

COLOSTOMIE, ILEOSTOMIE E DERIVAZIONI URINARIE INCONTINENTI: L'ESSENZA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN STOMATERAPIA

Padova, 12 dicembre 2025

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

Dott.ssa Virginia Merlin

Infermiera
stomaterapista
DH Urologia
AOUI Verona



DI COSA PARLEREMO OGGI...

- Cosa intendiamo per *Care*?
- Gli obiettivi dell'assistenza alla persona con stomia.
- Lo *StomaCare* e il materiale necessario.
- Differenze e uguaglianze tra enterostomie e derivazioni urinarie.

LA DEFINIZIONE DI CARE

- **ASSISTENZA**: l'insieme degli interventi e delle attenzioni rivolte al paziente per **mantenerlo** o **riportarlo** ad uno stato di salute ottimale.
- **CURA**: atto di prendersi cura del paziente sia **dal punto di vista fisico**, sia **dal punto di vista psicologico**.
- **ASSISTENZA INFERMIERISTICA**: *Nursing Care*

- Lo stoma solitamente sporge al di sopra della parete addominale, è di colore dal rosa al rosso ed è privo di terminazioni nervose.



• Il materiale che fuoriesce dallo stoma (urine, feci o muco) viene definito con il termine di Effluente.

• Le persone portatrici di Colostomie, Ileostomie o Urostomie non hanno il controllo o la sensazione della frequenza e dell'uscita degli effluenti dalla stomia (incontinenza).

OBIETTIVI DELL'ASSISTENZA ALLA PERSONA CON STOMIA

1) *PREOPERATORIO*

Colloquio stomaterapico:

- Presa in carico del paziente e/o del caregiver
→ Counselling, informazione ed educazione terapeutica.
- **Stoma Siting.**





2) *POST-OPERATORIO*

Il paziente realizza la presenza della stomia e che la sua immagine corporea è stata modificata.

- Importante dedicare tempo al paziente affinché possa attraversare questo momento di fragilità.
- Garantire la privacy.
- Favorire il processo di apprendimento circa l'autocura del paziente.

Consulenza stomaterapica:

- Si continua il processo educativo.
- Valutazione clinica del complesso stomale e della corretta gestione del presidio.
- Monitoraggio e gestione conservativa delle eventuali complicanze.
- Coinvolgimento dei familiari nel processo riabilitativo.



3) *DIMISSIONE E FOLLOW UP*



- Valutazione del grado di autonomia del paziente, eventuale coinvolgimento del caregiver e/o dei supporti territoriali.
- Fornitura del piano terapeutico e, in attesa di esso, consegna dei presidi per la gestione domiciliare della stomia.
- Numeri di riferimento dello stomaterapista.

IN COSA CONSISTE LO *STOMACARE*?

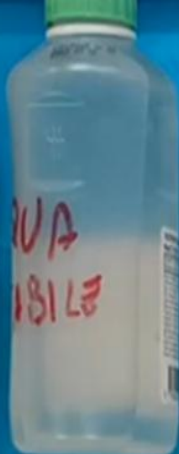
→ Tutte le procedure messe in atto per prevenire le complicanze e favorire la riabilitazione nel periodo post-operatorio.

Obiettivi assistenziali (già nelle prime 24/48 h post-op):

- Mantenere l'integrità della cute peristomale e sorveglianza dello stoma
- Favorire la permanenza *in situ* del presidio
- Favorire l'autonomia della persona nella gestione della stomia
- Promuovere comfort, benessere e sicurezza

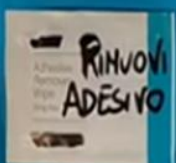
IL KIT DI GESTIONE DELLA STOMIA

- DISPOSITIVO DI RACCOLTA
- SPECCHIO
- FORBICINE A PUNTA RICURVA
- SAPONE A PH NEUTRO O DI MARSIGLIA
- GARZE MORBIDE O PANNI CARTA INUMIDITI
- GARZE MORBIDE O PANNI CARTA ASCIUTTI
- ACQUA CORRENTE
- SACCHETTO PER LA SPAZZATURA
- EVENTUALI ACCESSORI CONSIGLIATI DALLO STOMATERAPISTA



MONOPEZZO

2 Pezzi



PARTICOLARITÀ NELLA GESTIONE DELLA DERIVAZIONE URINARIA

- Presenza dei **TUTORI URETERALI**: nell'immediato post-operatorio il paziente presenta due tutori ureterali che hanno la funzione di sostenere le anastomosi appena confezionate.



.PULIZIA: nel caso di presenza di muco (UICS) la pulizia va effettuata DALL'INTERNO VERSO L'ESTERNO.

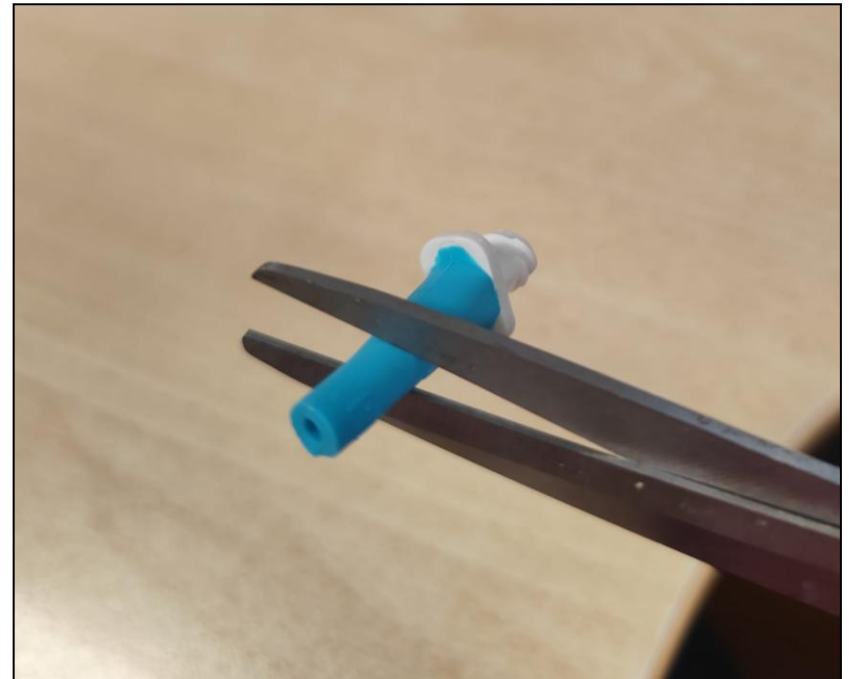
.RIMOZIONE DELLA PLACCA: (monopezzo o 2 pezzi) è necessario fare attenzione ai tutori a causa del rischio di rimozione accidentale degli stessi.



**È importante verificare che i tutori gocciolino:
se necessario, è possibile eseguire dei lavaggi tramite un
raccordo.**

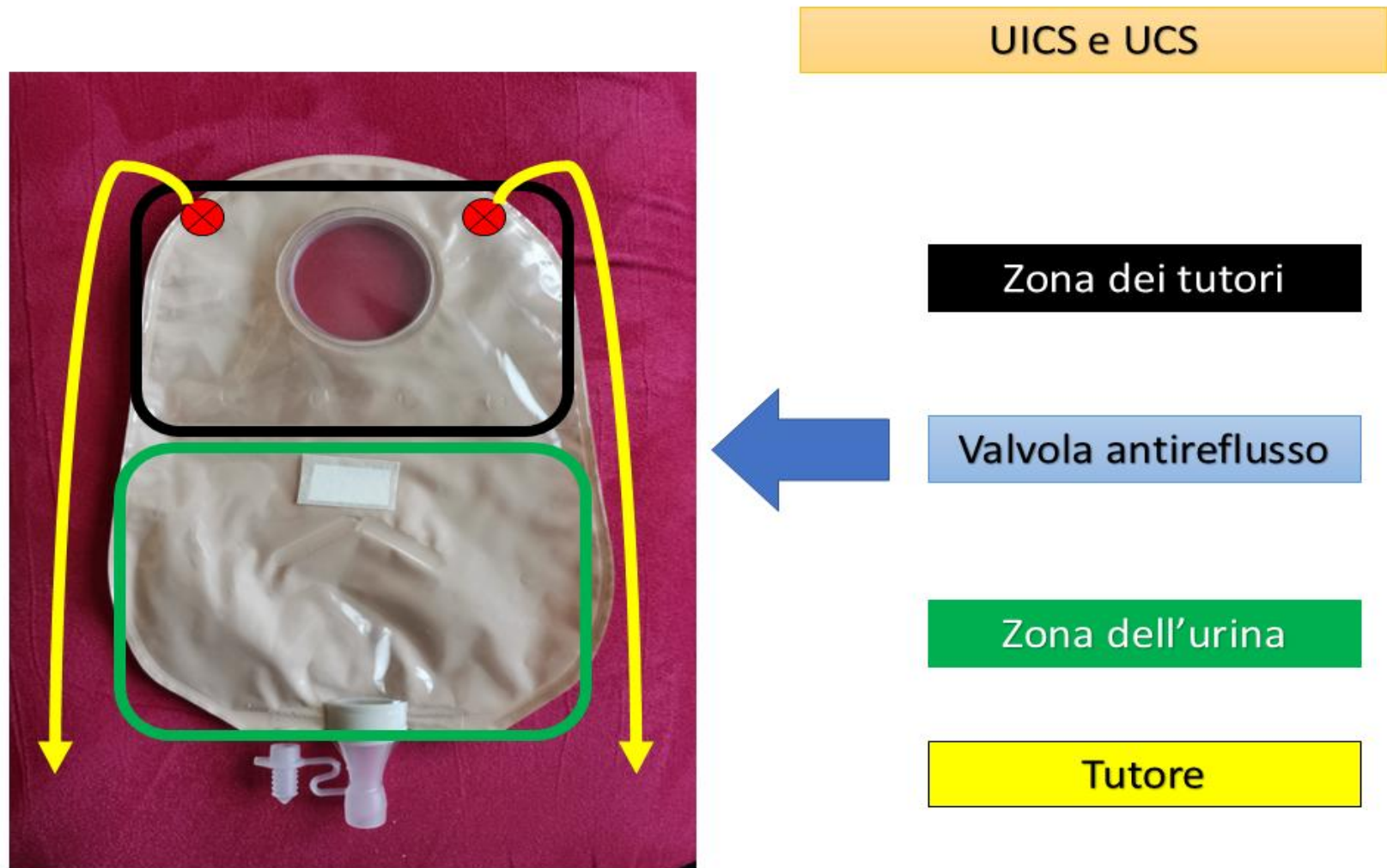


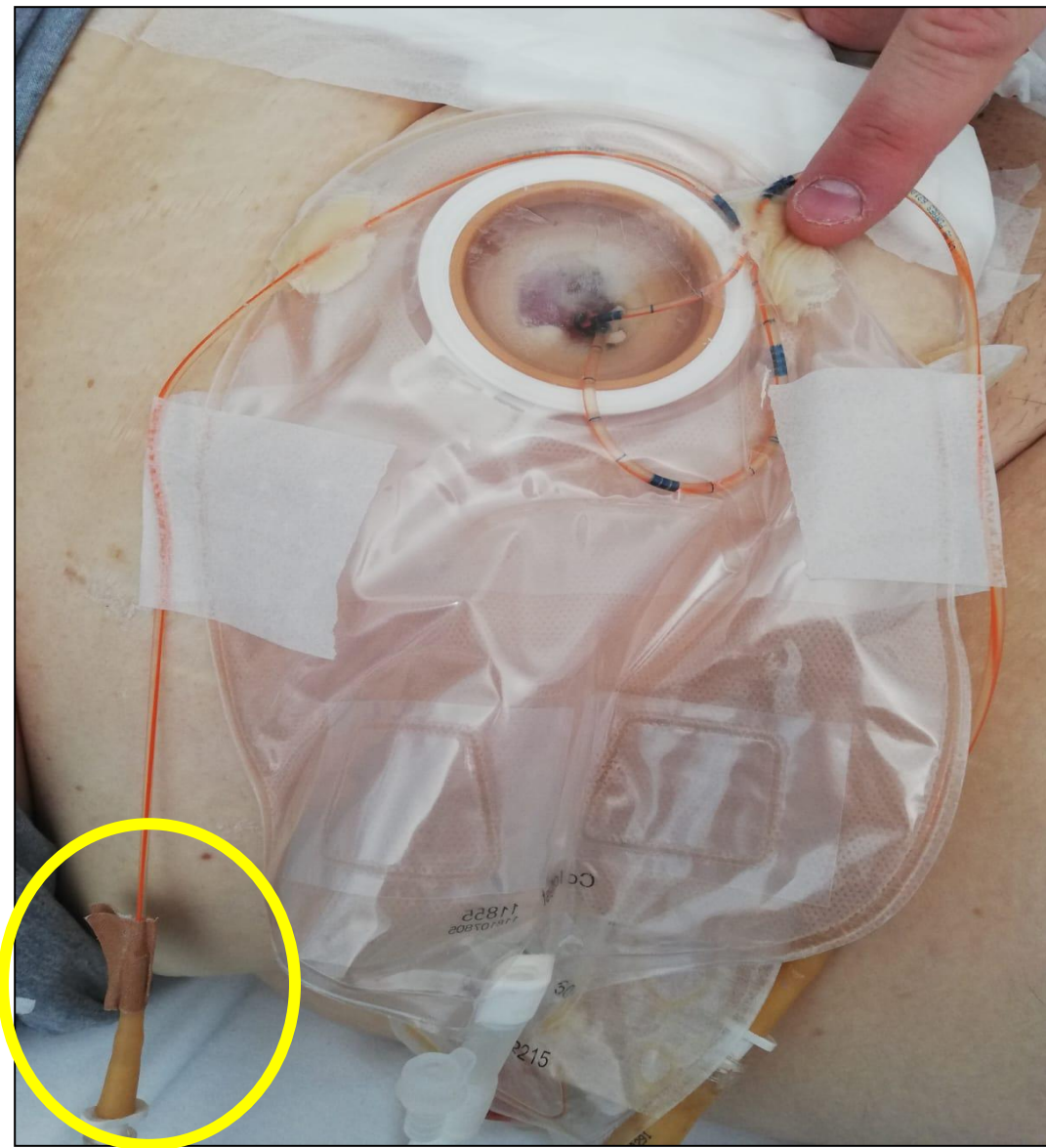
- 1) Per prima cosa aspirare con una siringa da 2,5 ml o da 5 ml.
- 2) Eseguire un lavaggio con soluzione fisiologica sterile a bassa pressione.

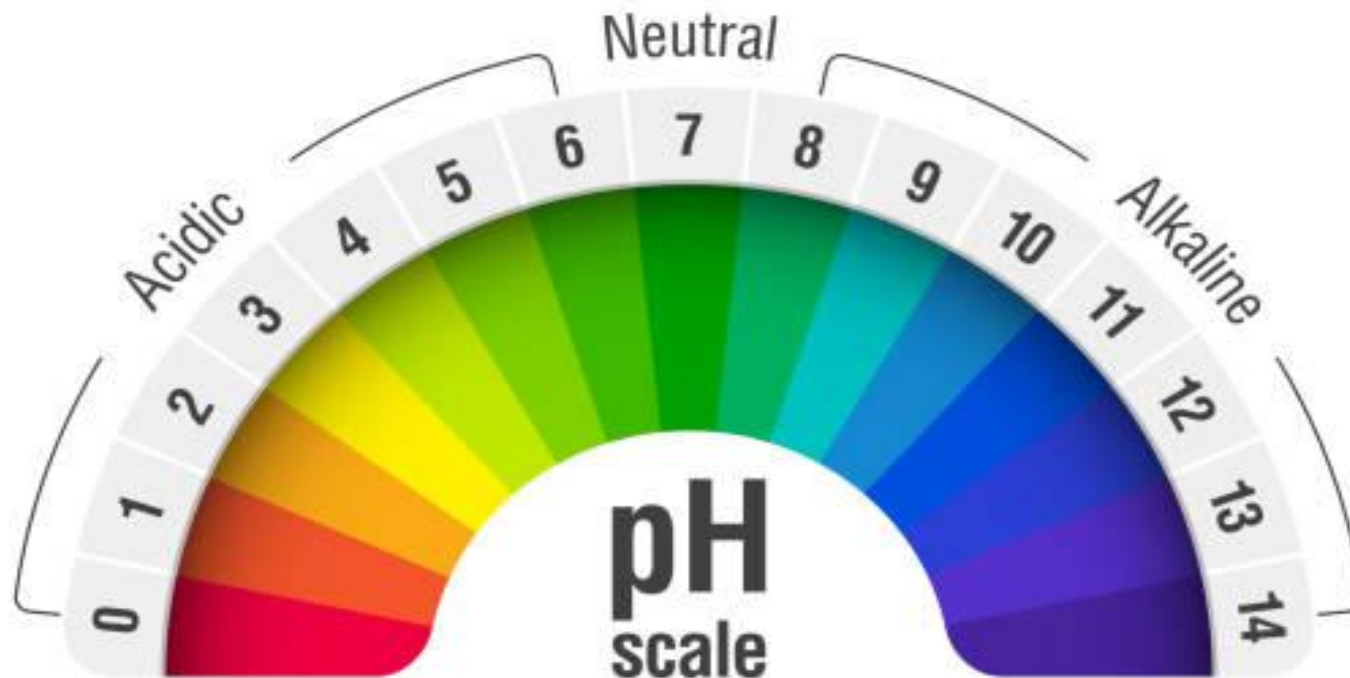


Nelle UCS i tutori ureterali vengono
rimossi e sostituiti con tutori
autostatici,
da cambiare sulla base delle indicazioni
del prodotto utilizzato.

In alcune realtà può essere richiesto il monitoraggio del flusso urinario delle 24 h conteggiando il volume di urina dal rene dx e dal rene sx.

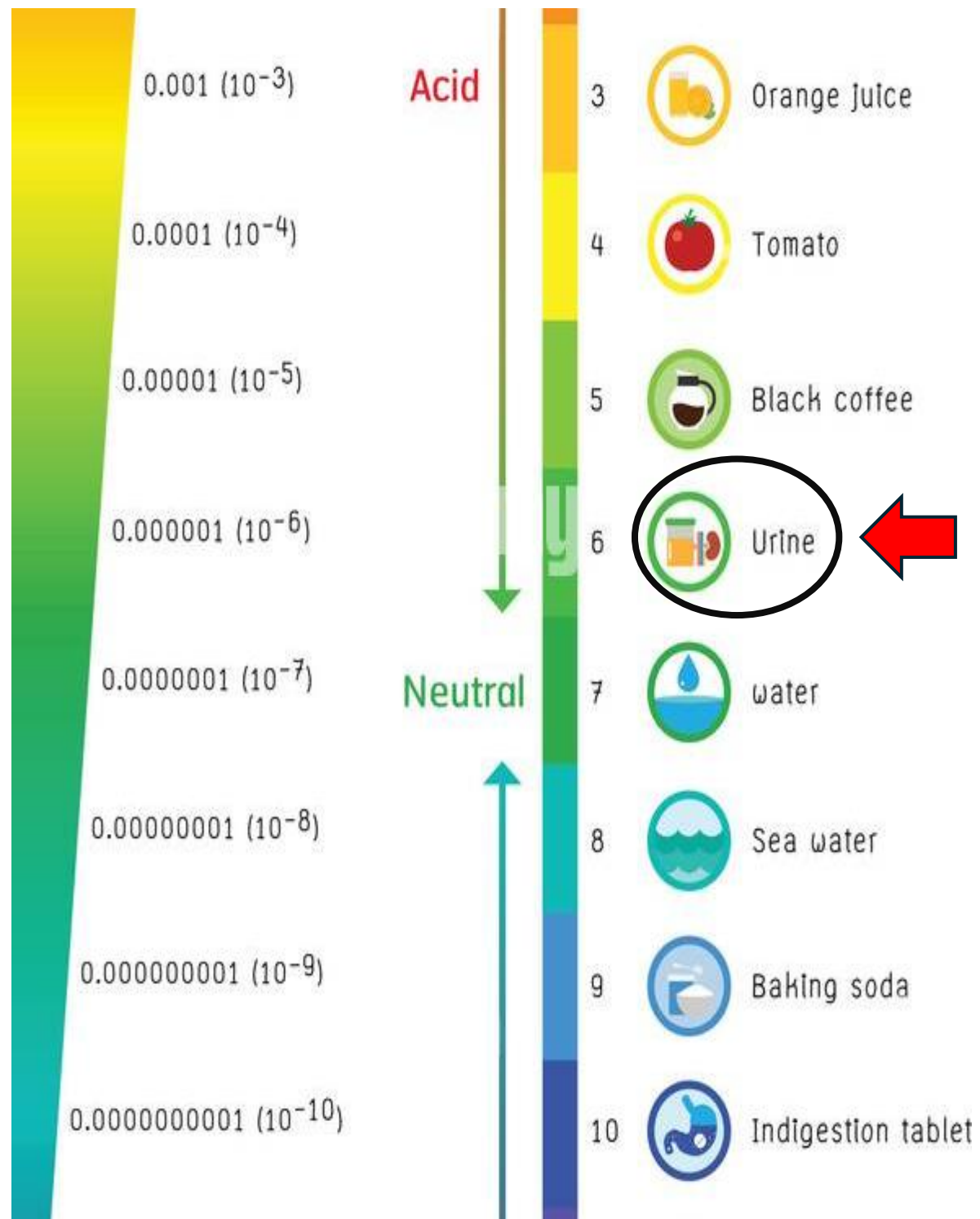






La superficie della cute sana è Acida, con un **pH** che varia tra 5,4 e 5,9 e svolge un ruolo nel garantire la coesione dello strato corneo e la funzione di barriera.

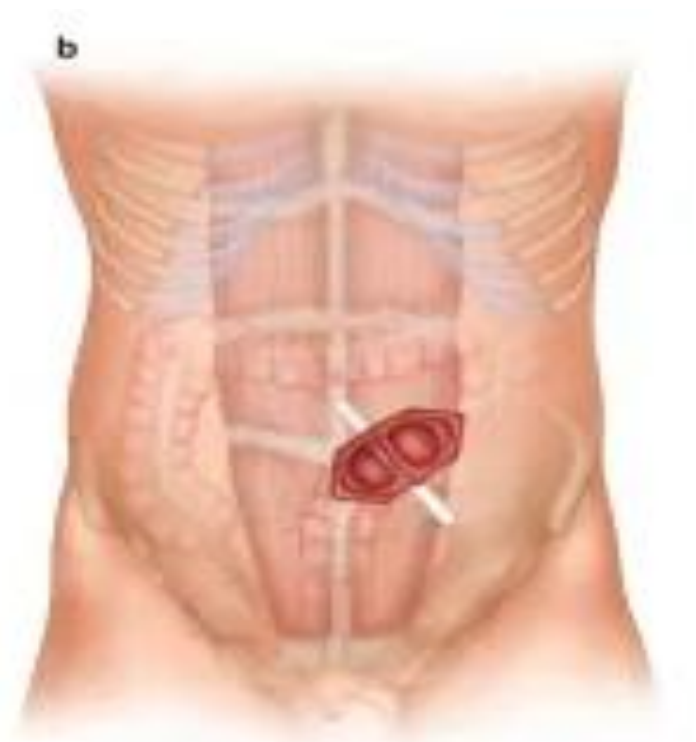
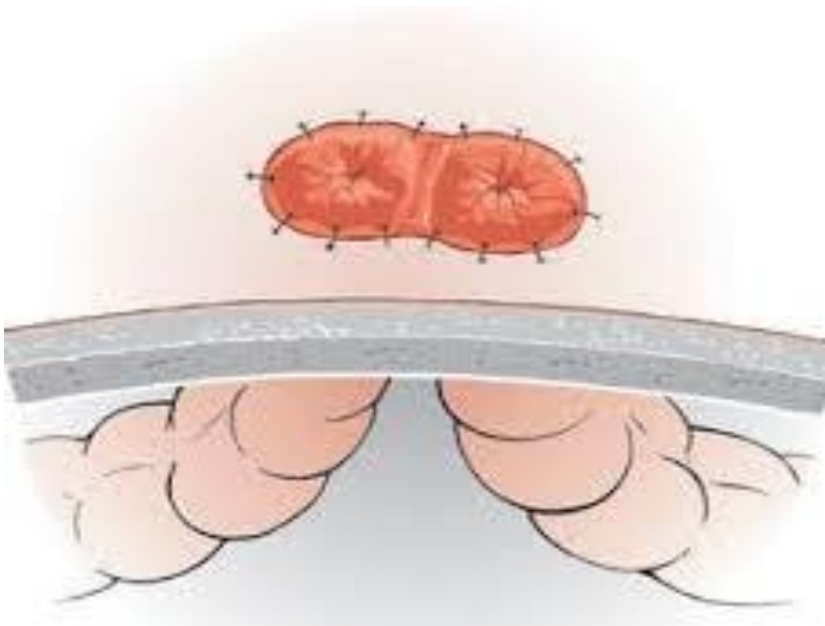
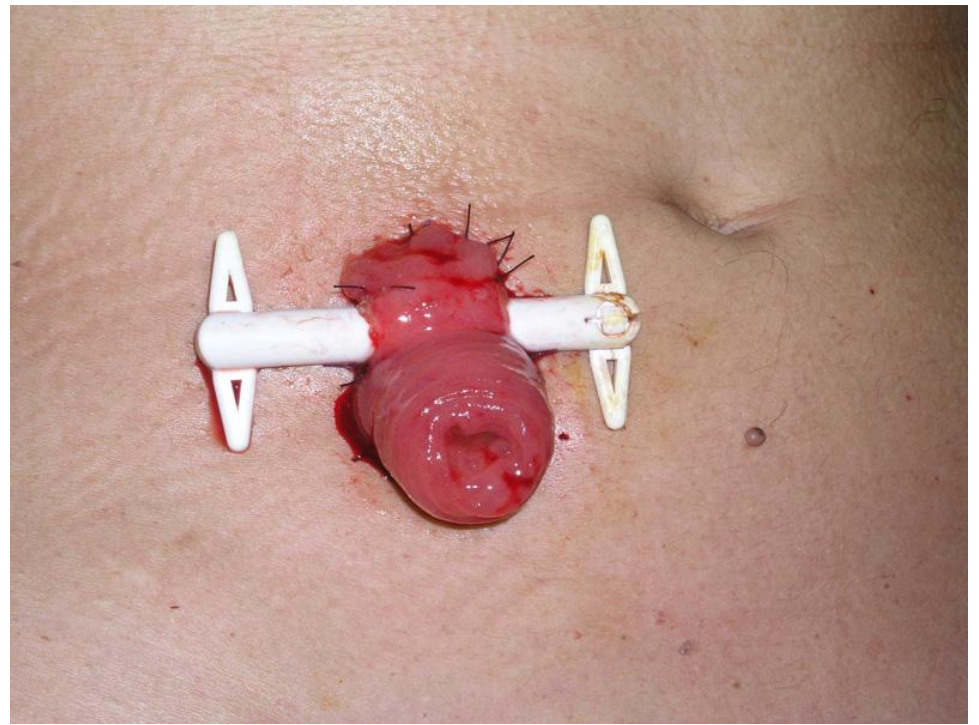
- L'urina ha un pH tra 5 e 7.
- Il contatto tra feci e/o urina con la cute porta ad una sua alcalinizzazione. I batteri della cute convertono l'urea in ammonio che è alcalino, provocando alterazione dello strato corneo.
- L'aumento del pH consente ai microrganismi di proliferare e incrementare il rischio di infezione.



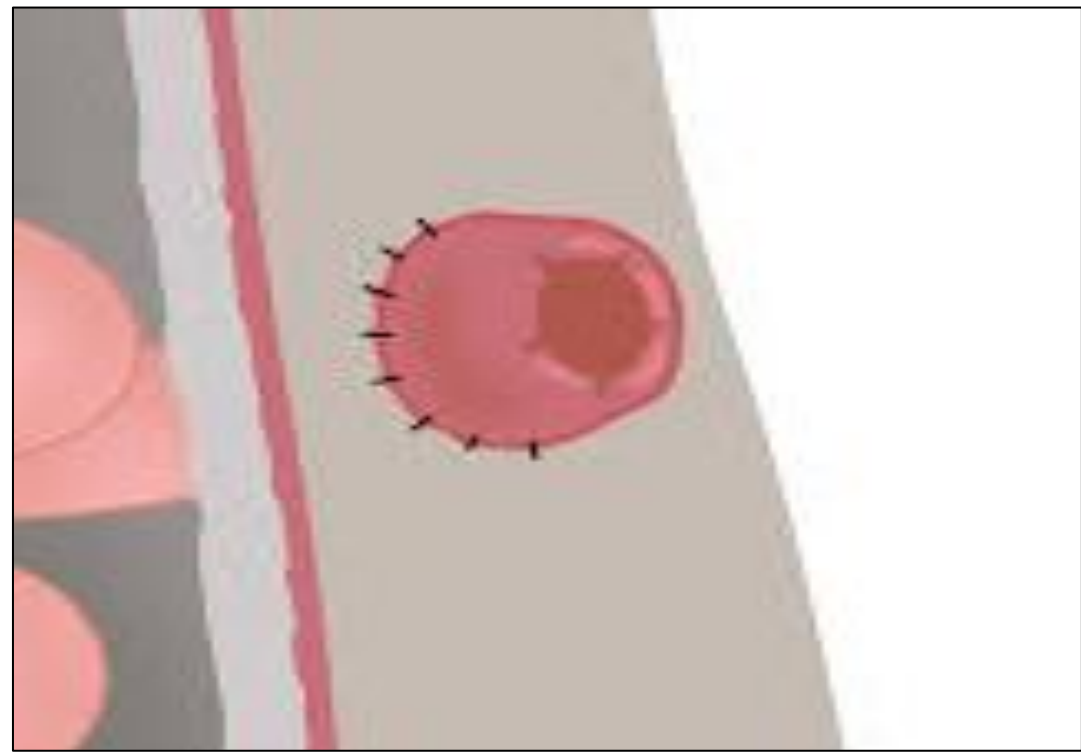
GESTIONE DELLE ILEOSTOMIE E DELLE COLOSTOMIE

- Le ENTEROSTOMIE prevedono il loro confezionamento per deviare il materiale enterico e proteggere l'anastomosi intestinale a valle oppure per evacuare il materiale enterico quando il tratto intestinale a valle è stato rimosso.
- In base al loro confezionamento possono essere distinte in: **Laterali o Terminali**, in base alla modalità di sutura del viscere alla cute; **Temporanee o Definitive** in riferimento alla permanenza dello stoma.

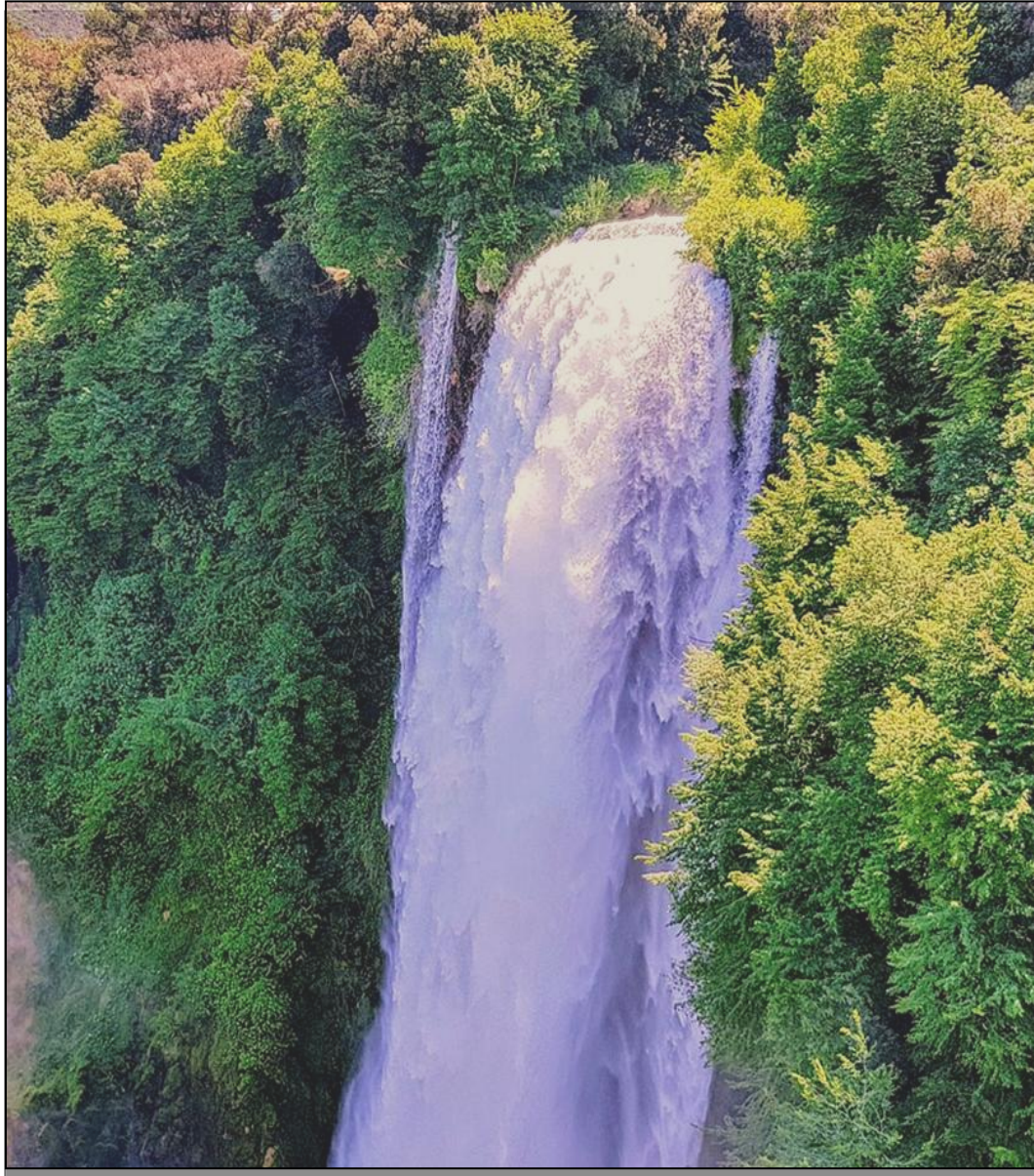
• Si parla di **stomie laterali** nel caso in cui l'orifizio verso l'ambiente esterno sia praticato sulla parete laterale del viscere.



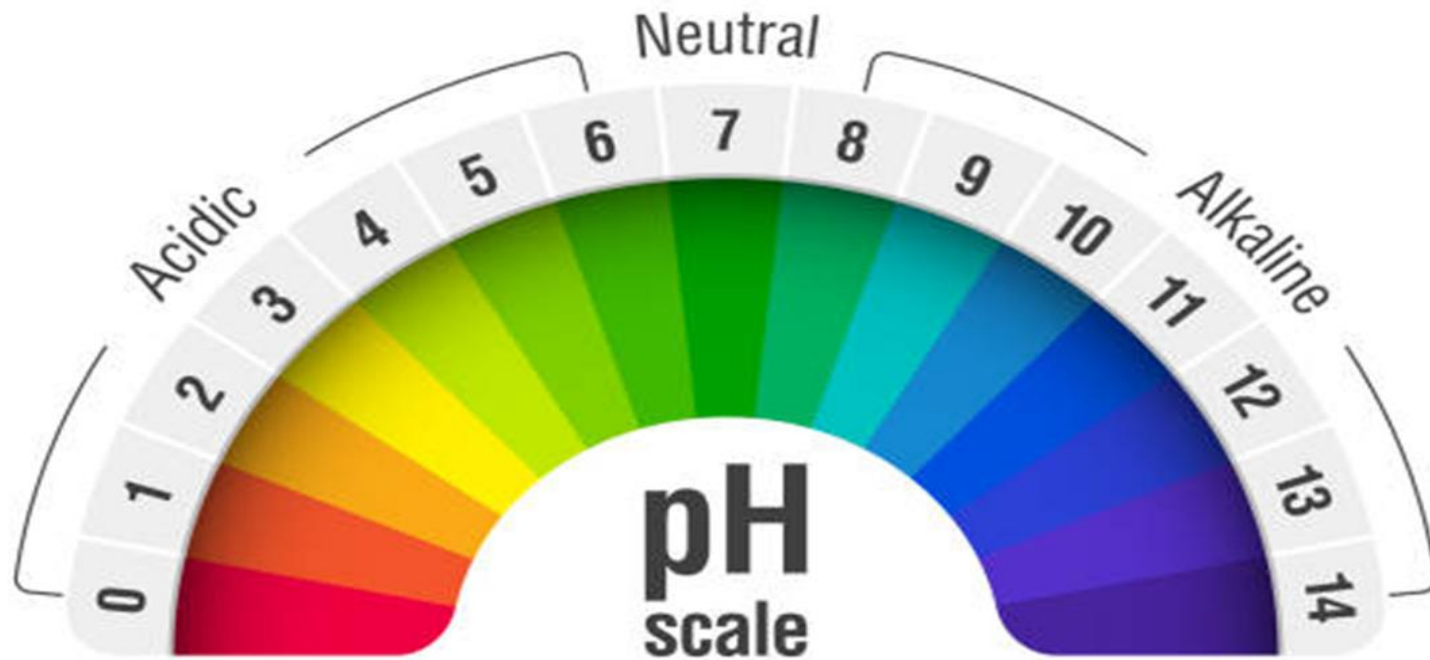
• Si parla di **stomie terminali** se vi è stata una sezione del viscere dove il moncone terminale è posto in diretto rapporto con la cute.



PARTICOLARITÀ NELLA GESTIONE DELLE ILEOSTOMIE



- Feci di consistenza liquida/semiliquida: più il tratto di intestino abboccato è lontano dal retto, più le emissioni fecali saranno liquide e con deficit di assorbimento di acqua e nutrienti.
- Output superiore a 1500 ml/24 ore, con un picco di emissioni di materiale fecale fino ad oltre 2000 ml tra la 5[°] e la 15[°] giornata.



Un **pH** fecale normale è compreso tra 6,8 e 7,5.
nell'intestino tenue aumenta progressivamente
da 6,6 nel tratto prossimale a 7,5 nell'ileo
terminale
(pH tendenzialmente alcalino).

IGIENE: procedimento simile alle UICS, ma eseguire movimenti DALL'ESTERNO VERSO L'INTERNO.



CURA DELLA CUTE PERISTOMALE: il ph delle feci, a contatto prolungato con la cute, può causare alterazione della barriera cutanea peristomale.

**PRESIDIO DI
RACCOLTA:** a fondo
aperto per favorire lo
svuotamento del sacchetto;
se **monopezzo** deve essere
sostituito quotidianamente!

NB importanza
dell'ispezione della cute per
riconoscere complicanze
precoci → preferire il
MONOPEZZO.



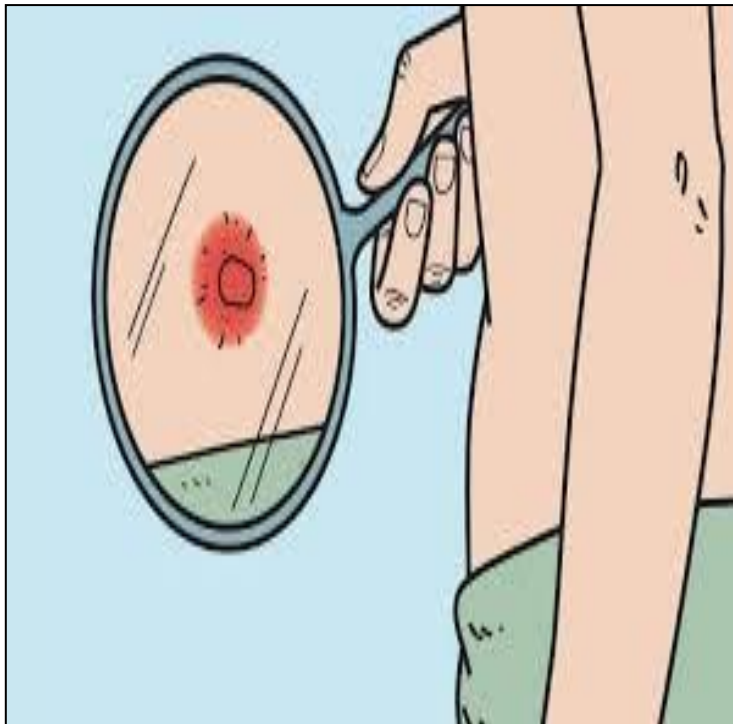
ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE: necessario
SPIEGARE al pz la corretta alimentazione domiciliare.



DURATA DELLA DEGENZA: i pazienti che hanno confezionato una ileostomia possono andare incontro ad una degenza ospedaliera più lunga rispetto ad altri pz stomizzati (disidratazione, malassorbimento, attenzione all'alimentazione).



DA NON SOTTOVALUTARE
L'IMPORTANZA DEL RUOLO
DELLO STOMATERAPISTA
NELL'EDUCARE LA
PERSONA AL
RICONOSCIMENTO DI
SEGNALI PRECOCI DI
ALTERAZIONE DELLA CUTE
PERISTOMALE



PARTICOLARITÀ NELLA GESTIONE DELLE COLOSTOMIA

ALIMENTAZIONE ED IDRATAZIONE

IGIENE: Ileostomia = Colostomia

PRESIDIO DI RACCOLTA: monopezzo o due pezzi a fondo aperto per le prime GPO; a fondo chiuso a raggiungimento della consistenza soffice delle feci, che avviene entro le prime settimane post intervento.

COSA HANNO IN COMUNE ENTEROSTOMIE E UROSTOMIE?

Il PRESIDIO DI RACCOLTA deve:

- avere una perfetta tenuta *in situ*;
- garantire la protezione cutanea dal contatto con materiale fecale/urinario;
- poter essere sostituito facilmente in autonomia dal pz;
- garantire il comfort e l'agio del pz grazie al controllo degli odori;
- avere un profilo sottile e discreto per permettere alla persona di indossare ogni tipo di abbigliamento e fare qualsiasi movimento.

•IL PRESIDIO DI RACCOLTA:

- Se **monopezzo** il cambio va fatto quotidianamente.
- Se **due pezzi** il cambio della placca va effettuato ogni 48 ore, il cambio del sacchetto quotidianamente.

LA SCELTA DEL PRESIDIO È DATA DALLE
ESIGENZE DELLA PERSONA, DAL TIPO DI
STOMIA, DAL POSIZIONAMENTO E VIENE
FATTA IN COLLABORAZIONE CON LO
STOMATERAPISTA.

«A volte nel mondo c'è luce.
Noi siamo la luce dei nostri pazienti
attraverso un approccio adeguato,
strutturato, applicato con metodo.
Aiutiamo la persona a vedere la luce della
vita, grande opportunità per fare qualcosa
di bello e di buono.»

da Nurse24.it

GRAZIE A TUTTI!