



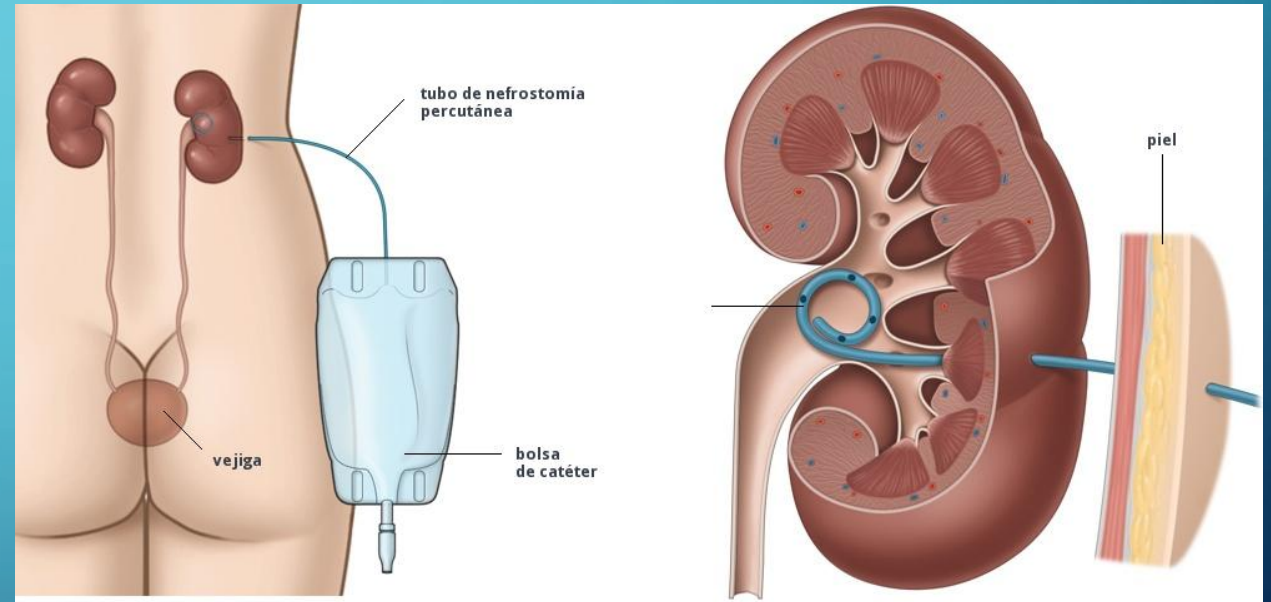
DALLA TEORIA ALLA PRATICA CASI CLINICI

STOMATERAPISTI AOUPD:

MATTIA ZAMPROGNO

FRANCESCO PIZZARELLI

NEFROSTOMIA



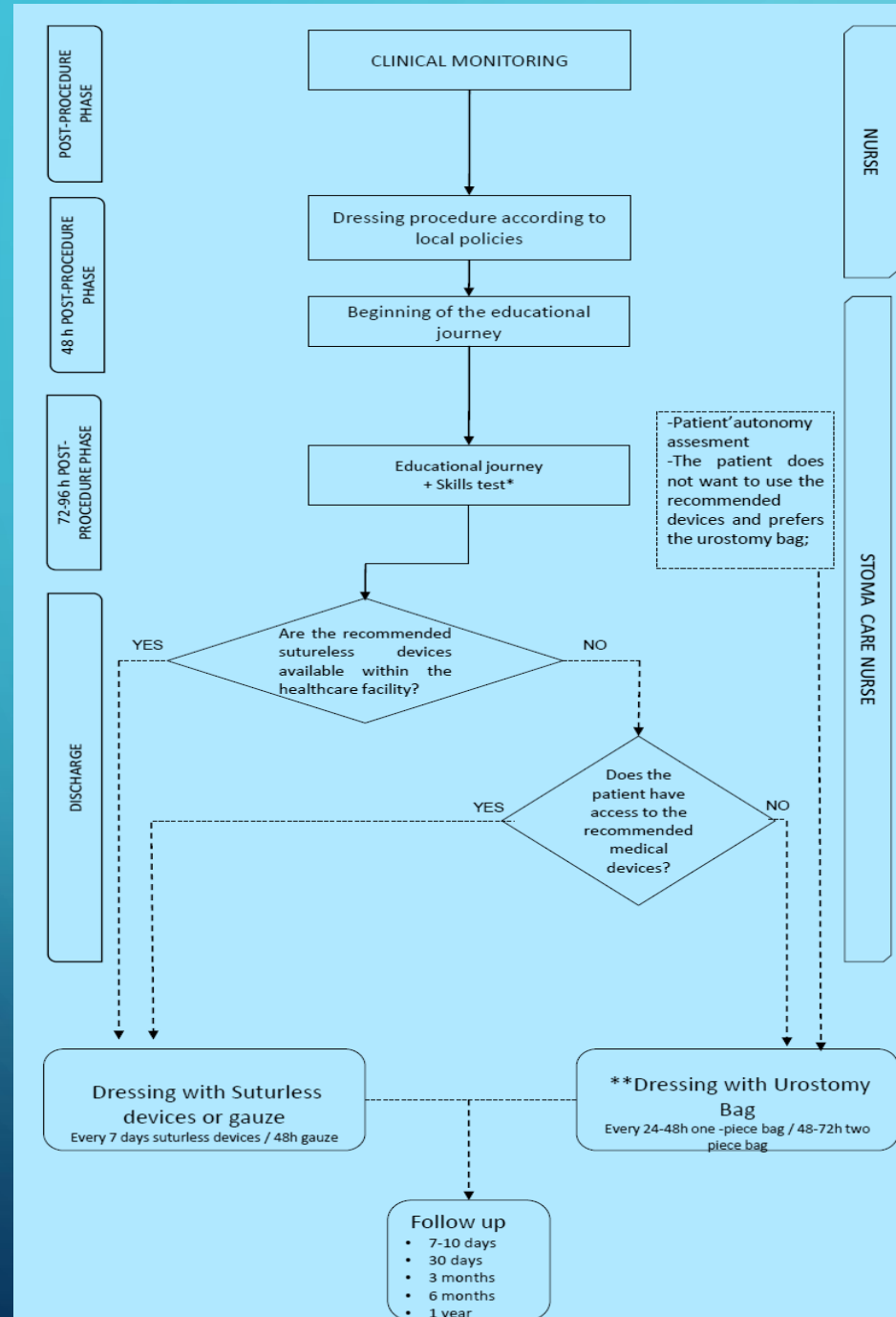












“Expert Consensus on the Care and Management of Nephrostomy: Perspectives from Stoma Care Nurses, Physicians, and Urology Nurses of the Italian Technical-Scientific Association for Stomatherapy and Pelvic Floor Rehabilitation.”

SANGUINAMENTO



TEMPISTICA

LOCALE??

FLUSSO??

**RISPONDE AI
TRATTAMENTI**

??

SANGUINAMENTO





Fase / Obiettivo

1. Valutazione iniziale

2. Gestione immediata

3. Medicazioni e protezione

4. Monitoraggio e follow-up

5. Identificazione cause e prevenzione

6. Terapia sistemica / avanzata



Azioni consigliate

- Valutare quantità, colore e origine del sanguinamento (stoma vs cute peristomale). - Controllare presenza di coaguli o erosioni. - Documentare e fotografare la situazione.
- Applicare **pressione diretta** con garza sterile se sanguinamento lieve. - Detergere delicatamente con soluzione fisiologica. **MEGLIO SE FREDDA** - Se sanguinamento abbondante o persistente, **contattare il chirurgo**.
- Usare presidi assorbenti e ben aderenti per raccogliere sangue ed evitare contaminazione. - Proteggere la cute peristomale con barriere e accessori per prevenire irritazione.
- Controllo frequente (ogni cambio presidio o più spesso se sanguinamento attivo). - Registrare quantità e frequenza del sanguinamento. - Monitorare eventuali segni di infezione o ematoma.
- Valutare causa: trauma da cambio, infezione, neoformazioni, terapia anticoagulante. - Correggere fattori predisponenti quando possibile (modifica presidio, protezione cute, revisione chirurgica se necessario).
- In caso di sanguinamento importante o recidivante: consulto chirurgico urgente. - Correzione eventuali alterazioni della coagulazione. - Considerare trattamento topico emostatico se indicato dal medico.

ISCHEMIA



ISCHEMIA & NECROSI



Fase / Obiettivo

1. Valutazione iniziale

2. Rimozione cause / Prevenzione

3. Gestione locale / medicazioni

4. Monitoraggio e follow-up

5. Terapia sistemica / avanzata

6. Prevenzione futura

Azioni consigliate

- Controllare colore, temperatura, capillarità. - Misurare estensione/profondità della lesione. - **Fotografare e documentare.**

- Controllare tensione e trazione sullo stoma. - **Proteggere da traumi da cambio presidio.** - **Consulto chirurgico se necrosi estesa.**

- Isolare area necrotica dagli effluenti con anelli o altri accessori - Usare medicazioni assorbenti o idrocolloidi. - Evitare applicazioni aggressive sul tessuto necrotico.

- Controllo giornaliero dello stoma e cute peristomale. - Monitorare progressione della necrosi o infezione. - Registrare dimensioni, profondità, colore.

- Antibiotici se infezione confermata. - Consulto chirurgico urgente se necrosi estesa o rischio sepsi. - Supporto nutrizionale e gestione fattori di rischio (ipossia, diabete, vasculopatie).

- Educare paziente/caregiver a riconoscere ischemia precoce. - Controlli periodici con stomaterapista. - Presidi corretti, protezione della cute.

ISCHEMIA??



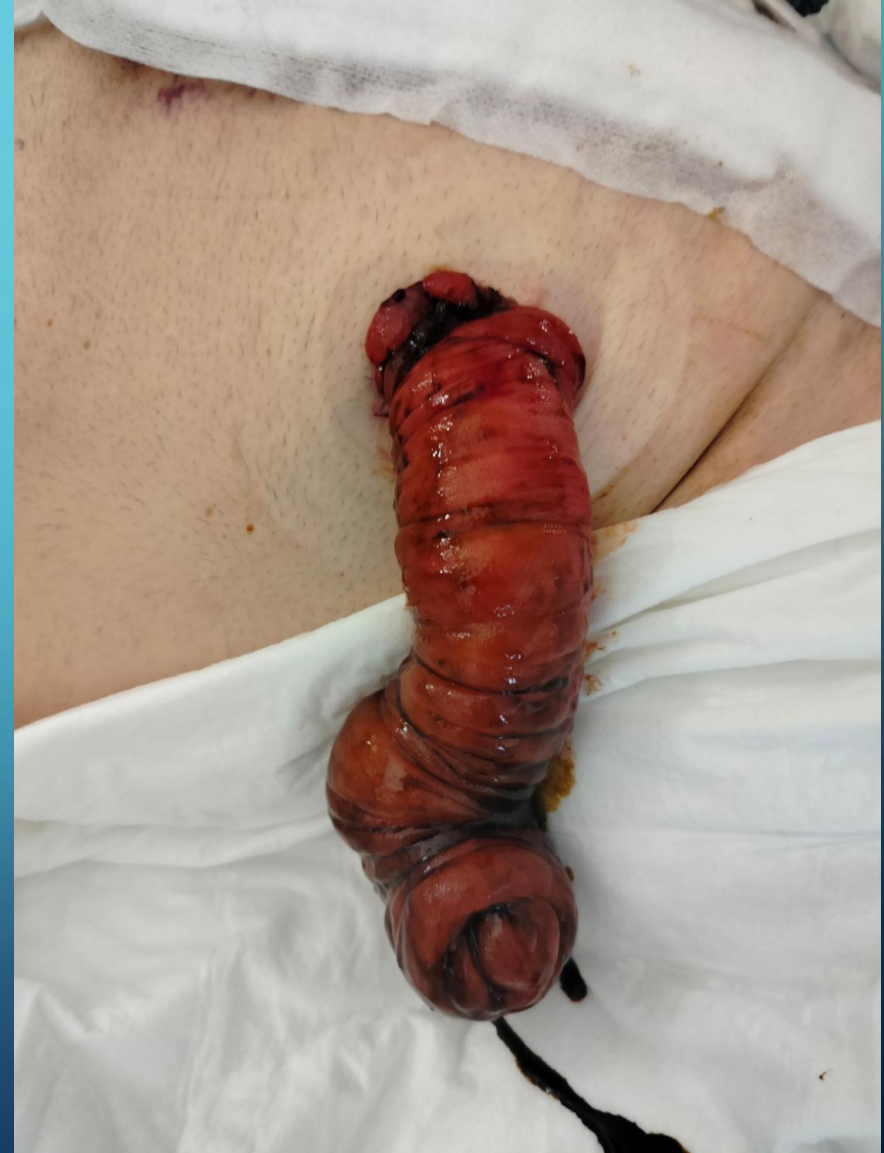
EDEMA



PROLASSO



EDEMA + PROLASSO



 Aspetto	 Indicazioni della Linea Guida
Dove compare	Edema frequente in caso di prolasso stomale , soprattutto nelle forme non riducibili.
Cause principali	• Incarceramento dell'ansa • Attrito mucosa–placca • Aumento pressione addominale
Rischi associati	• Ischemia e necrosi • Ulcerazioni e sanguinamento • Perdita tenuta presidio e lesioni cutanee
Monitoraggio	Osservazione periodica dello stoma per riconoscere precocemente complicanze.
Gestione conservativa dell'edema	✓ Impacchi freddi ✓ Soluzioni glucosate ipertoniche ✓ Saccarosio applicato localmente
Riduzione manuale	Ridurre il prolasso con pressione delicata in posizione supina , se possibile.
Supporti post-riduzione	Fasce addominali, stoma guards/shields per prevenire recidiva.
Gestione attrito mucosa–sacca	Utilizzare vaselina o altri lubrificanti .
Scelta presidi	👍 Sistema flessibile o monopezzo 👍 Barriera ampia e adattata allo stoma  Evitare convessità e cinture (nel prolasso).
Quando inviare al chirurgo	Se l'edema non si riduce nonostante trattamento conservativo o se sono presenti segni di ischemia/necrosi .
Educazione	Formare paziente e caregiver al riconoscimento dei segni di complicanza.





DERMATITI

MECCANICA



CHIMICA

ALLERGICA

INFETTIVA

DIC



DAC



DIC E/O DAC



Aspetto

Causa

Aspetto clinico

Localizzazione tipica

Strategia di gestione

Prodotti consigliati

Quando richiedere medico

Prevenzione

Educazione paziente

Dermatite Irritativa da Contatto (DIC)

Contatto prolungato con **effluenti** (feci/urine)

Eritema, erosione, bruciore

Zone dove il presidio **non aderisce** o si erode

✓ Migliorare tenuta presidio ✓
Proteggere cute (film/medicazioni) ✓
Ridurre intervallo di sostituzione

Film protettivi, idrocolloidi, medicazioni assorbenti

Se lesioni avanzate o essudanti

Apertura barriera **corretta** e buona adesione

Come individuare “perdite silenti” sotto la barriera

Dermatite Allergica da Contatto (DAC)

Reazione immunologica a **prodotti** (placca, polveri, paste, detergenti)

Eritema, edema, **prurito**, bolle/vescicole

Area dove il prodotto **viene applicato**

✓ Rimuovere prodotto sospetto ✓
Sostituire con analogo ✓ Coinvolgere medico se non regredisce

Preparazioni **senza ostacolare adesione** (polveri/spray)

Se non regredisce → possibile patch test

Attenzione ai materiali e allo **storico allergico**

Come riconoscere legame tra **prodotto usato e reazione**

LESIONI DA PRESSIONE



LESIONI DA PRESSIONE



DISTACCO MUCO-CUTANEO



DISTACCO MUCO-CUTANEO









MONITORAGGIO ESSENZIALE (checklist rapida)

-  Tipo di distacco (superficiale/profondo)
-  Quantità essudato
-  Segni infezione
-  Condizioni nutrizionali
-  Stato cutaneo peristomale



SUPPORTI E DISPOSITIVI – SCELTA RAGIONATA

Situazione	Scelta pratica
Stoma piano o sporgente	Placca piana
Stoma retrato	Placca convessa
Difficoltà gestione	Sistema 2 pezzi
Essudato abbondante	Cambi giornalieri
Essudato ridotto	Cambi ogni 2-3 giorni

Gestione conservativa

1. **Irrigazione:** soluzione salina isotonica o acqua potabile a domicilio.
2. **Distacco parziale/superficiale poco secernente:** polvere idrocolloidale + pasta barriera alcol-free + placca piana (2 pezzi).
3. **Distacco profondo o molto secernente:** medicazioni assorbenti (alginato/idrofibra, anche antimicrobica) + idrocolloide pasta/solido + placca piana.
4. **Stoma retratto:** placca convessa per contenimento effluenti.
5. **Sostituzione medicazioni:** giornaliera se profonda e molto secernente; ogni 2-3 giorni se drenaggio ridotto.
6. **Controllo condizioni generali:** nutrizione, infezioni, farmaci.
7. **Coinvolgere medico:** antibiotico se infezione.

ERNIA



LAPAROCELE





Area



Contenuti Principali

Definizione

Protrusione delle anse intestinali attraverso la parete addominale nella sede della stomia (ernia incisionale).

Incidenza

Molto variabile; più elevata nelle colostomie terminali e aumenta col tempo post-chirurgico.

Fattori di rischio sistemici

Età >60 anni, BMI elevato, circonferenza vita >100 cm, patologie polmonari croniche, immunosoppressione, neoplasie, malnutrizione, fumo, stipsi, ascite.

Fattori chirurgici

Foro fasciale eccessivamente ampio, mancato passaggio nel muscolo retto, altezza stomia ridotta.

Alterazioni stomali correlate

Allargamento dello stoma, difficoltà nell'adesione dei presidi, dermatiti irritative, retrazione.

Sintomi riferiti dal paziente

Episodi subocclusivi, distacco dei presidi, difficoltà all'irrigazione, impatto sulla vita sociale e fisica.

Complicanze maggiori (urgenza)

Occlusione intestinale, strangolamento con ischemia/necrosi.

Scelta del presidio

Preferire sistemi di raccolta flessibili; evitare presidi convessi salvo stoma retratto.

Protezione cutanea

Usare accessori per rimozione atraumatica e dispositivi protettivi cutanei.

Supporto addominale (fascia)

Va misurata correttamente; indossata durante il giorno; applicata in posizione supina.

Educazione del paziente

Riconoscere segni di occlusione, evitare sforzi e carichi, adottare posture corrette.

Prevenzione post-operatoria

Esercizi di rinforzo addominale, uso di fascia senza foro, controllo del peso, correzione delle posture.

Efficacia degli interventi preventivi

I programmi educativi + esercizi riducono significativamente l'incidenza dell'ernia.

Follow-up

Monitoraggio programmato per adattare presidi e prevenire complicanze.

Indicazioni chirurgiche

Riservate a complicanze gravi (occlusione, strangolamento).

Impiego di reti protesiche

Indicato in casi selezionati; evidenze scientifiche non univoche.

PIODERMA GANGRENOSO



Il pioderma gangrenoso (PG) è essenzialmente una dermatosi neutrofila infiammatoria sterile, caratterizzata da ulcere cutanee ricorrenti, associate a un essudato emorragico o muco-purulento

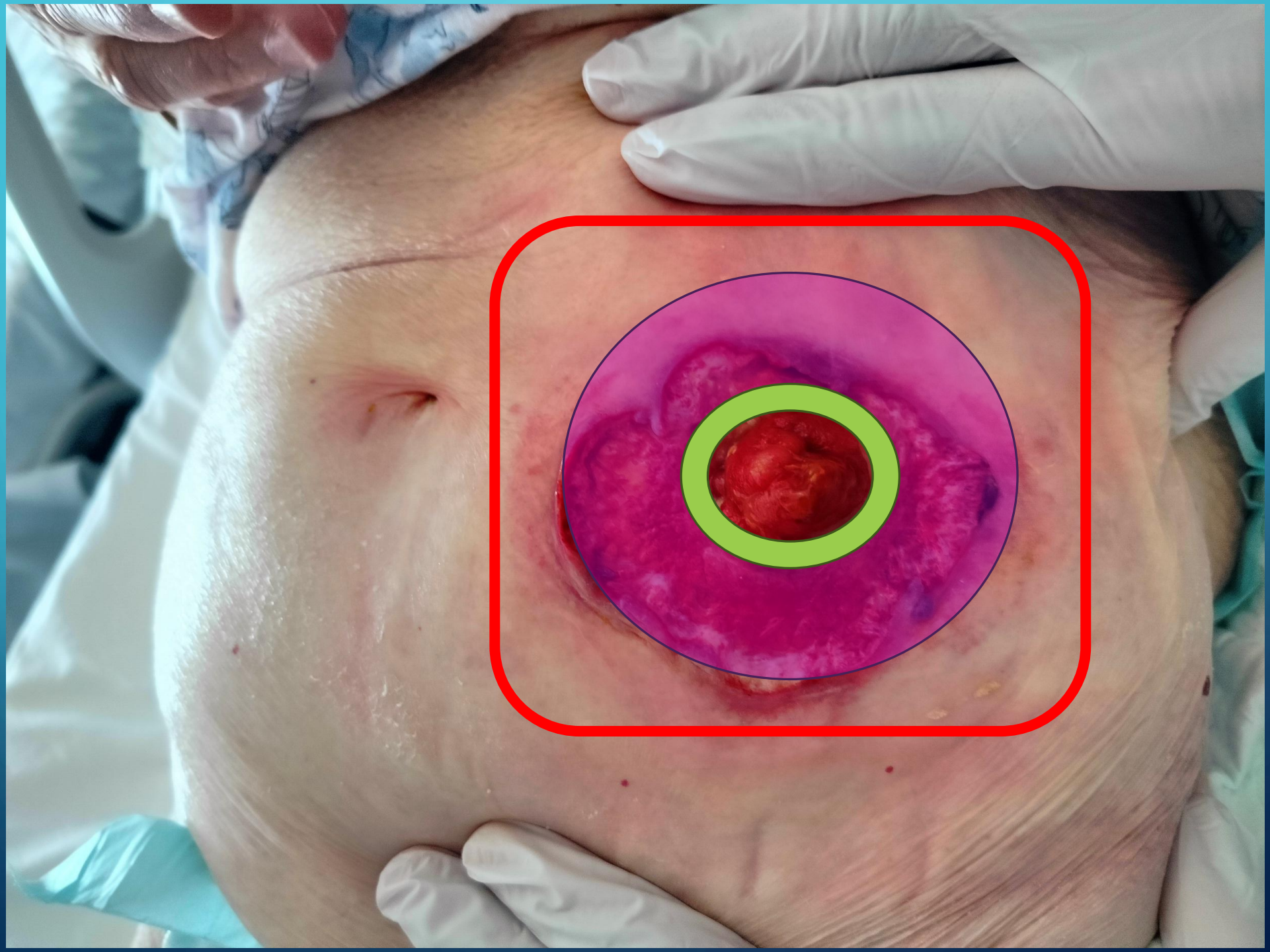
L'incidenza stimata varia tra 1 e 3,3 ogni 330.000 soggetti

0,5-1,5%

2-30% tra coloro che hanno IBD



8/settembre/2023

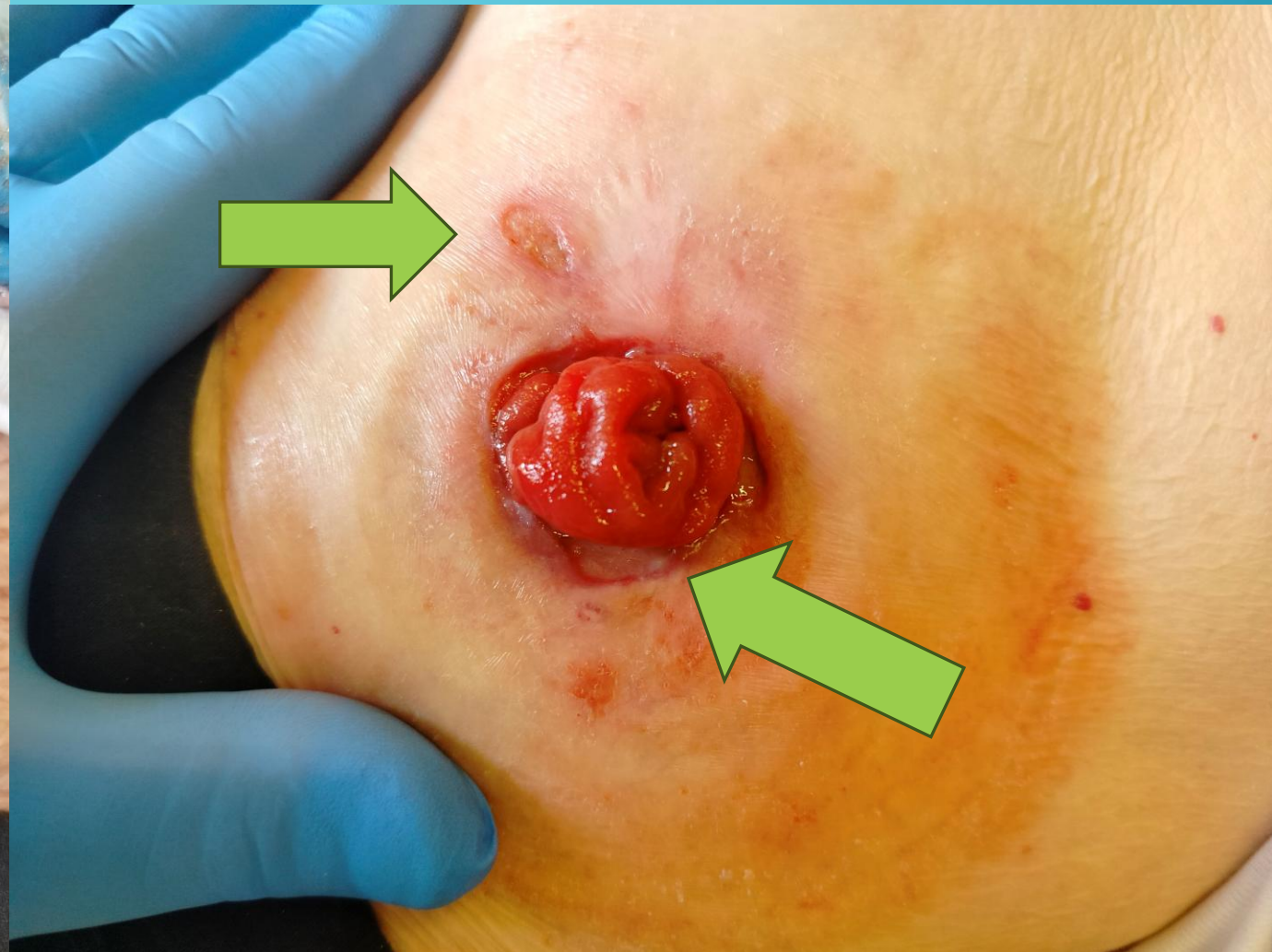




27 / settembre / 2023



5/febbraio/2024



3/settembre/2024

ALCUNI DEFICIT – CONSIGLI PRATICI

- ❑ Mancanza di un arto – considerare monopezzo
- ❑ Mancanza di sensibilità – sistema adesivo / monopezzo / placca pretagliata o modellabile
- ❑ Deficit visivo – supporto care giver / 2 pezzi pretagliato
- ❑ Deficit uditivo – sviluppare maggiormente dimostrazione visiva – addestramento manuale

