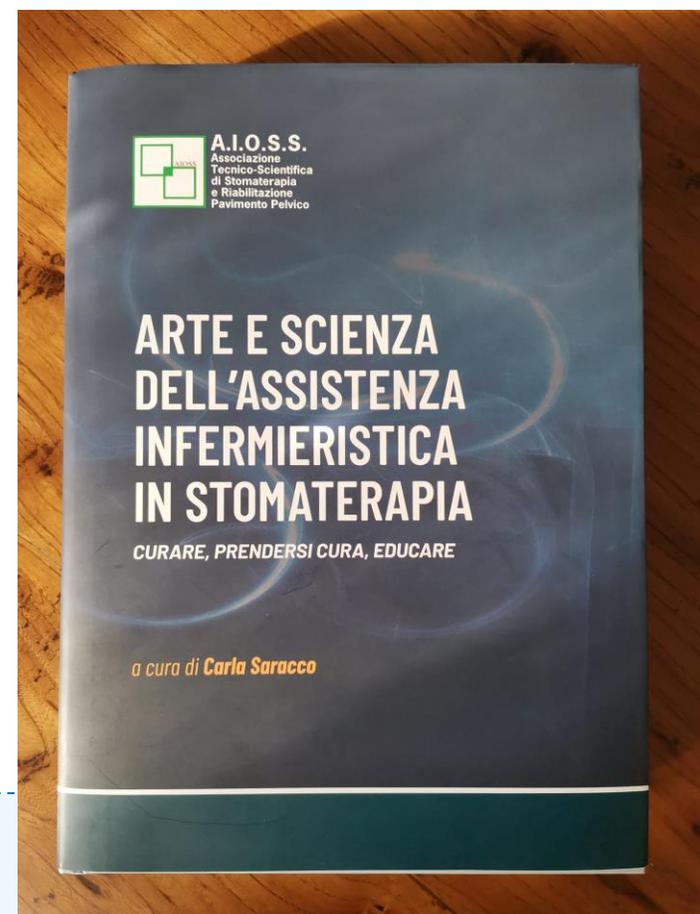


**Prevenire e gestire
le principali complicanze
del complesso stomale**

Le complicanze precoci stomali sono rappresentate da edema, sanguinamento, ischemia/necrosi e retrazione; il distacco muco-cutaneo e la dermatite irritativa da contatto (DIC) appartengono rispettivamente alle complicanze della giunzione muco-cutanea e alla cute peristomale.

Tra le complicanze tardive si annoverano ancora la retrazione, la stenosi stomale, il prolasso, l'ernia e le fistole. Le lesioni cutanee, come la DIC e altre di origine allergica o traumatica o dovute a una specifica patologia, possono comparire in qualsiasi momento della vita di una persona con stoma.

LE MIGLIORI PRATICHE EVIDENCE BASED PER LA STOMATERAPIA IN ITALIA



Malposizionamento



EDEMA





LO ZUCCHERO

SANGUINAMENTO



ISCHEMIA



ISCHEMIA



ISCHEMIA



RETRAZIONE



RETRAZIONE



02.12.2013 17:55

RETRAZIONE



22.05.2015 11:15

RETRAZIONE



09.04.2014 13:33

Nella gestione conservativa della retrazione stomale è consigliata l'applicazione di un sistema di raccolta convesso o flessibile e di ausili atti ad aumentarne la convessità e l'aderenza.

La terapia chirurgica della retrazione stomale deve essere presa in considerazione quando le misure conservative non permettono un'adeguata adesione del sistema di raccolta.

Raccomandazione approvata nella Consensus Conference.

DISTACCO MUCCO CUTANEO



DISTACCO MUCCO CUTANEO



DISTACCO MUCO CUTANEO



DISTACCO MUCO CUTANEO





La gestione della deiscenza mucocutanea stomale superficiale può prevedere l'irrigazione con soluzione salina isotonica, la copertura con prodotti assorbenti, protettivi e/o isolanti e la sostituzione dell'ausilio stomale con maggior frequenza se molto secernente.

Nel caso questa complicanza sia molto ampia e profonda, si può prevedere la possibilità di applicare una medicazione a pressione negativa.

La gestione della deiscenza mucocutanea stomale, in caso di infezione associata, prevede di favorire il drenaggio all'interno della sacca di raccolta del materiale purulento e la valutazione medica.

Raccomandazione approvata nella Consensus Conference.

DIC



DIC



DIC



L'esecuzione di un corretto *stomacare* è sufficiente per la gestione e la risoluzione della Dermatite Irritativa da Contatto (DIC).

Raccomandazione approvata dalla Consensus Conference.

PROLASSO



PROLASSO



La gestione conservativa del prolasso stomale può prevedere la modifica del sistema di raccolta, la riduzione dell'attrito tra mucosa e sacca con lubrificanti, la riduzione manuale del prolasso, il monitoraggio dello stoma prolassato per individuare precocemente le eventuali complicanze, la corretta educazione del paziente e del *caregiver* al riconoscimento dei sintomi da complicazione e l'utilizzo di mezzi di contenzione dell'ansa stomale.

La gestione del prolasso stomale (complicato) non riducibile prevede la riduzione dell'edema applicando compresse fredde e/o imbevute di soluzioni glucosate ipertoniche, o applicazione diretta di saccarosio e la valutazione chirurgica nelle forme refrattarie.

Raccomandazione approvata nella Consensus Conference.

STENOSI



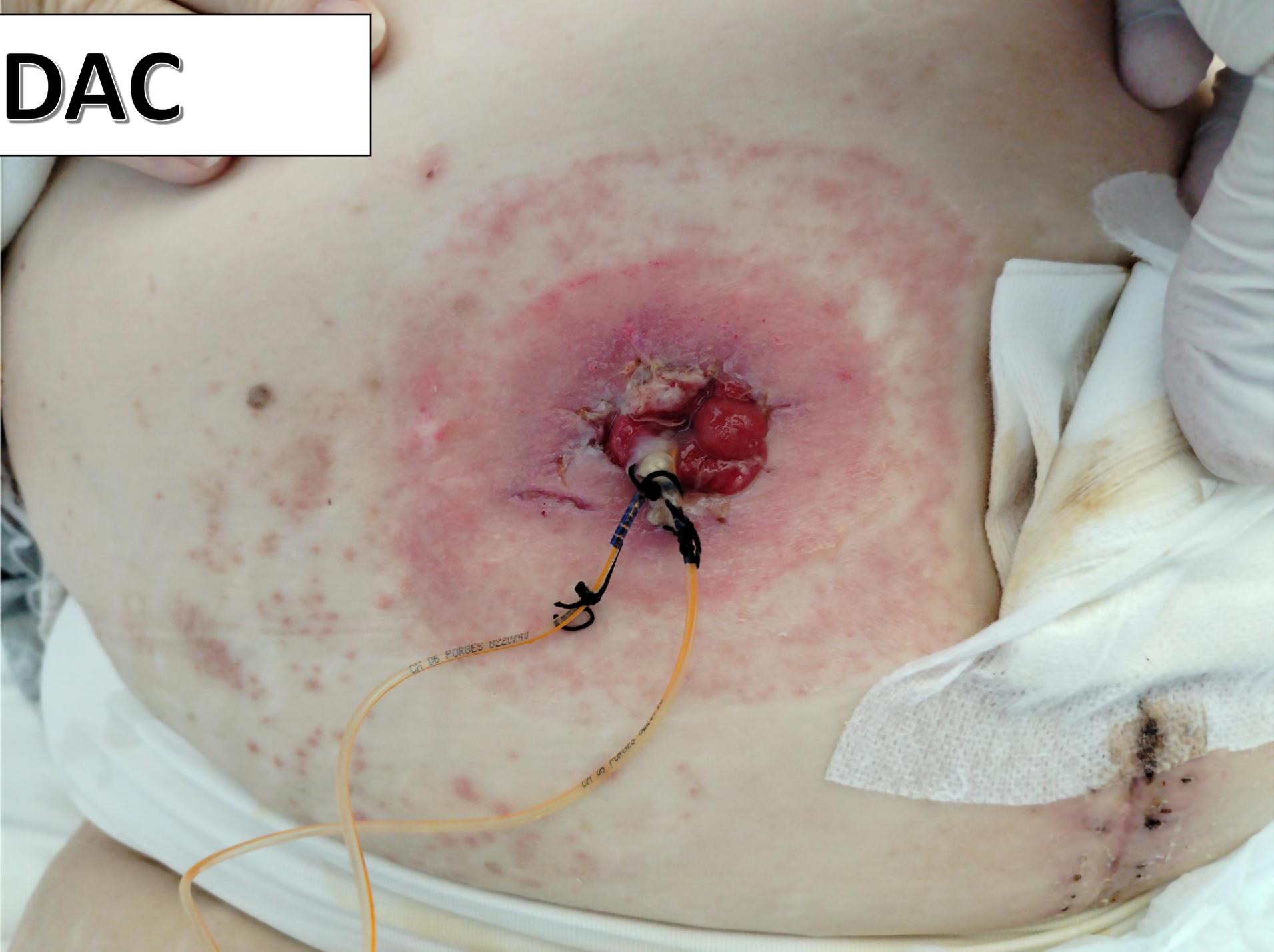
STENOSI



La gestione conservativa della stenosi stomale sintomatica può prevedere la prevenzione della stipsi, l'irrigazione per le colostomie, l'esecuzione di dilatazioni stomali per le stomie temporanee, la corretta educazione del paziente e del *caregiver* al riconoscimento dei sintomi da occlusione intestinale.

Raccomandazione approvata nella Consensus Conference.

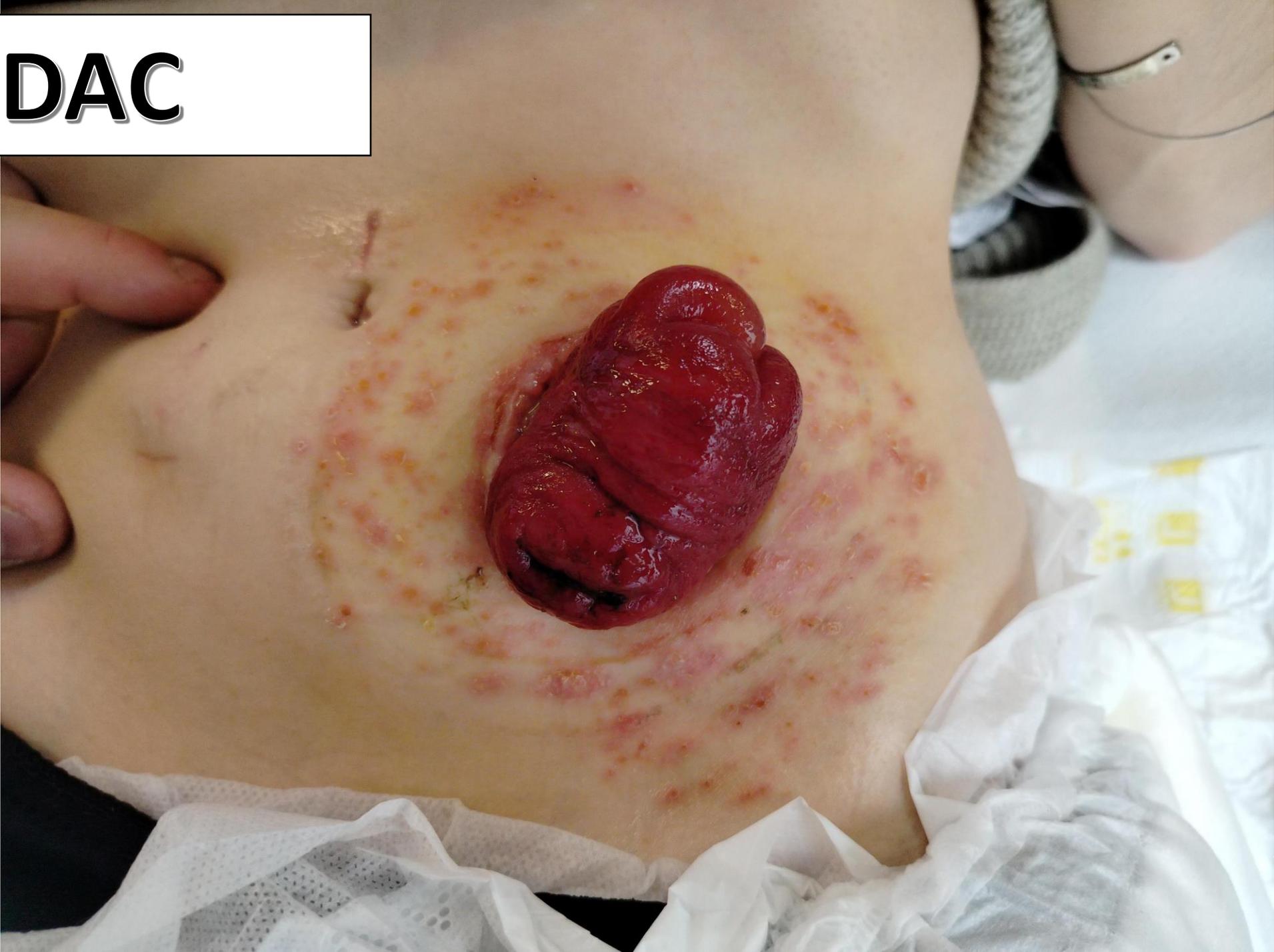
DAC



DAC



DAC



Il trattamento della Dermatite Allergica da Contatto (DAC) prevede per prima cosa la rimozione del prodotto sospettato di esserne la causa e la sostituzione con analogo ed una successiva valutazione medica in caso di mancata risoluzione.

Raccomandazione approvata dalla Consensus Conference.

ERNIA/LAPAROCELE



ERNIA/LAPAROCELE



ERNIA/LAPAROCELE



24.06.2015 09:46

In presenza di ernia parastomale, la prevenzione di complicanze peristomali può prevedere l'utilizzo di sistemi di raccolta flessibili (evitando quelli convessi), l'utilizzo di accessori per la rimozione atraumatica del sistema di raccolta, la protezione cutanea, la corretta educazione del paziente e del *caregiver* al riconoscimento dei segni e sintomi da occlusione intestinale.

Raccomandazione approvata nella Consensus Conference.

GRANULOMI



GRANULOMI



GRANULOMI



GRANULOMI



Il trattamento dei granulomi prevede per prima cosa la rimozione dei fattori irritanti, il trattamento topico ed una successiva valutazione chirurgica se mancata risoluzione.

Raccomandazione approvata dalla Consensus Conference.

NEOFORMAZIONI



NEOFORMAZIONI



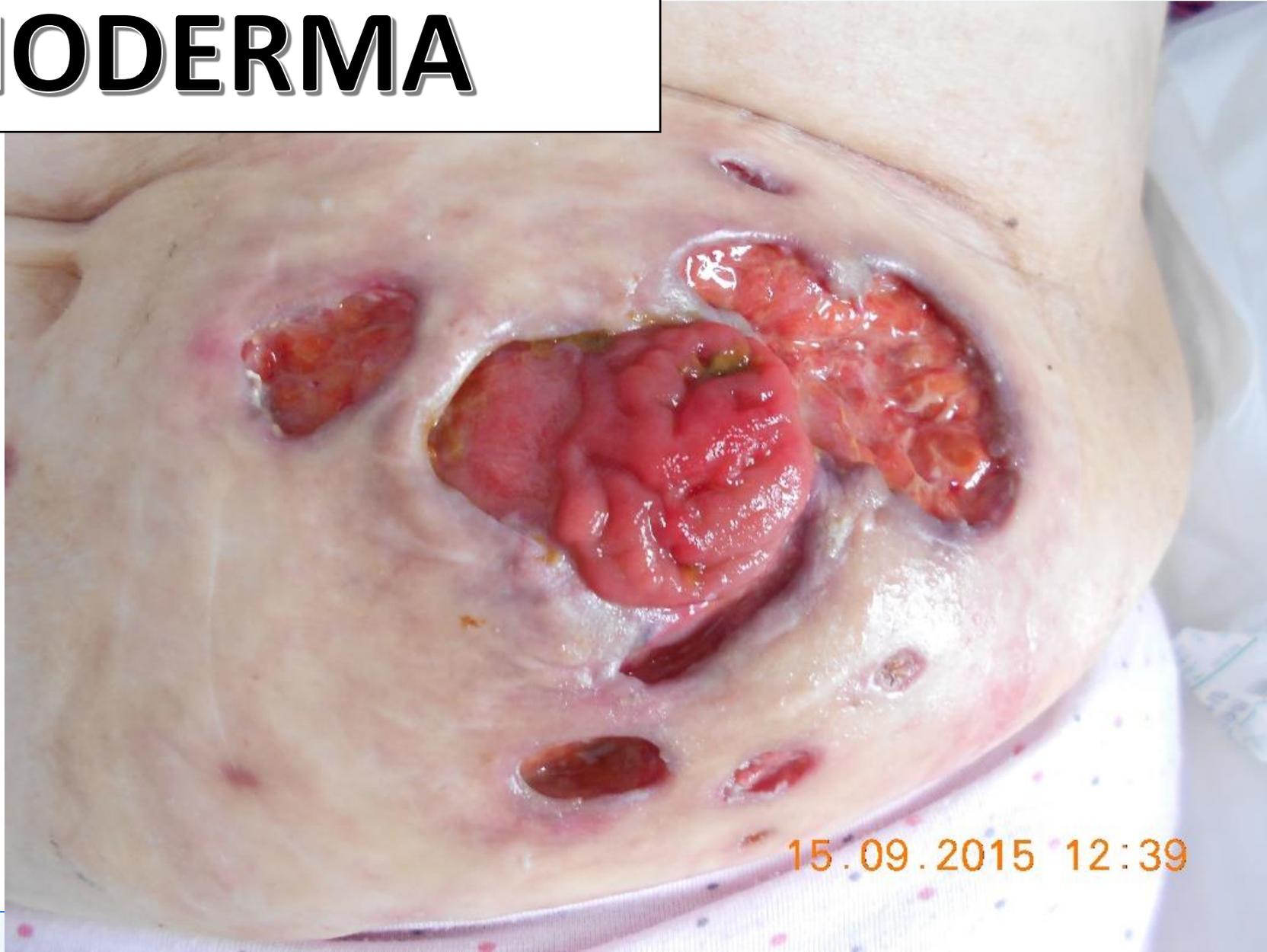
PIODERMA



PIODERMA



PIODERMA



Il trattamento del Pioderma Gangrenoso Peristomale (PGP) prevede una valutazione specialistica per impostare un'adeguata terapia farmacologica, per valutare l'utilità di eseguire delle biopsie peristomali, per un'adeguata terapia antalgica e l'utilizzo di medicazioni assorbenti.

Grado di raccomandazione: raccomandazione debole basata su evidenza di bassa qualità, 2C.

Raccomandazione approvata nella Consensus Conference.

FISTOLE



FISTOLE

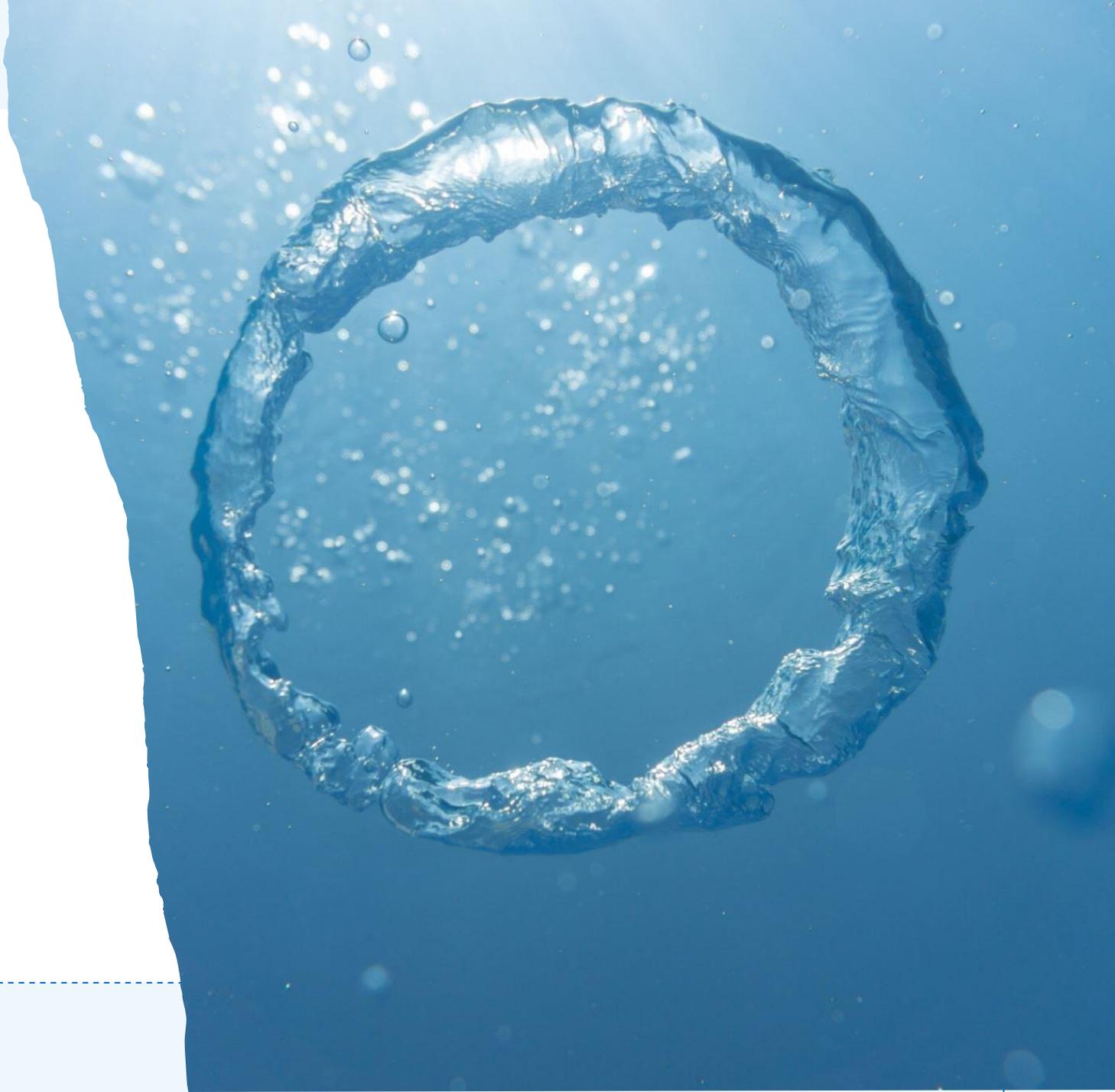


FISTOLE



**L'irrigazione:
tra il possibile e il necessario**

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



Con questa metodica, si sopperisce alla perdita della continenza, conseguente alla soppressione temporanea o definitiva dello sfintere anale, mediante un controllo meccanico della funzione evacuative

Riducendo inoltre la flora intestinale, l'irrigazione diminuisce la produzione di gas intestinale

QUALI STOMIE

Colostomia temporanea o definitiva sin

Trasversostomia sin

Sigmoidostomia

LE CONTROINDICAZIONI LEGATE AL COLON RESIDUO

Regolarità e ritmicità spontanea delle evacuazioni

Patologia primaria:

Malattia diverticolare

Morbo di Crohn del colon

Colon irritabile

CONTROINDICAZIONI LEGATE ALLA COLONSTOMIA

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

CONTROINDICAZIONI LEGATE ALLA CONDIZIONE DEL PAZIENTE

- ❖ Inabilità fisica
- ❖ Inabilità psichica
- ❖ Chemio – radioterapia
- ❖ Modico sanguinamento o edema dello stoma
- ❖ Dolori crampiformi addominali
- ❖ Brevi e lievi lipotimie (crisi vagale)
- ❖ Perforazione

QUALI 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
valvola ileo
cecale

Orari poco
regolari

QUALI TEMPI E
FREQUENZA
DELLA
PROCEDURA?

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

11.5. IRRIGAZIONE COLICA

L'irrigazione attraverso la colostomia rappresenta un metodo sicuro ed efficace per la gestione della colostomia discendente o sigmoidea per pazienti selezionati.

Grado di raccomandazione: forte raccomandazione basata su evidenza di bassa qualità, 1C.

LE MIGLIORI PRATICHE EVIDENCE BASED PER LA STOMATERAPIA IN ITALIA

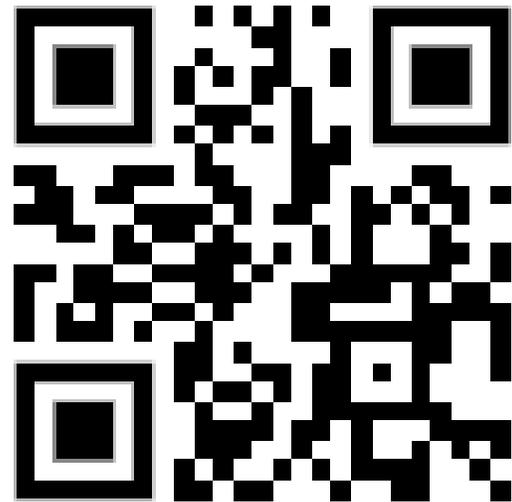


LINEA GUIDA

*sulla gestione del paziente adulto
con stomia enterale e/o urinaria*

Ottobre 2018 • 1ª revisione agosto 2021

◆ Buona visione















L'irrigazione:
possibile

necessaria

sconsigliata

**Promuovere
la continuità delle cure
dopo la dimissione:
strumenti e risorse**

IN RIFERIMENTO ALLA MODALITÀ DI DISTRIBUZIONE DEL MATERIALE PER L'ASSISTENZA INTEGRATIVA...

- **Le regioni indicano le modalità di distribuzione**, nel rispetto delle norme nazionali.
- **È necessario indirizzare il paziente al proprio distretto sanitario per le specifiche norme in vigore nel territorio di provenienza.**
- La prescrizione dei dispositivi medici dovrebbe risultare in linea con il rispetto del **principio di libera scelta del paziente** portatore di stomia, come descritto nella “Carta internazionale dei diritti dello stomizzato”, elaborata per la prima volta al Bay Front Medical Centre Ostomy Fair in Florida nel 1976 e revisionata nel 2003 a Francoforte durante il seminario della European Ostomy Association.

IN RIFERIMENTO AGLI ASPETTI ECONOMICI...

Rappresentano indirizzi della programmazione regionale: **la predisposizione di protocolli regionali, in ottemperanza al DM n.332/1999, sostituito attualmente dalle disposizioni del DPCM 17 gennaio 2017**, che disciplinino i principi per l'erogazione degli ausili e dei presidi nelle diverse menomazioni o disabilità, che individuino gli strumenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva e che consentano di valutare gli ausili assegnati nel progetto riabilitativo;

IN RIFERIMENTO AI PRESCRITTORI...

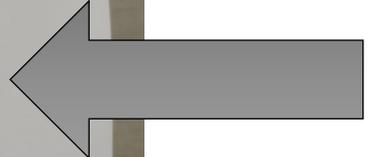
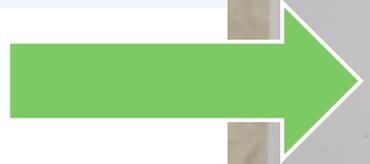
Prescrittore del materiale protesico per stomia è il Chirurgo o l'Urologo, che si avvale della figura dello Stomaterapista, quale riferimento specialista (L. 43/2006) in grado di riconoscere le caratteristiche cliniche ed anatomo-funzionali specifiche della persona con stomia ed in possesso della definizione dei suoi problemi assistenziali, allineati con le specificità dei presidi disponibili.

TIMBRO CENTRO PRESCRITTORE REGIONE DEL VENETO AZIENDA OSPEDALIERA UNIV. DI PADOVA AMBULATORIO DIST. 100001 Referente Clinico Prof. Innocenzo SPANAN Sostituto Responsabile U.P.S. Dott. Maria DELGHI	MODULO DI PRESCRIZIONE E DI AUTORIZZAZIONE DEGLI AUSILI PER STOMIA
--	---

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE	
Nome Cognome	
Codice fiscale	
Data di nascita	
Indirizzo di residenza	
Azienda ULSS di residenza/Regione	
Medico curante	

DIAGNOSI	
Descrizione della disabilità	TORBO DI CROHN
Paziente portatore di stomia	<input checked="" type="checkbox"/> Temporanea (durata max della prescrizione 6 mesi) <input type="checkbox"/> Definitiva (durata max della prescrizione 1 anno)
Tipologia di stomia	<input checked="" type="checkbox"/> Ileostomia <input checked="" type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Urostomia
Tipologia di stomia	COLOSTOMIA

PRESCRIZIONE DI PRODOTTI PER ILEOSTOMIA 1 PEZZO CONVESSO		
<input checked="" type="checkbox"/> PRIMA PRESCRIZIONE	<input type="checkbox"/> RINNOVO O VARIAZIONE PRESCRIZIONE	
Motivo del rinnovo o variazione prescrizione:		
Tipologia di prodotto	Quantità mensile	Codice ISO
Sacca per ileostomie introflesse (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice) a fondo aperto	60	09.18.07.009
Pasta o pomata protettiva, ad azione emolliente e/o eudermica		09.18.30.003
Polvere protettiva per zone peristomiali		09.18.30.006
Salviettine o spray per detersione	/ SPRAY RENEWER 2	09.18.30.009
Salviettine o spray per protezione		09.18.30.009
Pasta solidificata		09.18.30.012
Durata della prescrizione* (N° mesi):		
<small>* Paziente portatore di stomia Temporanea - Durata MAX 6 mesi Paziente portatore di stomia Definitiva - Durata MAX 1 anno</small>		





Registro Nazionale



A.I.O.S.S.
Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
Pavimento Pelvico

REGISTRO NAZIONALE

degli **INFERMIERI ESPERTI**
in **STOMATERAPIA, COLONPROCTOLOGIA**
e **RIABILITAZIONE** delle **DISFUNZIONI**
del **PAVIMENTO PELVICO**

a cura di **ENRICA BOSONI** e **LUCIA MENSI**

Ultime news:

CORSO LATISANA POSTI ESAURITI!!

AVVISIAMO TUTTI COLORO CHE PROVERANNO A
ISCRIVERSI AL CORSO CHE I POSTI PREVISTI PER
QUESTO EVENTO SONO STATI OCCUPATI NELLA [...]

[Leggi di più »](#)

“Prendersi cura”.... le competenze
infermieristiche avanzate nella continuità
assistenziale.

08/02/2024 Carissimi Soci e Simpatizzanti, Vi
comunichiamo che abbiamo esaurito la disponibilità per
le partecipazioni all'evento del 9 Marzo a [...]

[Leggi di più »](#)

