



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

TESI DI LAUREA

GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE STOMIZZATO TRA REPARTO DI
DEGENZA E CENTRO STOMIE:
CREAZIONE E SPERIMENTAZIONE DI UNO STRUMENTO INFERMIERISTICO
PER IL MONITORAGGIO DELLE COMPLICANZE PERISTOMALI

INTEGRATED MANAGEMENT OF THE PATIENT WITH A STOMA BETWEEN
WARD AND OSTOMY CENTER: CREATION AND TESTING OF A NURSING
INSTRUMENT FOR THE MONITORING OF PEROSTOMAL COMPLICATIONS

RELATORE
VALENTINA DURIZZOTTO

CANDIDATO
CHIARA CALOSSO

ANNO ACCADEMICO 2009-2010

Giunta alla fine di questo percorso, penso sia giusto e doveroso aver riconoscimenti verso coloro che mi hanno sempre aiutato e sostenuto in questo cammino di studi.

In primo luogo desidero ringraziare la mia relatrice, la professoressa Valentina Durizzotto per i consigli, la pazienza e la disponibilità mostrata nei miei confronti, senza di lei il mio lavoro sarebbe stato poco realizzabile.

Vorrei ringraziare le stomaterapiste del Cardinal Massaia, Cristina, Olga, Marina, Nadia e Valentina e, tutto il personale della Chirurgia Generale, in particolare Manuela Menegaldo per la collaborazione e il sostegno che mi hanno dato durante il percorso della mia tesi.

Ringrazio i miei compagni di corso che ci hanno creduto con me fino in fondo.

Un fortissimo ringraziamento per la costante fiducia e il grande affetto va ai miei genitori, senza i quali non sarei mai potuta arrivare fino a qui.

Ringrazio vivamente mia sorella per avermi trasmesso l'amore per la professione infermieristica e per avermi sostenuto durante il percorso di studi.

ABSTRACT

Introduzione e obiettivi: La scelta del lavoro ha come obiettivo quello di valorizzare il ruolo degli infermieri di reparto e degli infermieri stomaterapisti individuando la prevenzione e/o la cura delle complicanze peristomali. La revisione bibliografica svolta ha evidenziato che, le complicanze peristomali sono molto frequenti e da qui sorge una prospettiva di miglioramento per rendere più completa e integrata l'assistenza infermieristica.

Materiali e Metodi: La tesi è composta di una prima parte descrittiva, in cui vengono trattate le tipologie di stomie, le indicazioni al confezionamento. Nella seconda parte ho eseguito uno studio osservazionale condotto per cinque mesi consecutivi. In questo periodo è stata compilata "la scheda d'integrazione" che tratta l'osservazione delle complicanze peristomali. Lo studio osservazionale è stato fatto in Chirurgia generale. Questo studio ha l'obiettivo di sperimentare uno strumento che favorisca la continuità assistenziale al paziente stomizzato.

Risultati: Attraverso l'analisi dei dati e le elaborazioni con Microsoft Office Excel 2003[®], è emersa la necessità di misurare in modo oggettivo la complessità del fenomeno sia in fase di rilevazione del problema sia in quella di gestione della complicanza. Il vantaggio che se ne trae è immediato: si può valutare il significato che viene attribuito dagli infermieri al problema e l'interesse ad acquisire nuove informazioni per migliorarsi sempre sia da parte degli infermieri di reparto che specialisti del centro stomie. Al fine di uniformare gli interventi assistenziali per potenziare il risultato ottenibile.

Discussione: Prendersi cura del paziente stomizzato vuol dire comprovare l'efficacia di una metodologia di presa in carico fondata sulla continuità assistenziale. La realizzazione di questo strumento permette di monitorare le complicanze che possono insorgere, e di gestire la persona assistita nelle varie fasi del percorso diagnostico-terapeutico.

Parole chiave: complicanze peristomali, gestione delle complicanze, continuità assistenziale, infermiere stomaterapista, infermiere.

ABSTRACT

Introduction and aims: The aim of this work is to increase the value of district nurses and stomal therapy nurses, while individualizing prevention and/or curing peristomal complications. The developed bibliographic revision underlines that peristomal complications are very frequent and, therefore, a perspective of improvement is necessary in order to complete and integrate nursing care.

Materials and Methods: this dissertation is made up of: a descriptive part, in which neostomy and packing indications are dealt; and a second part in which a five months observational study is developed. In this period, an integration card was edited with the observation of peristomal complications. This study was made in general surgery and it aimed at experimentation with an instrument useful for nursing continuity to patient.

Results: Through analysis and data processing on Microsoft Excel 2003®, the necessity of objective measurement of this phenomenon emerged, both in surveying and in complication management. Vantages are immediate: nurses give importance to the problem while both district nurses and specialists are more interested in improvement, so that better results are possible.

Discussion: looking after these patients leads to prove a methodology founded on an ongoing nursing. Realization of this instrument enables the monitoring of possible complications and allows the management of patients through the whole therapy and diagnosis.

Key words: peristomal complications, complication management, nursing continuity, stomal therapy nurses, nurse.

PREMESSA

Nell'elaborato ho scelto di approfondire l'argomento delle complicanze peristomali.

Durante l'esperienza di tirocinio in Chirurgia generale dell'Ospedale di Asti e dopo aver assistito i pazienti portatori di stomia ho potuto constatare che, alcuni pazienti stomizzati avevano una degenza ulteriormente prolungata rispetto ad altri a causa di complicanze peristomali. Ho deciso così di creare e sperimentare una scheda infermieristica specifica relativa alle complicanze peristomali che ne consentisse la gestione integrata da parte degli infermieri del reparto di degenza e degli stomaterapisti del centro stomie. La revisione bibliografica mi ha permesso di valutare la diffusione di questo problema anche in altre realtà, così ho potuto conoscere gli strumenti di valutazione e gestione delle complicanze. Durante gli Audit clinici, ho notato che la gestione del colloquio è sovente a carico dell'infermiere che collabora con lo stomaterapista ed il chirurgo. Lo strumento ha come obiettivo quello di garantire una migliore continuità assistenziale del paziente stomizzato ed una collaborazione tra gli infermieri stomaterapisti e gli infermieri di reparto.

Studiare la preparazione di questo elaborato mi ha permesso di capire meglio il problema, e di realizzare uno strumento valido per la gestione e cura delle complicanze peristomali in prospettiva di una corretta continuità assistenziale.

INDICE

| | |
|---|-----|
| ABSTRACT | I |
| PREMESSA | III |
| INDICE | IV |
| PARTE I | 8 |
| 1. DESCRIZIONE DEL CONTESTO E DEL FENOMENO | 8 |
| 1.1. STOMIE, DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE..... | 8 |
| 1.2. COMPLICANZE PERISTOMALI..... | 13 |
| 1.3. Infermiere e paziente stomizzato | 20 |
| 1.3.1. Continuità assistenziale..... | 20 |
| 1.3.2. Diagnosi infermieristiche prioritarie | 24 |
| 1.3.3. Disegno pre-operatorio..... | 28 |
| 1.3.4. Gestione della stomia e stomacare | 29 |
| 1.3.5. Gestione delle complicanze..... | 34 |
| 1.3.6. Educazione sanitaria | 38 |
| PARTE II | 43 |
| 2. MATERIALI e METODI | 43 |
| 2.1. Disegno di ricerca..... | 43 |
| 2.2. Descrizione della realtà inclusa nello studio e scelta del campione... | 44 |
| 2.3. Durata dello studio..... | 45 |
| 2.4. Strumento: scheda di integrazione del paziente stomizzato (integrazione specifica riguardante le complicanze stomali). | 45 |

| | | |
|--------------|--|----|
| 2.5. | Elaborazione dei dati..... | 46 |
| 2.6. | Audit clinico | 47 |
| 3. | RISULTATI | 48 |
| 3.1. | Dati relativi a: “Scheda persona portatrice di stomia” | 48 |
| 3.1.1. | Dati anagrafico patologici..... | 48 |
| 3.1.2. | Disegno pre-operatorio | 50 |
| 3.1.3. | Interventi infermieristici..... | 53 |
| 3.1.4. | Condizione stoma giunzionale..... | 54 |
| 3.1.5. | Condizione cute peristomale..... | 54 |
| 3.1.6. | Canalizzazione e caratteristiche effluenti | 55 |
| 3.1.7. | Interventi educativi | 56 |
| 3.2. | Dati relativi a: “Scheda di integrazione” | 57 |
| 3.3. | Riflessioni emerse dall’audit clinico | 61 |
| PARTE III | | 62 |
| 4. | CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI FINALI | 62 |
| 4.1. | Conclusioni e considerazioni finali..... | 62 |
| 4.2. | Confronto con la letteratura..... | 63 |
| 4.3. | Scheda persona portatrice di stomia (versione definitiva). | 65 |
| 4.4. | Criticità dello studio e spunti per applicazioni alla realtà | 66 |
| BIBLIOGRAFIA | | 67 |

INTRODUZIONE

L'assistenza al paziente con stomia coinvolge tutti gli aspetti concernenti, l'assistenza infermieristica. Sono fondamentali le azioni informative sulla prevenzione, educazione e riabilitazione, ma per permettere l'adattamento ad una nuova vita, il supporto da parte dell'infermiere deve essere totale. L'assistenza a queste persone che vedono modificata la loro immagine corporea, deve comprendere una valutazione multidisciplinare ed avere come obiettivo primario ed essenziale quello di salvaguardare la qualità della vita del paziente.

Nel Codice Deontologico dell'infermiere del 2009¹, nell'articolo 3 si afferma che *“La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”*.

Quindi l'infermiere si impegna a contribuire al mantenimento ed alla qualità della vita, di fronte ad eventi che la minacciano.

Nel D.M. 739/94, Profilo Professionale dell'Infermiere² nell'articolo 1.2. si afferma che *“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”*.

L'infermiere e l'équipe devono saper ascoltare, saper offrire sostegno, esprimere disponibilità con uniformità di linguaggio; è di fondamentale importanza che, tutti gli operatori preposti all'erogazione dell'assistenza, cooperino in una valutazione multidisciplinare con l'obiettivo primario ed essenziale di salvaguardare la qualità della vita del paziente.

Il paziente stomizzato si trova senza un'importantissima funzione fisiologica sul controllo della quale si basa buona parte dello sviluppo psicofisiologico. La

persona si trova ad imparare a controllare le proprie funzioni fisiologiche con modalità totalmente diverse e con l'ausilio di protesi esterne. Le feci e le urine confluiscono in un'apposita protesi di raccolta posizionata sull'addome, che in alcuni casi può staccarsi, può rompersi, può non essere collocata bene e creare dolore o fastidio, può fare rumore, emanare odore, ma soprattutto può "spaventare" la complicità che potrebbe insorgere se la cute peristomale non è trattata adeguatamente. Nel primo periodo post-operatorio la persona assistita che ha subito quest'intervento deve adattarsi alla nuova situazione che si è creata e alla modificazione dell'immagine corporea.

Con il termine complicità stomale si intende l'insieme delle affezioni dello stoma, precoci e tardive, precostituite, spontanee, secondarie³.

L'obiettivo del lavoro è creare e sperimentare uno strumento di monitoraggio e gestione delle complicità peristomali al fine di rilevare il tasso d'incidenza, monitorare l'insorgenza delle stesse nella realtà di Chirurgia generale e Urologia dell'ospedale di Asti e permetterne una gestione integrata ottimale. L'obiettivo conseguente è stato quello di sperimentare la "scheda d'integrazione" che deve diventare uno strumento di continuità assistenziale per la gestione delle complicità peristomali.

1. DESCRIZIONE DEL CONTESTO E DEL FENOMENO

1.1. STOMIE, DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE

Il termine “stomia” indica l’aboccamento chirurgico di un tratto dell’intestino o delle vie urinarie alla cute, consentendo la fuoriuscita all’esterno di materiale organico come feci ed urine (Burch, 2005); il termine deriva dal greco ed indica “apertura” o “bocca” (Williams & Ebanks, 2003). La stomia va considerata come un “nuovo organo” ovvero una parte anatomico funzionale del nostro corpo che, come tale, dev’essere gestita e curata.⁴

La stomia è priva dello sfintere, ossia del muscolo che ne permette la chiusura, quindi, le feci e le urine, fuoriescono all’esterno attraverso lo stoma, senza il controllo volontario della persona.

Le stomie si differenziano a seconda del tratto anatomico, intestinale o urinario che viene interrotto ed aboccato alla cute. Si avranno così:

- ✓ **Ileostomia:** quando il tratto di intestino coinvolto è l’ileo che viene fissato alla parete addominale nella regione inferiore destra.
- ✓ **Colostomia:** quando la stomia viene confezionata a livello del colon e a differenza della parte dell’intestino aboccato alla cute si avrà:
 - colostomia ascendente in regione addominale destra
 - colostomia traversa dx o sx
 - colostomia sigmoidea in regione addominale sinistra
 - trasversostomia
 - ciecostomia: la stomia viene confezionata a livello dell’intestino cieco, sulla parte destra dell’addome
- ✓ **Urostomia:** quando un tratto dell’apparato urinario viene derivato sulla parete dell’addome.⁵

ILEOSTOMIE

Sono l'apertura o la fissazione temporanea o definitiva di un'ansa ileale alla parete addominale per deviare all'esterno il contenuto intestinale.

Sono suddivise in:

- Permanenti a loro volta suddivise in continenti o incontinenti. Per stomia continente s'intende quando il materiale enterico non fuoriesce continuamente dalla stomia mediante il confezionamento "pouch". Per stomia incontinente s'intende la continua fuoriuscita del materiale intestinale dallo stoma.
- Temporanee che si suddividono in laterali e terminali. Nella stomia laterale o a canna di fucile il tratto intestinale viene esteriorizzato ed aperto lateralmente, per evitare che l'intestino si ritragga nella cavità addominale, viene inserita una bacchetta, la stomia viene divisa in due: un'ansa afferente per lo scarico ed una efferente defunzionizzata. Nella stomia terminale la parte terminale di un'ansa viene abboccata direttamente all'esterno interrompendo qualsiasi continuità con la porzione del viscere a valle.

Le principali indicazioni al confezionamento di un'ileostomia sono la protezione di un'anastomosi ileale, la colite ulcerosa, il morbo di Crohn, la poliposi familiare, le neoplasie multiple, i traumatismi addominali, le perforazioni intestinali, il megacolon tossico.

Le principali tecniche chirurgiche:

- ✓ **Intervento di Brooke** che consiste nell'eversione del viscere esteriorizzato e successiva fissazione alla cute della stomia terminale.
- ✓ **Intervento laterale o a canna di fucile** Il confezionamento chirurgico di ileostomia temporanea prevede l'esteriorizzazione di un tratto dell'ileo attraverso un'apertura praticata nella parete addominale (stoma). Per

impedire che l'ileo si ritragga nella cavità addominale, si posiziona una baguette al di sotto dell'ansa estrinsecata che, viene rimossa dopo circa una settimana dall'intervento chirurgico. L'ansa stomale, dopo l'esteriorizzazione, viene incisa trasversalmente creando due fori. Da uno vengono evacuate le feci (ansa afferente), l'altro fa parte del tratto intestinale escluso (ansa efferente), di cui si sono sospese le funzioni; in questa parte dell'intestino continua ad essere secreto muco. Quando il processo di guarigione del tratto intestinale escluso è concluso, il chirurgo richiude le due aperture dell'intestino tenue⁶.

- ✓ **Intervento di Kock** che consiste nella creazione di una sorta di sacca con anse intestinali ravvicinate e aperte una nell'altra, una di queste ricostruita a valvola. Lo svuotamento della sacca si ottiene infilando una sonda dallo stoma. Questo intervento ha creato molte complicazioni ed oggi si tende a non effettuarsi più⁷.

Dopo il confezionamento, l'ileostomia comincia a funzionare in seconda - terza giornata. Le evacuazioni sono continue, liquide e verdastre di 500-1500 ml al dì. In decima giornata la consistenza è poltacea e il volume si riduce a 500-600 ml al dì. Dopo la stabilizzazione la consistenza diventa semipoltacea ed il numero delle scariche è meno frequente arrivando anche a tre/quattro volte al dì.

COLOSTOMIE

La colostomia è l'apertura e la fissazione temporanea o definitiva del colon alla parete addominale per deviare all'esterno il contenuto intestinale⁸.

Sono suddivise in:

- ✓ Permanenti che vengono confezionate in caso di tumori del colon e del retto, del morbo di Crohn ano-rettale, carcinoma della pelvi e stenosi non resecabili.

- ✓ Temporanee vengono confezionate per la protezione intestinale in caso di interventi colo-rettali, per trattare occlusioni e sub-occlusioni di cause diverse, malattia diverticolare, rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn e traumi del colon-retto.

La **CIECOSTOMIA** è un intervento semplice di breve durata che permette una derivazione delle feci all'esterno. La valvola ileo-ciecale integra preserva in parte l'emissione continua delle feci. Solitamente è un intervento temporaneo, appunto per questo non ci sono alterazioni metaboliche⁹.

La **TRASVERSOSTOMIA** viene generalmente confezionata a canna di fucile, le feci sono semiliquide se la stomia è prossimale e, di consistenza quasi normale se è più distale, in ogni caso diventano più compatte nel tempo¹⁰.

La **SIGMOIDOSTOMIA** viene confezionata come la trasversostomia, le stomie terminali vengono eseguite con due tipi differenti d'intervento¹¹.

Intervento di Hartman che consiste nella resezione di un tratto del colon con affondamento del moncone rettale nella pelvi e successivo confezionamento della stomia.

Intervento di Miles che consiste nell'amputazione addomino-perineale del retto e del canale anale con successivo confezionamento.

Il transito del bolo alimentare varia in base al tipo di stomia: nelle colostomie destre impiega 2-6 ore, nelle trasversostomie in 8-10 ore e nelle sigmoidostomie in 12-18 ore.

Le stomie intestinali sono anche chiamate ani permanenti o ani temporanei, che consistono nell'abboccamento alla parete addominale di un segmento di colon o di ileo allo scopo di permettere la fuoriuscita del contenuto intestinale. Negli ani permanenti il tratto a valle della stomia non è più riutilizzabile. Viene confezionata per esempio in casi di processi occlusivi ad eziologia neoplastica non asportabile, oppure quando non è possibile ricostruire la continuità assistenziale mediante anastomosi. Negli ani temporanei la stomia è solo di

“protezione” ed è limitata nel tempo; lo scopo è quello di mettere a riposo una parte di intestino per un periodo transitorio (1-4 mesi), è effettuata nel caso di lesioni infiammatorie o traumatiche dell’ultimo tratto dell’intestino.

Le INDICAZIONI al possibile confezionamento possono essere in seguito ad un trattamento chirurgico d’urgenza, in caso di occlusione intestinale; oppure in caso di trattamento chirurgico elettivo, se nell’ambito di un intervento programmato.

Le indicazioni alla colostomia e all’ileo sono:

- Decompressione del colon disteso per occlusione.
- Protezione di un’anastomosi a valle della stomia.
- Deviazione temporanea all’esterno delle feci in presenza di una fistola a valle o se è previsto un intervento di resezione intestinale per lesioni infiammatorie, ostruttive, neoplastiche o secondarie a patologia traumatica.
- Deviazione definitiva all’esterno delle feci dopo asportazione dei segmenti distali del colon-retto.

Nel mio elaborato mi sono soffermata sull’analisi delle stomie intestinali e sulle complicanze delle stesse.

UROSTOMIE

L’urostomia è l’esclusione del reservoir vescicale con deviazione del flusso urinario verso la cute o il lume intestinale. Si ricorre a tale procedura quando un tumore esteso necessita l’asportazione completa della vescica¹². Si effettua questo tipo d’intervento anche in caso di neoplasie maligne pelviche, di anomalie congenite, di stenosi e traumi ureterali e uretrali, di vescica neurogena, di grave danno ureterale e renale causato da un’infezione cronica, di cistite interstiziale intrattabile, nonché ultima risorsa per il trattamento dell’incontinenza¹³. Per

scegliere la procedura chirurgica più idonea al paziente si tiene presente l'età, le condizioni fisiche della persona, le condizioni della vescica, l'eventuale obesità, il livello di dilatazione uretrale, la funzionalità renale, la capacità di adeguamento e apprendimento del paziente¹⁴.

La collocazione della stomia è in relazione al tipo di diversione chirurgica e alla struttura anatomica dell'addome del paziente, alcuni autori sostengono che la valutazione della sede in cui allestirla e la marcatura del punto di interesse dev'essere fatta prima dell'intervento al fine di assicurare un posizionamento ottimale, in quanto variabile che costituisce il fattore più importante sul piano della successiva morbilità. Quindi risulta evidente che il progetto riabilitativo inizi già nella prima fase preoperatoria e che, la valutazione del punto in cui allestire la stomia, faccia parte delle azioni strategiche per ridurre i problemi correlati al mal posizionamento. Si devono creare le condizioni ideali che consentano alla persona di occuparsi in maniera agevole ed autonoma del proprio stoma, in quanto è presupposto essenziale per un rapido reinserimento sociale e lavorativo.

1.2. COMPLICANZE PERISTOMALI

Le complicanze stomali sono l'insieme delle affezioni dello stoma, precoci e tardive, precostituite, spontanee e secondarie all'intervento chirurgico.

Le stomie sono soggette a numerose complicanze, che possono comparire anche a distanza di anni dal confezionamento, e ciò giustifica un regolare e continuo controllo (follow-up) dello stoma stesso. Purtroppo il follow-up della stomia non è in grado di prevenire tutte le complicanze, bensì ne permette l'individuazione precoce con possibilità di trattamento precoce. Il rischio aumenta col tempo così che il 50-70% dei portatori di stomia è destinato a sviluppare questo tipo di complicanze. A causa del tipo di confezionamento le stomie laterali sono più

vulnerabili delle terminali; le trasversostomie, che non hanno praticamente ancoraggio intra-addominale, sono più suscettibili delle sigmoidostomie. Le differenze funzionali tra colostomie (evacuazione periodica di feci formate) e ileostomie (evacuazione continua di feci liquide), il tipo di peristalsi e fattori generali (le colostomie sono talora confezionate su addomi prominenti mentre i soggetti con ileostomia sono generalmente giovani, magri con muscolatura tonica) sono le cause della maggior incidenza di complicanze nelle colostomie rispetto alle ileostomie. Riedler nel 1981 ha costruito un modello matematico delle forze meccaniche che agiscono sullo stoma; egli riferisce che le complicanze sono correlate alla deformazione dell'addome da un ideale cilindro ad un tronco di cono soggetto a forze che determinano un allargamento dell'orifizio parietale attraverso cui passa l'ansa intestinale. Sebbene ciò possa spiegare un aspetto del problema, intervengono sicuramente anche altri meccanismi che possono condurre a fenomeni opposti quali la stenosi. Tali complicanze sono fortunatamente suscettibili di correzione chirurgica a basso rischio e talora il miglioramento che si osserva in alcuni pazienti giustifica l'atteggiamento di attesa di alcuni chirurghi.¹⁵

La percentuale d'incidenza riportata in letteratura, varia in relazione alla tipologia di complicanza.

Robertson ha effettuato uno studio prospettico su una popolazione di 408 pazienti con colostomia o ileostomia operati in elezione e in urgenza, al fine di analizzare e comparare l'incidenza di complicanze a 10 giorni, 3 mesi, 6 mesi, 1 anno e 2 anni, dopo l'intervento chirurgico.¹⁶ I risultati di ricerca, non riportano differenze significative tra i pazienti operati in elezione e quelli sottoposti a chirurgia in urgenza, incidenza generale osservata varia dal 2% al 36%, tale divario è correlato al tipo di complicanza e al periodo intercorso dall'intervento chirurgico, che mostra una diminuzione del problema nella fase tardiva rispetto ai primi sei mesi del post operatorio.¹⁷

Santos, a seguito di una revisione tradizionale della letteratura sostiene che, nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche, delle procedure di gestione della stomia e dei dispositivi specifici, che hanno contribuito alla riduzione delle alterazioni della cute peristomale, la percentuale di insorgenza delle complicanze del distretto stomale, rimane molto elevata (fino al 70%).¹⁸ In un'altra pubblicazione Mahjoubi presenta uno studio retrospettivo su 330 pazienti con colostomia, che aveva l'obiettivo di valutare la frequenza di molteplici complicanze, fra le quali, vi erano anche quelle del complesso stomale¹⁹. I risultati dell'indagine hanno messo in evidenza che i pazienti hanno presentato precocemente (entro un mese dall'intervento) nel 28% dei casi alterazioni della cute peristomale, nel 2,4 un prolasso della stomia e nel 2,4 necrosi della stomia. A distanza di un anno l'incidenza generale delle complicanze riscontrate è stata del 28,1%.²⁰

Da questi dati si può intuire che mediamente uno stomizzato su tre, sviluppa nel corso della vita, una patologia a carico del complesso stomale che, oltre ad influire negativamente sulla qualità di vita e sull'autonomia dell'assistito, produce un aumento dei costi sanitari e di gestione dell'assistito.²¹

E' fondamentale, prima dell'intervento chirurgico, individuare il punto di abboccamento della stomia, che dovrebbe essere posto lontano dai rilievi ossei, dall'inguine e dalle pliche cutanee e da eventuali ferite laparotomiche; per prevenire le infezioni e le complicanze da mal posizionamento e per favorire l'applicazione del sacchetto peristomale.

Le principali complicanze peristomali sono:

Ischemia e necrosi: è dovuta ad un'eccessiva o comunque incongrua devascularizzazione. La sofferenza può essere parziale e transitoria e allora si traduce in cianosi stomale con edema, ma può anche risultare completa ed in questo caso ha luogo la necrosi intestinale con distacco dell'ansa e conseguente peritonite. La congestione venosa determina spesso un colorito rosso scuro della

stomia nell'immediato postoperatorio, opportuno è una corretta valutazione della stomia nel primo periodo postoperatorio, ed è necessario che l'apparecchiatura della stessa sia trasparente, per poter valutare lo stoma. In caso di necrosi conclamata, si deve riconfezionare la stomia.²²

Retrazione: si presenta clinicamente con tutta o con una parte della mucosa stomale al di sotto del livello cutaneo dell'addome, oppure con la cute circostante allo stoma in tensione a causa della retrazione del viscere. È più frequente nelle colostomie sul trasverso e nelle sigmoidostomie terminali. Così come il prolasso, la retrazione si verifica per un'alterazione dei sistemi di fissazione della stomia alla parete²³. Non semplice risulta l'apparecchiatura della stomia retratta, in questi casi la placca del dispositivo di raccolta non aderisce correttamente alla cute e quindi si verificano infiltrazioni al di sotto della placca adesiva e si possono verificare reazioni cutanee fino a gravi dermatiti necrotizzanti. Anche nel caso della retrazione il reintervento è d'obbligo e consiste in un'ampia mobilizzazione del grosso intestino che viene estrinsecato nella vecchia sede, senza trazione e con sufficiente vascolarizzazione.²⁴

Distacco della giunzione muco-cutanea: consiste nella rottura della linea di sutura praticata in corrispondenza della giunzione muco cutaneo. La separazione dello stoma dalla cute crea una cavità di dimensioni e profondità variabili che può interessare l'intera linea di sutura dello stoma o parte di essa. La lesione può essere conseguente ad infezione, necrosi o eccessiva tensione sulla linea di sutura e può portare a retrazione o stenosi dello stoma.²⁵

Prolasso: consiste in un'eccessiva protrusione dell'ansa stomale dal piano cutaneo della parete addominale. Il prolasso può essere totale o riguardare solo la mucosa²⁶. Tra i fattori favorevoli il prolasso bisogna ricordare l'età (molto più frequente nei bambini) e il tipo di stomia (soprattutto ad orifizio unico). Solitamente il prolasso totale è secondario ad un'inadeguata fissazione del viscere alla parete addominale. Clinicamente il prolasso determina problemi

riguardanti l'igiene dello stoma e la contenzione delle feci. Inoltre l'ansa prolapsata va facilmente incontro a piccoli traumi responsabili di erosioni e sanguinamento anche considerevole. Se il prolasso è di modesta entità si può insegnare al paziente a ridurlo; negli altri casi si rende necessario un re-intervento chirurgico che, generalmente ha lo scopo di fissare l'ansa alla parete addominale.²⁷

Ernia stomale: consiste in un cedimento della parete addominale per distacco completo o parziale della fascia aponeurotica da conformazione di un'ansa stomale, breccia attraverso la quale si fa strada il contenuto dell'ernia, di solito costituito da anse del tenue o dell'omento. Questa complicanza è generalmente dovuta ad un'eccessiva incisione della fascia. Qualora l'ernia peristomale crei disturbi, è indicata la correzione chirurgica con ri-confezionamento della stomia.²⁸

Stenosi: restringimento del lume stomale, che risulta inadeguato per consentire la normale funzione di defecazione. La riduzione delle dimensioni dello stoma può avvenire a livello fasciale o cutaneo. La stenosi è sovente secondaria all'esito di altre complicanze del complesso stomale (ascessi e suppurazioni, ischemia e necrosi, fistole, distacco della giunzione muco cutanea), che con il processo di guarigione causano la formazione di tessuto cicatriziale, non elastico, attorno alla stomia. Questa complicanza può essere talvolta risolta con dilatazioni digitali o strumentali, altrimenti si rende indispensabile la correzione chirurgica.²⁹

Fistola: la fistola stomale è costituita da un tramite che mette in comunicazione il lume del viscere con la cute o con la cavità addominale. Può essere secondaria a processi infiammatori che coinvolgono l'ansa stomizzata (es. morbo di Crohn) oppure di natura traumatica, in genere secondaria all'azione lesiva dei supporti rigidi dei sistemi di contenzione³⁰. La perforazione dell'ansa stomale è di solito iatrogena, determinata dalla sonda per l'irrigazione. In genere le fistole trans-stomali e quelle viscerocutanee richiedono un intervento chirurgico totale che

consiste nella riconfezione dello stoma. La perforazione dell'ansa stomale necessita di un intervento chirurgico d'urgenza.³¹

Infezione peristomale: si presenta con ascessi peristomali profondi che possono comparire anche a distanza di anni dal confezionamento della stomia. Le cause maggiori sono ritenzione di materiale di sutura, perforazione di un diverticolo, corpi estranei, sovente queste cause non sono evidenziabili³². Tuttavia il maggior numero di tali ascessi è stato riscontrato nel morbo di Crohn anche se, la mucosa della stomia non presenta le lesioni tipiche della malattia. I segni della presenza di ascesso sono l'arrossamento peristomale e la tumefazione fluttuante.³³

Follicolite: causata dall'infiammazione dei follicoli piliferi che origina da un'infezione da stafilococco, dovuta alla rimozione traumatica dei peli sulla cute peristomale. La manifestazione è arrossamento, pustole o zone infettate alla base dei follicoli piliferi.³⁴

Granuloma: rilievo mucoso di forma irregolare che sporge dalla mucosa stomale soprattutto dove questa è prominente e vi si appoggia la superficie della sacca. A volte tutto lo stoma è disseminato da questi granulomi ed essi possono provocare il sanguinamento. Si rimuovono con l'elettrocoagulazione, ma si possono riformare facilmente.³⁵

Emorragia: perdita di sangue di varia entità proveniente dalla zona peristomale o dal viscere stesso.³⁶

Dermatite peristomale: Può essere determinata dal contatto fecale e da intolleranza al materiale adesivo degli ausili di raccolta.

La dermatite fecale è più rara di un tempo grazie all'utilizzo dei dispositivi di raccolta con placca adesiva che impediscono il contatto delle feci con la cute; attualmente l'incidenza è ulteriormente ridotta poiché tali dispositivi sono utilizzati già nell'immediato postoperatorio. Tuttavia la dermatite fecale può insorgere quando un mal posizione della stomia non ne permette un'apparecchiatura corretta con frequente distacco della placca adesiva. Le

manifestazioni variano dal rossore cutaneo, attraverso papule e vescicole, fino alle erosioni ed ulcerazioni; s'irradiano verso la periferia, dove diminuiscono di intensità, terminando "a scalino" sulla cute sana. Prurito, bruciore e dolore sono i sintomi più frequenti e se a questi si aggiunge l'impossibilità di una corretta apparecchiatura, la condizione del paziente diviene intollerante; talora la sintomatologia può regredire ma si instaura un eczema cronico resistente alla terapia. Su un quadro di dermatite si possono instaurare ulteriori complicanze quali sovra infezione micotica e lesioni da grattamento che possono condurre a stenosi della stomia. Un quadro simile di dermatite fecale può instaurarsi anche quando il dispositivo di raccolta presenta un foro troppo ampio permettendo alle feci di venire a contatto con un anello di cute peristomale.³⁷

Per quanto riguarda le urostomie, si possono verificare quadri clinici sovrapponibili per il contatto tra urine e cute. In alcuni casi la precipitazione sull'epidermide di cristalli di urati determina l'insorgenza di ulcere, granulazioni e cicatrici detraenti che esitano in una stenosi della stomia.

La dermatite reattiva è dovuta ad un'ipersensibilità all'adesivo dei dispositivi di raccolta; la lesione consiste in un'area eritematosa con eruzioni papulari che "ridisegna" la forma della placca adesiva. Talora il semplice arrossamento può derivare da un'eccessiva adesione della placca oppure da una troppo elevata frequenza nel cambio del dispositivo stesso; lesioni simili possono, però, derivare anche dalla presenza di una follicolite o di un'idrosadenite, specialmente nei casi di irsutismo (eccessiva presenza di peli sulla cute peristomale). Una vera e propria intolleranza alla placca adesiva è evento raro e si manifesta con un'area di iperpigmentazione intensamente pruriginosa sulla quale possono facilmente instaurarsi fenomeni di flogosi degli annessi cutanei (idrosadenite e follicolite). Ad un esame superficiale questa condizione può facilmente essere scambiata per un fenomeno allergico che consiste in una diffusione di papule limitata all'area di contatto della placca. In questi casi di ipersensibilità cutanea alla placca adesiva il

trattamento è relativamente semplice; oltre ad un'adeguata igiene della cute ed all'uso di astringenti (lozioni cutanee), la ricerca del materiale più adatto, tra le varietà in produzione, è sufficiente a risolvere il problema. Lo sviluppo di adesivi semipermeabili che permettono la perspirazione cutanea ha considerevolmente ridotto tali complicanze³⁸.

1.3. INFERMIERE E PAZIENTE STOMIZZATO

1.3.1. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La necessità di adattamento fisico, psicologico e sociale delle persone che entrano in ospedale per un intervento chirurgico che porta al confezionamento di una stomia rende fondamentale la scelta di un piano di assistenza individuale che tenga conto di alcuni criteri assistenziali essenziali³⁹.

Il ruolo dell'infermiere e/o stomaterapista è quello di fornire un'assistenza olistica e personalizzata, pianificare l'assistenza focalizzandola al raggiungimento dell'autocura, fornire informazioni ed insegnare nuove abilità, promuovere la conoscenza approfondita degli aspetti fisici, psicologici ed emotivi dell'aver una stomia, coordinare l'assistenza fornita nell'ambito del team multidisciplinare, assicurare la continuità di cura dopo la dimissione⁴⁰.

Assistenza PREOPERATORIA

E' importante che vengano identificati gli infermieri di riferimento per il paziente, che si occuperanno del:

- Counselling preparatorio all'intervento e agli aspetti immediatamente successivi, con l'obiettivo di instaurare il rapporto di fiducia necessario ad una relazione efficace con il paziente, soddisfare il bisogno di sicurezza e conoscenza e ridurre l'ansia;
- Disegno preoperatorio con l'obiettivo di prevenire le complicanze e facilitare lo stomacare;

- Piano di assistenza tramite la scheda persona portatrice di stomia con la relativa scheda d'integrazione con l'obiettivo di esplicitare il progetto assistenziale e garantire la continuità di cura all'interno del team professionale.

Assistenza POSTOPERATORIA

Dopo avere monitorato i parametri vitali si controlla la ferita chirurgica e lo stoma. Questa valutazione dev'essere effettuata almeno 3-4 volte al giorno nella prima giornata post-operatoria, qualora ci fossero dei parametri alterati la valutazione dev'essere più frequente.

Nel paziente portatore di stomia è importante monitorare lo stoma, in quanto nel periodo post-operatorio più immediato c'è un maggior rischio di necrosi, quindi va osservato lo stato della mucosa e della cute circostante. Si controllerà il colore, l'edema, la ripresa della canalizzazione e la presenza di perdite ematiche⁴¹.

Il dispositivo di cui necessita il paziente nel primo periodo post-operatorio è una sacca a fondo aperto, senza filtro e trasparente: in questo modo si può controllare la canalizzazione ai gas e l'aspetto dello stoma senza traumatizzarlo.

Durante il periodo post-operatorio la stomia va incontro a un "processo di maturazione" che la porta a diminuire di volume; sarà necessario modificare la misura del sacchetto in modo che si adatti correttamente allo stoma, il diametro del dispositivo dev'essere della stessa grandezza dello stoma. Si deve tener presente che, mentre la stomia è insensibile al dolore sia per la mancanza di terminazioni nervose sia per la produzione di siero che la proteggono dall'azione irritante del contenuto intestinale, la cute invece è più delicata. Il contatto con le feci/urine può determinare arrossamenti che causano dolori e ulcerazioni, quindi la cute intorno alla stomia deve sempre essere mantenuta pulita e protetta⁴².

Il paziente va aiutato psicologicamente a prendere coscienza della sua nuova immagine ed a reinserirsi nell'ambiente sociale.

Nella fase post-operatoria tardiva è molto importante la partecipazione dei familiari/caregiver. L'infermiere deve aiutare il paziente a diventare autonomo fin dall'inizio, insegnandogli l'igiene e la cura della stomia, deve essere seguito da centri appositi per stomizzati così da poter avere a propria disposizione un luogo dove porre domande per cercare di risolvere eventuali incertezze.

L'assunzione del cibo per via orale inizia a canalizzazione avvenuta, quando è già stato rimosso il sondino naso-gastrico ed eventuale drenaggio addominale. Il paziente inizierà con una dieta semiliquida per giungere progressivamente a una dieta libera, che però in questo tipo di paziente deve sempre seguire delle regole ben precise per evitare di andare incontro a disturbi intestinali (es. diarree o stipsi, squilibri idroelettrolitici). La scelta del tipo di alimentazione può essere integrata con il supporto della dietologa⁴³.

E' bene iniziare la deambulazione al più presto fin dal primo periodo post-operatorio, in modo da evitare complicanze polmonari, trombo embolie e danni all'apparato muscolo-scheletrico. I drenaggi, cateteri, non devono assolutamente essere controindicazioni alla mobilizzazione.

Il medico di base dovrebbe sempre essere contattato/informato al momento della dimissione di ogni soggetto stomizzato.

Assistenza alla DIMISSIONE

Il momento della dimissione è il primo momento di verifica dell'autonomia nella gestione della nuova condizione da parte del soggetto, che deve aver avuto le informazioni ed i consigli adeguati sulla gestione della stomia, sugli aspetti principali dell'igiene, abbigliamento, ritorno all'attività lavorativa, sessuale, sociale, che dovranno continuare e/o essere rinforzati anche nelle attività di follow up e riabilitazione⁴⁴.

Al soggetto dovrebbero essere forniti degli strumenti di supporto scritti per facilitare l'apprendimento che non devono comunque essere un'alternativa all'effettiva attività educativa, che gli deve essere garantita; parallelamente

dovrebbero essergli forniti i riferimenti del tutor/ambulatorio per le eventuali consulenze che si rendessero necessarie⁴⁵.

FOLLOW UP

E 'un'attività imprescindibile che dovrebbe avere come figure di riferimento le medesime di tutto il percorso di cura ed assistenza.

Per gestire al meglio il processo assistenziale e garantire la continuità di cura necessaria, è opportuno che il paziente stomizzato sia a conoscenza di un ambulatorio dedicato alle esigenze e problematiche delle persone portatrici di urostomia ed enterostomia. Questo ambulatorio è gestito da personale infermieristico specializzato dedicato che può diventare tutor del processo di assistenza e cura di questi pazienti.

Le funzioni principali per l'infermiere sono identificabili nel:

- Monitoraggio e prosecuzione del percorso riabilitativo
- Gestione delle eventuali complicanze stomali
- Verifica dell'idoneità e tollerabilità dei presidi scelti e promozione dell'uso oculato e corretto degli stessi
- Counselling per i bisogni/problemi che si possono presentare in un secondo tempo, quando la persona riprende le proprie attività quotidiane (dimensione della socialità, della sessualità, dell'adattamento fisico e psicologico), per cui può essere necessario orientare e/o creare un ponte con le figure professionali di competenza.⁴⁶

Il benessere dei pazienti, obiettivo primario dell'attività assistenziale, è la ragione principale che sostiene l'interdipendenza dei professionisti sanitari.

Nella pratica di tutti i giorni succede invece che, sovente essi si trovino ad affrontare problemi urgenti e complessi, quindi non possano collaborare in maniera efficace. Inoltre l'ambiente di lavoro dovrebbe fornire l'opportunità per i vari professionisti, che hanno capacità diverse, ma sinergiche, di lavorare insieme per risolvere problemi clinici complessi.

Nessun operatore sanitario è l'unico responsabile dei risultati nell'assistenza al paziente, ma tutti ne fanno parte. Per dare un'assistenza olistica occorre una pratica collaborativa che rimuove l'operatore sanitario dal suo isolamento fornendogli una visione d'insieme più chiara. L'ideale sarebbe aggregare le diverse capacità e competenze degli operatori sanitari in gruppi di lavoro multi-interdisciplinari, in cui ogni membro contribuisce con la propria specifica competenza e attività in maniera coordinata per raggiungere obiettivi comuni che vanno al di là delle abilità professionali dei singoli.⁴⁷

L'infermiere nel pre-operatorio si può occupare di tutto ciò che interessa l'assistenza infermieristica al paziente stomizzato, tranne l'esecuzione del disegno pre-operatorio; nel post-operatorio si occupa della cura della stomia, a meno che non subentrino complicanze. La gestione della fase di posizionamento della stomia, dell'educazione terapeutica nel postoperatorio e delle complicanze è solitamente demandata all'infermiere specializzato in stomaterapia che però deve poter intervenire in modo coordinato all'infermiere di reparto che ha in carico il paziente⁴⁸.

1.3.2. DIAGNOSI INFERMIERISTICHE PRIORITARIE

Nel 1973 è stata tenuta la prima conferenza sulla diagnosi infermieristica per valutare le conoscenze in merito e definire un sistema di classificazione adatto all'elaborazione a computer. Da tale conferenza ha preso origine uno specifico gruppo per la classificazione delle diagnosi infermieristiche (National Group for Classification of Nursing Diagnosis), costituito da infermieri provenienti da diverse regioni degli Stati Uniti e del Canada, rappresentanti tutte le componenti della professione: pratica clinica, formazione e ricerca.⁴⁹

Nel 1987 l'ANA ha riconosciuto ufficialmente la NANDA come l'organizzazione deputata a gestire lo sviluppo di un sistema di classificazione delle diagnosi infermieristiche. Ai gruppi di lavoro dell'ANA è stato consigliato di sottoporre alla NANDA le diagnosi infermieristiche che intendevano proporre. Questo

tempestivo e importante intervento dell'ANA ha agevolato la creazione di un sistema di classificazione uniforme per la professione infermieristica.⁵⁰

Nel marzo 1990 è stato pubblicato il primo numero di Nursing Diagnosis, la rivista ufficiale della NANDA. Il suo scopo è di promuovere lo sviluppo, il perfezionamento e l'applicazione delle diagnosi infermieristiche e di servire come tribuna per dibattere gli argomenti relativi allo sviluppo e alla classificazione delle conoscenze infermieristiche.⁵¹

Le diagnosi infermieristiche secondo NANDA, prioritarie del paziente stomizzato:

- DIAGNOSI: Alterazione dell'immagine corporea correlata a confezionamento di ileostomia/colostomia/urostomia.

INTERVENTO: permettere alla persona di esprimere quello che prova riguardo alla modificazione dell'aspetto del suo corpo.

- DIAGNOSI: diminuzione del desiderio sessuale correlata a confezionamento di ileostomia/colostomia/urostomia.

INTERVENTO: insegnare che l'affaticamento e la diminuzione del desiderio sono normali dopo l'operazione. Discutere delle possibili procedure per aumentare la propria attrazione sessuale; suggerire d'indossare indumenti che nascondano la stomia.

- DIAGNOSI: ansia per le possibili perdite di liquidi biologici e conseguenze di cattivo odore correlato a ileostomia/colostomia.

INTERVENTI: insegnare al paziente ed al caregiver a svuotare la sacca della stomia; esortare a mantenere il senso dell'umorismo nel caso si verifici qualche incidente.

- DIAGNOSI: compromissione dell'integrità cutanea, correlata a esposizione al materiale drenato dalla stomia.

INTERVENTI: evitare di danneggiare la cute rimuovendo il dispositivo di raccolta, e insegnare al paziente il riconoscimento dei primi segni di danno tessutale. Far sì che le stomaterapiste effettuino il disegno pre-

operatorio. Stabilire un programma educativo in collaborazione della stomaterapista per valutare gli eventuali errori che possono causare una compromissione dell'integrità cutanea.

Altre diagnosi infermieristiche riferite al paziente stomizzato sono:

- **DIAGNOSI:** rischio elevato di necrosi della stomia, correlato alla procedura chirurgica, a edema della parete intestinale od a retrazione sul mesentere.

INTERVENTI: rilevare e documentare il colorito della stomia secondo prescrizione.

Se la stomia appare ischemica o necrotica, collaborare con il medico a controllare le condizioni dell'intestino prossimale: può darsi che venga deciso di inserire una sonda nella stomia per rilevare, con l'aiuto di una luce, l'eventuale ischemia della mucosa.

Prevenire o ridurre al minimo la distensione addominale:

- Esaminare l'addome per rilevare l'eventuale presenza di distensione ogni 8 ore nei primi quattro giorni successivi all'intervento chirurgico.
 - in presenza di distensione, controllarne il grado misurando la circonferenza addominale all'altezza dell'ombelico.
 - in presenza di distensione, avvertire il medico, che potrà ordinare l'inserzione di sondino naso gastrico.
 - Se questo viene inserito, irrigare secondo necessità per mantenerlo pervio.
- **DIAGNOSI:** rischio elevato di retrazione della stomia, correlato a distacco muco cutaneo.

INTERVENTI: valutare e documentare l'integrità della salute muco cutanee ogni volta, che viene cambiata la medicazione.

Iniziare le misure di sostegno nutrizionale per il paziente che rischia un deficit nutrizionale, basandosi sulle raccomandazioni del dietista e del medico.

Per il paziente con stomia ad ansa fissata su apposita bacchetta, stare attenti che questa non si muova prima che la stomia abbia granulato sulla parete addominale.

Nel caso in cui si verifichi il distacco muco cutaneo, collaborare alla medicazione garantendo che le feci non vengano a contatto con il tessuto sottocutaneo esposto.

- DIAGNOSI: mancanza di conoscenze, correlata alla non familiarità con il modificato funzionamento intestinale provocato da colostomia del colon discendente o del sigma.

INTERVENTI: valutare la possibilità che la funzione intestinale vada regolata con l'irrigazione prendendo in considerazione i seguenti fattori:

- La stomia è permanente o temporanea.
- Esistono complicazioni della stomia, quali ernie, prolasso.
- Il paziente è mentalmente e fisicamente in grado di apprendere e mettere in atto la procedura.
- Il paziente dispone di un ambiente domestico adeguato.

Se il paziente soddisfa i criteri suddetti, discutere le possibilità alternative di gestione della stomia:

- Portare il sacchetto continuamente, svuotandolo quando occorre e cambiandolo ogni 5-7 giorni.
- Eseguire irrigazioni giornaliere a giorni alterni per stimolare l'evacuazione, qualora il paziente sia portatore di una colostomia, portando un sacchetto di sicurezza tra un'irrigazione e l'altra.

Aiutare il paziente ad analizzare le scelte in base alle sue priorità, quali, da un lato, la tolleranza al sacchetto e, dall'altro, il tempo necessario per irrigazioni regolari.⁵²

1.3.3. DISEGNO PRE-OPERATORIO

La stomia viene allestita a persone di ogni età e non deve essere considerata una procedura invalidante. Un'appropriate pianificazione e gestione del processo assistenziale riabilitativo offre ai pazienti la possibilità di avere una vita piena e soddisfacente.

Una comune e usuale complicanza, spesso osservata nella pratica clinica, è in relazione all'errato posizionamento dello stoma durante l'intervento chirurgico. Tale problema è clinicamente caratterizzato da uno stoma situato vicino a prominenze ossee, all'ombelico, vicino a pliche addominali o sulla ferita chirurgica; queste posizioni possono rendere difficile se non impossibile, alla persona stomizzata l'esecuzione in autonomia delle attività di igiene e sostituzione del sistema di raccolta, nonché di svolgere le normali attività di vita quotidiana in piena libertà e senza il timore di infiltrazione degli effluenti sotto la placca del dispositivo.

Si afferma che la selezione pre-operatoria del sito in cui creare la stomia è una competenza dello stomaterapista ed è un fattore chiave per la successiva abilità del paziente a provvedere alla cura della propria stomia e, soprattutto per prevenire l'insorgenza di complicanze peristomali precoci e tardive.

La collocazione della stomia è in relazione al tipo di diversione chirurgica e alla struttura anatomica dell'addome del paziente. Si sostiene che la valutazione della sede in cui allestirla e la marcatura del punto d'interesse devono essere effettuate prima dell'intervento, al fine di assicurare un posizionamento ottimale facilmente gestibile dal paziente stesso.

Risulta evidente che, il progetto riabilitativo inizi già nella fase preoperatoria e che, la valutazione del punto in cui allestire la stomia, faccia parte delle azioni strategiche per ridurre i problemi correlati al mal posizionamento.

Tutto ciò è necessario per creare le condizioni ideali che consentano alla persona di occuparsi in modo agevole ed autonomo del proprio stoma, in quanto è presupposto essenziale per un rapido reinserimento sociale e lavorativo.^a

1.3.4. GESTIONE DELLA STOMIA E STOMACARE

Una buona organizzazione assistenziale rende il paziente autosufficiente, la stomaterapista deve favorire l'apprendimento di nuovi metodi di regolazione dell'evacuazione e di nuovi metodi di igiene dello stoma. La riabilitazione prevede informazioni necessarie che rendono il paziente autonomo e che anche a casa non sarà abbandonato a se stesso, ma potrà reinserirsi nel proprio contesto familiare e sociale. Il periodo dell'ospedalizzazione, è finalizzato a rendere il paziente sicuro sotto una guida costante dopo il ritorno a casa.

L'apparecchiatura post-operatoria della stomia viene sempre applicata in sala operatoria utilizzando il sistema a 2 pezzi. La placca a protezione totale può essere lasciata in sito per 3-4 gg. La sacca deve essere trasparente e senza filtro per controllare la canalizzazione e le eventuali complicanze precoci. La sacca deve essere a fondo aperto per consentire lo svuotamento senza rimuoverla. Il piano assistenziale deve prevedere il controllo non solo delle condizioni generali con la rilevazione dei parametri vitali nel post-intervento, ma anche il controllo della stomia se è ben apparecchiata e se presenta complicanze precoci o tardive. La fase conclusiva della riabilitazione mira a raggiungere l'apprendimento della regolazione dell'evacuazione e dell'igiene personale e peristomale. Per verificare

^a L'esecuzione del disegno preoperatorio per l'adeguato posizionamento della stomia è effettuato dalla stomaterapista ed è descritto su: *Gli strumenti operativi per l'assistenza in stomaterapia*, gruppo di ricerca "Mosè le Tavole", AIOSS, Hollister 2003, da pag.95 a 106. Sul testo citato sono descritti gli obiettivi, il materiale occorrente e la procedura per il posizionamento della stomia.

il grado di autonomia acquisito, prima dell'effettiva dimissione si assiste più volte il paziente e/o il caregiver durante la sostituzione della sacca della pulizia locale e il riposizionamento del presidio in modo corretto, tutto ciò per favorire una buona gestione della stomia e quindi una migliore qualità di vita, evitando anche condizioni di incertezza e insicurezza. Sarà lo staff infermieristico il personale qualificato e competente, il caregiver, che potranno aiutare il paziente stomizzato a gestire meglio la sua nuova funzione organica delle vie escretrici ed adeguarsi ad accettare tale cambiamento.

Allo stoma, occorre dedicare la stessa cura e igiene come la stessa igiene perineale che si effettuava prima dell'intervento. Per quanto riguarda il materiale per la toilette: carta igienica per asportare i residui fecali della stomia, spugna morbida e/o panno carta, sapone a pH neutro (sapone di marsiglia). Si rimuove il presidio dall'alto verso il basso usando entrambe le mani (fermare gli indumenti in modo che non intralcino l'igiene), si ripiega la sacca su se stessa per evitare la presenza di cattivo odore persistente. Con la carta igienica o carta assorbente si asportano le feci residue dall'esterno all'interno dello stoma con la spugna si lava delicatamente sia lo stoma che la cute peristomale insaponando e risciacquando, si asciuga tamponando con un panno morbido. Asciugare bene per fare aderire la sacca misurare il diametro esatto dello stoma per evitare complicanze e inconvenienti che nascono da mal gestione dei presidi. La placca dev'essere applicata dal basso verso l'alto. La scelta dei presidi deve essere fatta tenendo in considerazione la frequenza e la consistenza delle feci, il posizionamento dello stoma, predisposizione della pelle alle irritazioni, sensibilità agli adesivi tradizionali.

Al momento delle dimissioni il paziente prende contatto con il centro stomie che lo segue e prescrive i dispositivi necessari, organizza follow-up e incontri con altri pazienti stomizzati.^b

L'irrigazione è la metodica che, restituendo un ritmo alla motilità colica, offre un periodo di riposo intestinale. Sussistono però le seguenti controindicazioni all'irrigazione che possono essere legate al colon residuo (regolarità e ritmicità spontanea delle evacuazioni; patologia pregressa: malattia diverticolare, Morbo di Crohn; colon irritabile), alla colostomia (ernia peristomale; prolasso; stenosi; recidiva stomale); alle condizioni generali del paziente (inabilità fisica, psichica, chemio-radioterapia).

È consigliabile proporre l'inizio della pratica dopo circa un mese dall'intervento, può essere effettuata quotidianamente, a giorni alterni o settimanalmente. La scelta del periodo dipende dal tipo di peristalsi e dal volume del colon residuo. È bene eseguire l'irrigazione immediatamente dopo i pasti, o per quei pazienti che preferiscono eseguirla al mattino, dopo un'abbondante colazione o assunzione di bevanda calda: l'introduzione di cibo infatti, provoca una dilatazione dello stomaco e l'attivazione del reflusso gastro-colico, che si traduce in validi movimenti peristaltici del colon, permettendo così un miglior risultato.

Il materiale per l'esecuzione dell'irrigazione è costituito principalmente da una sacca di plastica con capacità di circa due litri, fornita di un gancio per essere sospesa ad un sostegno. In basso la sacca si continua con un tubo di scarico, munito di valvola per la regolazione del flusso e termina con un cono da introdurre nella stomia. Se questa è stenotica in alcuni casi il cono può essere

^b L'esecuzione dell'igiene della stomia intestinale e l'apparecchiatura utilizzata per la stessa è descritto su: *Gli strumenti operativi per l'assistenza in stomaterapia*, gruppo di ricerca "Mosè le Tavole", AIOSS, Hollister 2003, da pag.9 a pag.30. Sul testo citato sono descritte le procedure, il materiale occorrente, per l'igiene e per l'apparecchiatura dei diversi tipi di stomia.

sostituito con una sonda morbida e utilizzando una pomata lubrificante-anestetica, questo intervento lo esegue lo stomaterapista e/o il chirurgo.

Altro materiale fondamentale per l'irrigazione è l'acqua calda a temperatura di 37°, una sacca di raccolta delle deiezioni normalmente di materiale plastico e di forma tronco-conica, anello di plastica con cintura a vita e con parte terminale di scarico, munita di morsetto regolabile (da introdurre nel water).

Per eseguire l'irrigazione si riempie la sacca con un litro e mezzo-due litri circa di acqua potabile a 37°. Si esplora il lume della stomia al fine di individuare esattamente la posizione del lume intestinale, in quanto se il cono non è ben indirizzato nel lume colico, l'acqua introdotta non potrà diffondersi e, dopo aver urtato contro la mucosa, verrà respinta all'esterno. Dopo aver indirizzato il cono, lubrificato nella giusta direzione si inizierà ad introdurre l'acqua nel tempo di 5 - 10 minuti all'inizio della pratica è necessario partire con un flusso dell'acqua a bassa pressione per poi procedere gradatamente all'aumento. Il paziente può eseguire tale metodica seduto, si alzerà al termine dell'introduzione dell'acqua eseguendo alcuni esercizi di contrazione del torchio addominale al fine di facilitare l'espulsione fecale, attraverso la sacca di drenaggio già posizionata. In circa 15-30 minuti verranno evacuate tutte le feci, il movimento aiuterà l'evacuazione. Terminato il deflusso dell'acqua e del materiale fecale, si passerà alla pulizia dello stoma, ricoprendolo con adeguata sacca.

Nelle stomie urinarie la pelle peristomale è molto delicata e necessita di attenzioni e cure igieniche particolari ogni giorno: infatti, è continuamente esposta a sollecitazioni meccaniche durante la sostituzione del sacchetto o della placca e ad irritazioni chimiche causate dalle urine. È importante occuparsi in prima persona delle cure igieniche della stomia: provvedendo in modo autonomo al cambio del sacchetto e alla pulizia della stomia. Prima di procedere alle cure igieniche, è necessario preparare il materiale occorrente, che consiste in:

- **dispositivo di raccolta** con diametro che sia il più vicino possibile a quello dello stoma, non troppo grande per evitare il più possibile che la pelle peristomale entri a contatto con le urine;
- **forbicine a punta ricurva** per modellare e tagliare su misura il foro della placca;
- **sapone neutro o di marsiglia** per evitare che saponi troppo forti siano irritanti o provochino dermatiti;
- **garze morbide o spugnetta** da dedicare esclusivamente alla pulizia della stomia e da rinnovare frequentemente;
- **salvietta morbida** per asciugare la cute peristomale accuratamente senza sfregare, ma tamponando;
- **acqua corrente;**
- **un sacchetto per la spazzatura.**

Si consiglia di procedere alle operazioni di pulizia in posizione confortevole, possibilmente in bagno. Prima di tutto va rimosso il sacchetto di raccolta e vanno allontanati dalla stomia residui di muco o di urine con carta igienica morbida, mettendo nel sacchetto della spazzatura il materiale di scarto. Il cambio del sacchetto è il momento più adatto al controllo della stomia per verificare la presenza di qualche problema o complicanza. Si procede poi lavando accuratamente la cute circostante la stomia con acqua tiepida e sapone, utilizzando una spugna morbida si risciacqua accuratamente. Una volta pulita bene la zona si asciuga tamponando se sono presenti dei peli sulla cute, è opportuno rimuoverli con un rasoio per facilitare l'aderenza della placca o del sacchetto monopezzo alla cute. È necessario far combaciare il più possibile il foro del sistema di raccolta con il diametro della stomia. Se si utilizza un sistema a due pezzi viene applicata alla cute prima la placca e su di essa si posiziona il sacchetto, prestando attenzione che le due flange siano completamente agganciate. Se si usa un sistema monopezzo, bisogna applicare bene alla cute la parte adesiva.

Ad ogni cambio sacca è auspicabile il controllo qualitativo/ quantitativo delle urine e delle feci. Se si desidera fare una doccia è preferibile effettuarla prima del cambio del sacchetto^c. Sono consigliati vestiti comodi che non determinano compressione a livello dello stoma. Per quanto riguarda l'urostomia durante la notte è preferibile raccordare il sacchetto ad un sacchetto di raccolta urine da agganciare al letto, per evitare continue interruzioni del sonno notturno.⁵³

1.3.5. GESTIONE DELLE COMPLICANZE

Le complicanze del complesso stomale rappresentano un problema di notevole rilevanza. Infatti, un paziente stomizzato su tre presenta quantomeno una complicanza, più o meno grave, a carico del complesso stomale e questo, non incide solo sulla qualità di vita del paziente e sugli aspetti psicologici che vengono gravemente compromessi, ma causa anche una notevole incidenza sui costi a carico del S.S.N. e Regionale. L'utilizzo di prodotti specifici e le medicazioni da utilizzare, la gestione del paziente con eventuale ricovero per incapacità del paziente stesso o del caregiver nel gestire la complicanza, l'eventuale re-intervento per un nuovo confezionamento, portano ad un aumento dei costi sanitari e ad uno stress fisico e psichico del paziente e dei suoi familiari⁵⁴. Fondamentale è quindi la prevenzione e una corretta gestione con l'avvio all'addestramento del paziente o del caregiver, ma importante è anche la tempestiva e corretta gestione della complicanza con utilizzo di protocolli e procedure, strumenti che lo stomaterapista deve sempre tener presente. Le complicanze del complesso stomale hanno una loro classificazione e la gestione si diversifica in base ai casi. A tal proposito sono a disposizione una gamma di presidi e prodotti di differenti aziende che ci aiutano a gestire le complicanze, ma

^c L'esecuzione dell'igiene della stomia urinaria e l'apparecchiatura utilizzata per la stessa è descritto su: *Gli strumenti operativi per l'assistenza in stomaterapia*, gruppo di ricerca "Mosè le Tavole", AIOSS, Hollister 2003, da pag.72 a pag.92. Sul testo citato sono descritte le procedure, il materiale occorrente, per l'igiene e per l'apparecchiatura dei diversi tipi di stomia.

aspetto da non sottovalutare è il ruolo dello stomaterapista. Infatti, nella gestione delle complicanze, come abbiamo detto, esistono protocolli e procedure, strumenti necessari nelle nostre mani, ma anche l'esperienza e la "fantasia" rivestono un ruolo importante. La fantasia nell'apparecchiatura della stomia spesso cambia da uno stomaterapista all'altro, in base anche alle variabili di fronte alle quali si trova (complicanza più o meno grave, accessori e presidi a disposizione, tempo dedicato, tipologia della cute, recettività del paziente). Nel suo percorso assistenziale l'infermiere da sempre utilizza una vasta gamma di presidi, ma con l'evolversi della ricerca e della sperimentazione si trova più frequentemente di fronte a scelte nell'uso e nella verifica di efficacia. Naturalmente tutti gli ausili vanno diversificati da persona a persona, anche se ritenuti utili per tutti. La loro scelta va valutata in base a parametri quali: valutazione globale della persona, scopo nell'utilizzo, comparazione costo-beneficio e possibilità di utilizzo nel tempo⁵⁵.

Come sottolineato dalla Federazione Nazionale "da Quaderni/L'Infermiere n°1/07": il miglioramento della qualità assistenziale può avvenire grazie alla sinergia di fattori quali: competenza, esperienza, idee, progettualità diverse ed integrate. Tutto ciò con l'utilizzo di strumenti operativi e di un approccio assistenziale basato sull'efficacia e sulle evidenze scientifiche che consentono un'adeguata risposta assistenziale ai bisogni di salute dei cittadini, coniugando:

- ✓ **Accessibilità** (assicurando cure adeguate).
- ✓ **Appropriatezza** (grado di utilità dell'assistenza).
- ✓ **Competenza** (livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità dell'infermiere e delle tecnologie disponibili).
- ✓ **Continuità** (grado di integrazione nel tempo tra i diversi operatori e strutture sanitarie che hanno in cura lo stesso soggetto).
- ✓ **Efficacia attesa** (capacità potenziale dell'intervento nel modificare in modo favorevole le condizioni di salute del soggetto).

- ✓ **Efficacia pratica** (risultati ottenuti dall'applicazione dell'intervento).
- ✓ **Efficienza** (capacità di raggiungere i risultati in termini di salute con il minor impegno di risorse possibili).
- ✓ **Tempestività** (grado in cui l'intervento efficace è offerto al paziente nel momento di massima utilità).
- ✓ **Umanizzazione** (livello di rispetto della cultura e dei bisogni individuali del paziente, anche per ciò che riguarda l'informazione e la qualità di servizio).
- ✓ **Capacità** dell'infermiere di conoscere le caratteristiche dei presidi utilizzati e di coniugare le caratteristiche del presidio con la tipologia della persona assistita, utilizzando le evidenze scientifiche e le prove di efficacia.
- ✓ **Responsabilità** nella valutazione dei presidi e la capacità di dimostrare gli esiti assistenziali e i costi derivanti dal loro utilizzo.
- ✓ **Capacità** e possibilità di utilizzare e rielaborare la propria esperienza professionale per individuare modalità di utilizzo dei presidi innovativi nella pratica professionale.

Oggi tutti i presidi e prodotti utili sono dispensati gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale.

Ad oggi tra i presidi molto utilizzati nella gestione delle complicanze ci sono le placche a protezione totale e le convesse o leggermente convesse. La placca convessa o semi convessa viene utilizzata negli stomi introflessi o parzialmente introflessi, in mal posizionamenti con stoma in vicinanza di pliche cutanee o cicatrici pregresse, distacchi di giunzione muco-cutanea, in alcuni casi di stoma piatto.

La fascia elastica: senza foro è utile indossarla, anche dopo dimissione, questo è a scopo preventivo. È utile nel prevenire prolapsi ed ernie peristomali.

Piastre protettive di idrocolloide: particolarmente indicate nei casi in cui la cute peristomale è irritata e/o presenta secrezioni, suppurazioni e ascessi.

Film protettivo: protegge la cute peristomale dalle secrezioni aggressive o traumi da adesivo, in caso di dermatiti, mal posizionamento, suppurazioni, ascessi. Le stesse indicazioni si hanno per le polveri di idrocolloide.

Crema barriera (all'ossido di zinco): in caso di pelle secca o irritata.

Pasta peristomale di idrocolloide: strumento "miracoloso". Capace di risolvere numerosi problemi di gestione nelle complicanze. Questa invenzione, tra le più importanti, a mio avviso, in tale campo, viene utilizzata su superfici cutanee irregolari per prevenire le complicanze, quali cicatrici, pliche cutanee. Infatti, la pasta riempie le cavità e livella la cute impedendo infiltrazioni. Utilizzata in presenza di complicanze quali: retrazioni stomali (per livellare la zona peristomale), distacchi della giunzione muco cutanea, ischemia e necrosi, suppurazioni ed ascessi, mal posizionamenti, dermatiti, emorragie peristomali, stoma piatto. Il S.S.N. fornisce al paziente due tubetti di pasta al mese. Oggi è presente anche in formato di striscia modellabile. Facile nell'applicazione e la rimozione. E dato che sono in formato monouso, non ci sono sprechi e sono facilmente utilizzabili fuori casa.

Dilatatori: utilizzati in caso di stenosi. Presenti in commercio in diverse misure, sostituiscono le dilatazioni digitali. Evitano, se utilizzati costantemente e correttamente, crisi sub occlusive e re-intervento.

Un accenno va fatto sull'irrigazione, pratica molto utile da applicare nella gestione di alcune complicanze di colostomia, quali: stenosi stomale, retrazioni, mal posizionamenti, dermatiti, irritazioni. In generale consiglio a tutti i portatori di colostomia che rispondono ai requisiti richiesti, l'avvio a tale pratica. Ma nel caso delle complicanze segnalate, si rende necessario dato che in tale maniera non ci saranno infiltrazioni o comunque deiezioni a contatto con la cute (evacuazione controllata), le feci saranno più morbide per l'azione del volume

idrico sulla consistenza delle feci. Il SSN dà diritto ad un set di irrigazione ogni 6 mesi. Prodotti quali detergenti ed idratanti sono utili per la pulizia e l'idratazione della cute sottoposta a continue sollecitazioni. Comodi anche perché utilizzabili in assenza di acqua (presenti anche in formato salviette), questo per favorire un maggiore confort e tranquillità dello stomizzato. Sotto il profilo professionale l'infermiere si è finalmente visto riconoscere una propria sfera di autonomia, complementare ma ben distinta dall'attività di diagnosi e cura attribuita al medico. Dal punto di vista funzionale, l'infermiere entra di diritto nell'equipe multidisciplinare in quanto portatore di uno specifico sapere e detentore di specifiche competenze riferite alla risoluzione dei bisogni di assistenza infermieristica. Dall'integrazione che l'assistenza infermieristica offre all'assistenza medica, deriva un completo intervento sanitario diretto alla persona. Con la prevenzione e la corretta gestione delle complicanze lo stomaterapista, con competenze ben acquisite, interviene sul paziente stomizzato per migliorarne la qualità di vita, aiutandolo a reinserirsi nel proprio contesto familiare e sociale e promuovendo in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei suoi familiari.

1.3.6. EDUCAZIONE SANITARIA

L'educazione alla salute è un'attività complessa orientata alla promozione di comportamenti a sostegno della salute e del benessere individuale e collettivo.

L'educazione alla salute non si limita a comunicare le informazioni, ma favorisce anche la motivazione, le capacità e la fiducia, ossia quelle condizioni necessarie per agire nell'ottica di migliorare la salute. Educare alla salute implica comunicare informazioni concernenti le condizioni socioeconomiche e ambientali implicite che incidono sulla salute, altre informazioni riguardanti i fattori individuali di rischio e i comportamenti a rischio, oppure l'uso del sistema di assistenza sanitaria. L'educazione alla salute può, quindi, riguardare la comunicazione di informazioni e lo sviluppo di capacità con lo scopo di

accrescere la salute e diminuire le malattie degli individui e dei gruppi, attraverso l'influenza su attitudini e comportamenti. Le finalità dell'educazione sanitaria possono essere sintetizzate come segue:

- Acquisire coscienza della propria salute; la finalità è quella di far emergere la coscienza dei propri problemi di salute.
- Aumentare le conoscenze attraverso informazioni e conoscenze specifiche su problemi di cui le persone sono già coscienti, di cui però la conoscenza reale o la comprensione sono limitate.
- Raggiungere consapevolezza rispetto a un particolare problema o alla salute in generale, identificando che cosa sia realmente importante.
- Realizzare un cambiamento di abitudini: si prendono in esame le decisioni personali per il futuro, in generale o su un particolare aspetto della salute. La decisione si basa sulle informazioni, sulle conoscenze più rilevanti e sulla comprensione dei valori coinvolti.
- Realizzare un cambiamento nei comportamenti, rendendo operativa una decisione, cioè cambiare effettivamente "qualche cosa" in relazione a un problema di salute.
- Promuovere una modificazione sociale. E' una finalità abbastanza complessa: vuol rendere più agevoli le scelte di salute attraverso le modificazioni dell'ambiente sociale e fisico, le persone sono stimolate ad adottare comportamenti più sani.

Nella società attuale, caratterizzata dal grande sviluppo della comunicazione, l'Educazione alla Salute può trovare notevole risalto o, al contrario, scomparire confusa tra messaggi non controllati e contraddittori. In questo contesto è fondamentale il ruolo del mondo sanitario per dare contenuto e visibilità ai messaggi educativi. Nel settore più strettamente sanitario l'Educazione alla Salute abbraccia tutti i tipi di prevenzione: sicuramente la primaria, ma anche la secondaria, fino alle prestazioni terapeutiche e riabilitative.

La promozione della salute è il processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo della propria salute e di migliorarla.

La promozione della salute rappresenta un processo socio-politico globale. Esso investe non soltanto le azioni finalizzate al rafforzamento delle capacità e delle competenze degli individui, ma anche l'azione volta a modificare le condizioni sociali, ambientali e economiche in modo tale da mitigare l'impatto che esse hanno sulla salute del singolo e della collettività. La promozione della salute è il processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo dei fattori determinanti della salute e, di conseguenza, di migliorare la loro salute.

La Carta di Ottawa⁵⁶ individua tre strategie fondamentali per la promozione della salute: perorare la causa della salute per creare quelle condizioni essenziali per la salute citate in precedenza, permettere a tutte le persone di sviluppare al massimo le loro potenzialità di salute e mediare tra i diversi interessi esistenti nella società, al fine di perseguire la salute⁵⁷.

I primi promotori della salute per i pazienti stomizzati sono gli infermieri di reparto e gli infermieri stomaterapisti.

L'infermiere stomaterapista è un infermiere che ha acquisito attraverso Corsi di Perfezionamento e formazione post-base, anche a livello universitario, le capacità tecnico-scientifiche, idonee a fornire una qualificata assistenza al paziente portatore di stomia, in modo autonomo responsabile, ma ben integrato con il resto dell'équipe. Nel senso letterale della parola l'infermiere stomaterapista può essere considerato un "infermiere specializzato nella cura delle stomie". Fondamentali sono due i pilastri su cui si deve basare l'attività dell'infermiere ed in particolare quella dell'infermiere stomaterapista:

- La professionalità
- La sensibilità e l'umanità

La professionalità va intesa come "perfetta conoscenza della materia", in quanto sia le stomie, sia le patologie proctologiche sia le disfunzioni del pavimento

pelvico possono ingenerare lo sviluppo di problemi funzionali che richiedono l'adozione di interventi complessi di prevenzione, cura, educazione e riabilitazione. Per agire in modo appropriato in queste situazioni, è necessario che l'infermiere stomaterapista possieda abilità cognitive fondate su solide basi teoriche, le quali devono essere costantemente aggiornate attraverso la formazione continua, l'analisi critica delle proprie esperienze ed il confronto con altre realtà sanitarie analoghe.

La sensibilità e l'umanità, che possono sembrare qualità marginali o superflue, esprimono invece la volontà e la disponibilità ad instaurare un rapporto di fiducia ed empatia con la persona assistita, elemento indispensabile con questa tipologia di pazienti.

L'infermiere stomaterapista esercita la funzione clinica attinente lo specifico campo d'azione, attraverso una serie di attività finalizzate a dare risposte specifiche ai bisogni espliciti ed impliciti della persona stomizzata ed incontinente.

Le prestazioni principali che rientrano in questa funzione sono:

- Rilevazione dei bisogni assistenziali non solo conseguenti alla malattia ma anche correlati all'istituzionalizzazione, ai trattamenti diagnostici e terapeutici, alle modificazioni delle attività di vita quotidiane, alla qualità di vita percepita.
- La definizione degli obiettivi essenziali e la pianificazione dell'assistenza infermieristica, tenendo conto delle aspettative e delle risorse della persona assistita e della famiglia.
- La realizzazione degli interventi assistenziali.
- L'applicazione delle prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative.
- La direzione e il controllo del "caso".

Il controllo contempla implicitamente il processo di valutazione, pertanto questa attività non è limitata alla sola fase finale ma è trasversale all'intero sviluppo del progetto terapeutico-assistenziale.

La funzione clinica dell'infermiere stomaterapista è caratterizzata da una costante azione informativa su quanto deve essere realizzato per il trattamento e la risoluzione dei problemi di salute del paziente in tutte le fasi delle attività:

- il disegno preoperatorio della stomia.
- Lo stoma care.
- La scelta e la valutazione dell'appropriatezza dei dispositivi di raccolta.
- La prevenzione e la gestione delle complicanze stomali.
- La riabilitazione della funzione intestinale del paziente con colostomia
- La collaborazione con il medico specialista nelle attività diagnostiche in coloproctologia e nella valutazione di primo e secondo livello dell'incontinenza.
- La riabilitazione del pavimento pelvico mediante l'effettuazione di esercizi di chinesiterapia, la stimolazione elettrica funzionale, il biofeedback.

Gli obiettivi, che il processo del paziente stomizzato si pone, sono principalmente il recupero funzionale, l'accettazione della stomia, l'autonomia nella gestione della stomia, il reinserimento nell'ambito sociale e familiare del soggetto.

I problemi della persona con stomia non sono circoscritti al solo aspetto funzionale, ma creano un'alterazione psicologica, che influenza i valori e le convinzioni intrinseche al concetto di sé, per questo motivo è fondamentale che l'assistenza indirizzata al paziente stomizzato non sia solo gestita dall'infermiere stomaterapista, ma sia un lavoro di équipe, dove diversi professionisti collaborano tra loro (chirurgo, psicologo, infermiere, counsellor...).

Risulta fondamentale utilizzare uno strumento di valutazione per garantire continuità assistenziale al paziente stomizzato.

2. MATERIALI E METODI

2.1. DISEGNO DI RICERCA

Le necessità delle persone che entrano in ospedale, per un intervento chirurgico con confezionamento di stomia, sono legate ad una condizione di adattamento fisico, psicologico, sociale e di gestione specifica dello stoma, che perdura per tutto il periodo del ricovero e continua anche dopo la dimissione ovvero a domicilio.

Tutto ciò è fortemente influenzato, in relazione ai progressi ed orientamenti delle tecniche chirurgiche ed ai programmi di politica sanitaria, dalla tendenza a ricoveri sempre più brevi e dalla scelta di confezionare elettivamente stomie temporanee. La raccolta dei dati e l'analisi dei bisogni degli operatori sanitari e dei pazienti, hanno portato ad evidenziare che, spesso si presentano delle criticità alla dimissione dalle strutture sanitarie e nel periodo successivo, legate anche ad una ridotta attenzione all'educazione della gestione della stomia.

Per migliorare queste criticità ho ritenuto necessario indagare sulla gestione delle complicanze del paziente stomizzato nel post-operatorio. Nella realtà di Asti, nella S.O.C. di Chirurgia generale da circa un anno è presente la "scheda persona portatrice di stomia". Questa scheda è composta da due fogli; nel primo vengono inseriti i dati anagrafici del paziente, la diagnosi clinica, il tipo d'intervento chirurgico, il disegno pre-operatorio ed il tipo di stomia che è stata confezionata (vedi allegato 1). Nella seconda pagina è descritto l'intervento infermieristico, che lo stomaterapista e l'infermiere attuano quotidianamente. Durante l'esperienza di tirocinio presso la S.O.C. di Chirurgia generale, ho rilevato l'importanza di questa scheda, ma la necessità di integrarla con una "scheda d'integrazione" che valuti le eventuali complicanze peristomali (vedi allegato 2).

Sono stati inclusi nello studio i pazienti stomizzati presenti nella S.O.C. di Chirurgia generale. La scheda è stata sperimentata nel reparto di Chirurgia generale con l'adeguata spiegazione sull'utilizzo.

L'integrazione della compilazione della cartella infermieristica riguarda:

- Finalità dello studio.
- Indicazioni della compilazione sulla scheda d'integrazione.
- Il campione a cui è rivolta la scheda d'integrazione.

2.2. DESCRIZIONE DELLA REALTÀ INCLUSA NELLO STUDIO E SCELTA DEL CAMPIONE

La sperimentazione è stata condotta nella S.O.C. di Chirurgia generale e nella S.O.C. di Urologia dell'ospedale di Asti, e il suo utilizzo è stato rivolto agli infermieri del reparto e alle stomaterapiste dell'ambulatorio. In questi reparti sono presenti i pazienti inclusi nello studio, che sono stati seguiti durante tutto il tempo della loro degenza. Per dare significato allo studio è sempre stata compilata la "scheda del paziente portatore di stomia" e qualora sia insorta una complicanza è stata allegata la "scheda d'integrazione".

Il personale infermieristico della struttura accogliente è stato informato riguardo la finalità dello studio. La S.O.C. di Chirurgia generale e le stomaterapiste dell'ambulatorio hanno collaborato sia alla compilazione della cartella infermieristica del paziente stomizzato, sia alla relativa scheda d'integrazione durante la degenza ospedaliera. La S.O.C. di Urologia non ha collaborato alla compilazione della stessa.

Il campione da me analizzato comprende 19 pazienti portatori di stomia: 11 non hanno presentato complicanze peristomali e 8 hanno presentato complicanze peristomali.

2.3. DURATA DELLO STUDIO

Il campione dei pazienti è un campione di convenienza, ovvero tutti i pazienti che sono stati sottoposti a chirurgia intestinale con il confezionamento di una stomia temporanea o definitiva dal 01/03/2010 al 31/07/2010, quindi lo studio è durato 5 mesi.

Ho iniziato la sperimentazione nel periodo successivo al periodo di tirocinio svolto nella S.O.C. di Chirurgia generale. La scelta della durata dello studio non può evidentemente portare a dati significativi da un punto di vista statistico rispetto all'incidenza delle complicanze peristomali, ma lo si concentra sul monitoraggio della gestione delle stomie e sulla creazione di uno strumento di continuità assistenziale sulla gestione delle complicanze peristomali stesse.

2.4. STRUMENTO: SCHEDA DI INTEGRAZIONE DEL PAZIENTE

STOMIZZATO (INTEGRAZIONE SPECIFICA RIGUARDANTE LE COMPLICANZE STOMALI).

La scheda delle complicanze peristomali ovvero la "scheda d'integrazione" l'ho ideata dopo aver osservato la possibilità dell'utilizzo di questo strumento per una migliore cura e prevenzione delle complicanze peristomali del paziente stomizzato.

Ho elaborato la "scheda d'integrazione" in collaborazione con le stomaterapiste e il gruppo di lavoro creato con l'ufficio qualità dell'ASL AT, in occasione dell'Accreditamento del PDTA colon retto per l'anno 2010.

L'integrazione della scheda delle complicanze peristomali presenta due sezioni. La prima elenca le complicanze, la scala S.A.C.S. per la classificazione della dermatite peristomale con la relativa legenda. Nella seconda sezione sono presenti le valutazioni quotidiane, le classificazioni e gli interventi infermieristici e la firma dell'operatore che ha effettuato la cura stomale.

2.5. ELABORAZIONE DEI DATI

L'elaborazione dei dati è stata la parte più complessa dello studio, in quanto i dati da analizzare erano numerosi. I dati sono stati elaborati utilizzando un database. Il database è stato creato attraverso Microsoft Office Excel 2003[®]. A tutti i pazienti è stato assegnato un codice alfabetico e ogni riga rappresenta la degenza ospedaliera del paziente per quanto riguarda la gestione e cura della stomia.

Sono state create tre pagine di lavoro. Nella prima sono stati inclusi i dati relativi alla diagnosi, disegno pre-operatorio e al tipo di stomia. Nella seconda sono stati inseriti: la data e il tipo di intervento infermieristico, è stato indicato se il paziente ed il caregiver sono dipendenti o autonomi nella gestione della stomia. Inoltre sono stati presi in considerazione i pazienti che hanno manifestato una complicanza. Nella terza pagina sono state indicate le valutazioni infermieristiche con le date, la classificazione delle complicanze, della zona, della lesione e della dermatite e gli interventi infermieristici adottati. I numeri di Microsoft Office Excel 2003[®] avevano un codice, per questo ho deciso di creare una legenda per interpretare i dati presentati. L'elaborazione dei dati ha portato alla creazione di grafici che rappresentano visivamente gli elementi tabulati sulle pagine di Microsoft Office Excel 2003[®].

2.6. AUDIT CLINICO

Per far sì che lo strumento costruito da me possa diventare applicabile in futuro, ho partecipato alla realizzazione di un audit clinico per garantire una continuità assistenziale al paziente portatore di stomia. Il gruppo di persone partecipanti all'audit è stato composto dai coordinatori infermieristici di entrambe le S.O.C. di Chirurgia generale e Urologia, da alcuni infermieri e medici dei reparti in collaborazione con le stomaterapiste e il gruppo di lavoro creato con l'ufficio qualità dell'ASL AT, in occasione dell'Accreditamento del PDTA colon retto per l'anno 2010. Ho presentato al gruppo la scheda delle complicanze peristomali ovvero l'integrazione della "scheda della persona portatrice di stomia". Ognuno ha espresso il proprio pensiero su come utilizzare e su quelle che sono state le criticità all'applicazione questo strumento e come poterlo utilizzare al meglio. Ho condiviso insieme al personale che ha collaborato con me che è utile per una migliore qualità di vita del paziente effettuare delle corrette valutazioni al fine di identificare precocemente le complicanze e prolungare la degenza, l'aumento dei costi e l'aumento della morbosità.

Prima dell'applicazione della "scheda di integrazione" in collaborazione con la mia relatrice abbiamo organizzato un audit clinico con la presenza degli infermieri, gli infermieri stomaterapisti ed i chirurghi dei reparti interessati alla sperimentazione. Abbiamo deciso di realizzare questo incontro per spiegare l'utilizzo della scheda con gli obiettivi da raggiungere.

Durante i quattro mesi di sperimentazione della "scheda di integrazione" mi sono recata una volta alla settimana in reparto per valutare la compilazione della scheda e le possibili complicanze sulla gestione delle stesche, e per determinare la corretta comprensione della stessa (vedi allegato 3).

Le prime settimane di applicazione della scheda ho notato che, nella pratica clinica, gli operatori necessitavano di alcune modifiche della stessa per agevolare il loro lavoro e la comprensione della lettura da parte di tutti i colleghi. Durante

la sperimentazione sono stati riscontrati dalle stomaterapiste dei problemi pratici sull'utilizzo della scheda di integrazione, in collaborazione con la mia relatrice ho eseguito delle modifiche sulla stessa, per migliorarne la comprensione e l'utilizzo da parte di tutti.

Eseguendo le modifiche suggerite dalle infermiere stomaterapiste la scheda è stata utilizzata in modo corretto, in questo modo sono emersi i pazienti con complicanze peristomali ed i relativi trattamenti infermieristici adottati.

3. RISULTATI

3.1. DATI RELATIVI A: "SCHEDA PERSONA PORTATRICE DI STOMIA"

3.1.1. DATI ANAGRAFICO PATOLOGICI

Dall'osservazione degli strumenti compilati si segnala il corretto utilizzo della scheda d'integrazione e dalla cui lettura emergono fin da subito la rilevanza degli interventi realizzati nella S.O.C. di Chirurgia generale.

Il vantaggio che se ne trae è immediato, si può valutare il significato che viene attribuito dagli infermieri stomaterapisti al problema delle complicanze peristomali, e l'interesse ad acquisire nuove informazioni per rispondere in modo efficace alle esigenze del paziente.

Ho deciso di rappresentare i risultati del questionario attraverso l'utilizzo di grafici con Microsoft Office Excel 2003[®].

Per quanto riguarda i dati anagrafici la distribuzione è la seguente (vedi grafico 1): si può osservare che sui pazienti presi in carico, sono sei le diagnosi differenti che hanno portato al confezionamento di una stomia intestinale. Le diagnosi sono state rappresentate in percentuali: 10% poliposi del retto, 10% adenocarcinoma del colon, 11% perforazione intestinale in seguito a

diverticolite, 11% occlusione intestinale/addome acuto, 53% k retto/k ano, 5% revisione di sigmoidectomia.

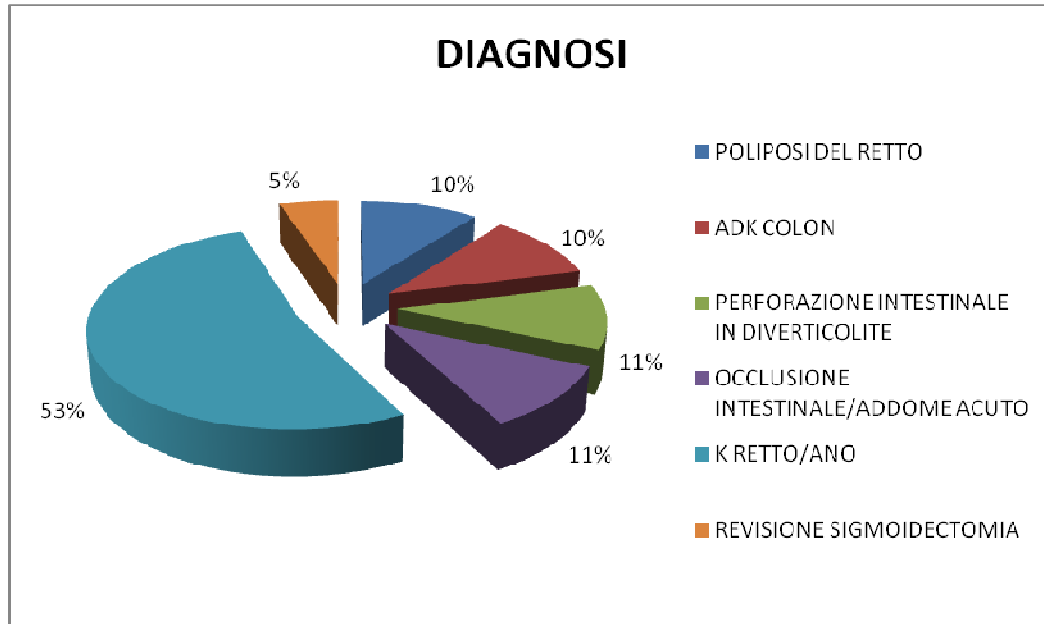


GRAFICO 1

Le diagnosi maggiormente rappresentate nel grafico sono quelle che hanno un'incidenza maggiore.

3.1.2. DISEGNO PRE-OPERATORIO

Il seguente grafico (grafico2) rappresenta il disegno pre-operatorio. Il 58% indica che il disegno pre-operatorio è stato effettuato, il 37% indica che il disegno pre-operatorio non è stato effettuato e nel 5% dei casi non è stato possibile effettuare la valutazione perché il paziente al momento del ricovero era già portatore di stomia.

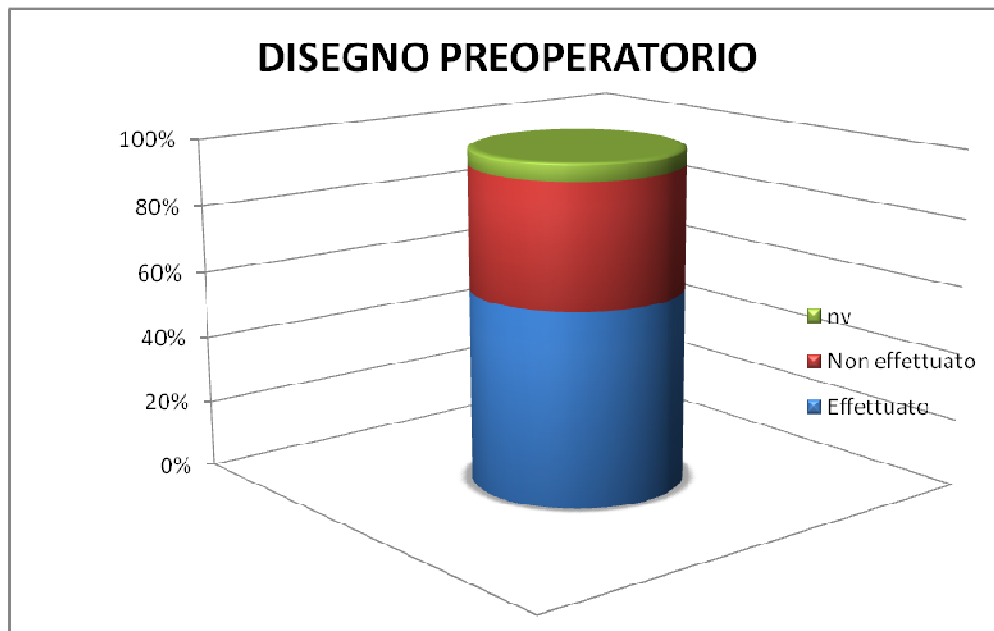


GRAFICO 2

Come si valuta dal grafico è fondamentale eseguire il disegno pre-operatorio per prevenire l'insorgenza delle complicanze peristomali e per favorire una corretta gestione dello stoma da parte dell'utente.

Nella realtà di Asti il disegno pre-operatorio viene eseguito per tutti gli interventi chirurgici intestinali in elezione, ma non sempre per quelli in urgenza.

Nei tre grafici successivi (grafico 3-4-5), è stato preso in considerazione il tipo di stomia. Nel grafico 3 sono descritte le zone del tratto intestinale in cui è stata confezionata la stomia.

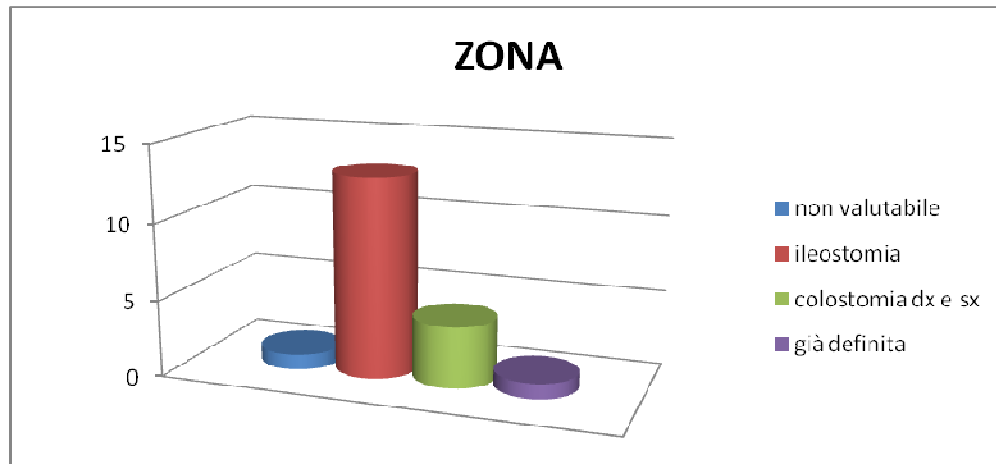


GRAFICO 3

Il 68% dei pazienti è portatore di ileostomia, il 21% di una colostomia destra o sinistra, il 5% sono pazienti stomizzati in precedenti ricoveri, il 5% non è valutabile perché la sezione della zona non è compilata.

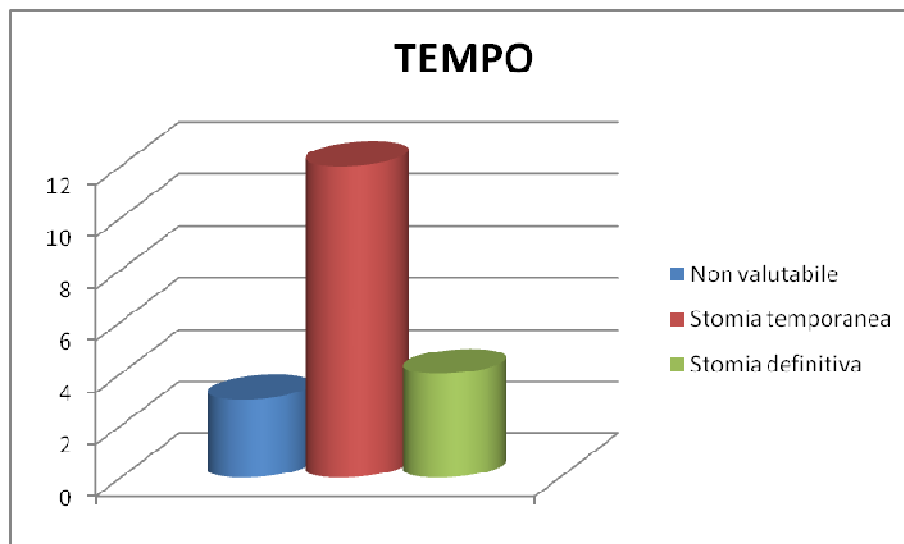


GRAFICO 4

In questo grafico ho preso in considerazione la variabile temporale, cioè il periodo di tempo che il paziente stomizzato mantiene la stomia. Il 63% della popolazione è portatore di una stomia temporanea, il 21% è portatore di una

stomia definitiva e nel 16% dei casi non si può valutare se la stomia sarà definitiva o temporanea.

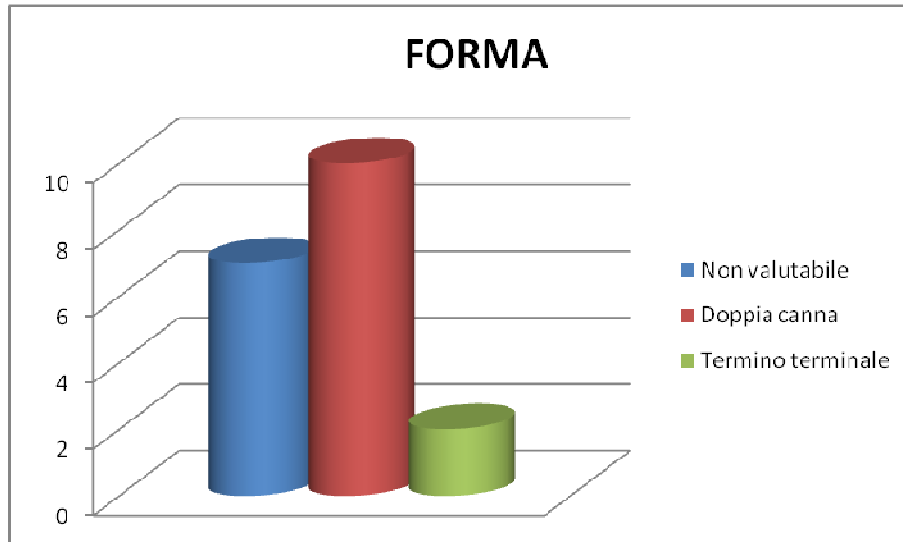


GRAFICO 5

L'analisi dei dati del grafico 5 dimostra che, il 53% dei pazienti ha una stomia a doppia canna, il 37% non è valutabile perché non è stata compilata la scheda nella sezione della forma, il 10% è portatore di una stomia termino terminale.

3.1.3. INTERVENTI INFERMIERISTICI

L'analisi degli interventi infermieristici ha portato alle evidenze dei dati descritti nel grafico 6. 72% sostituzione sacca monopezzo, 20% sostituzione sacca due pezzi, 4% rimozione baghette, 2% rimozione splint, 0% irrigazione colostomia, 2% irrigazione ileostomia.

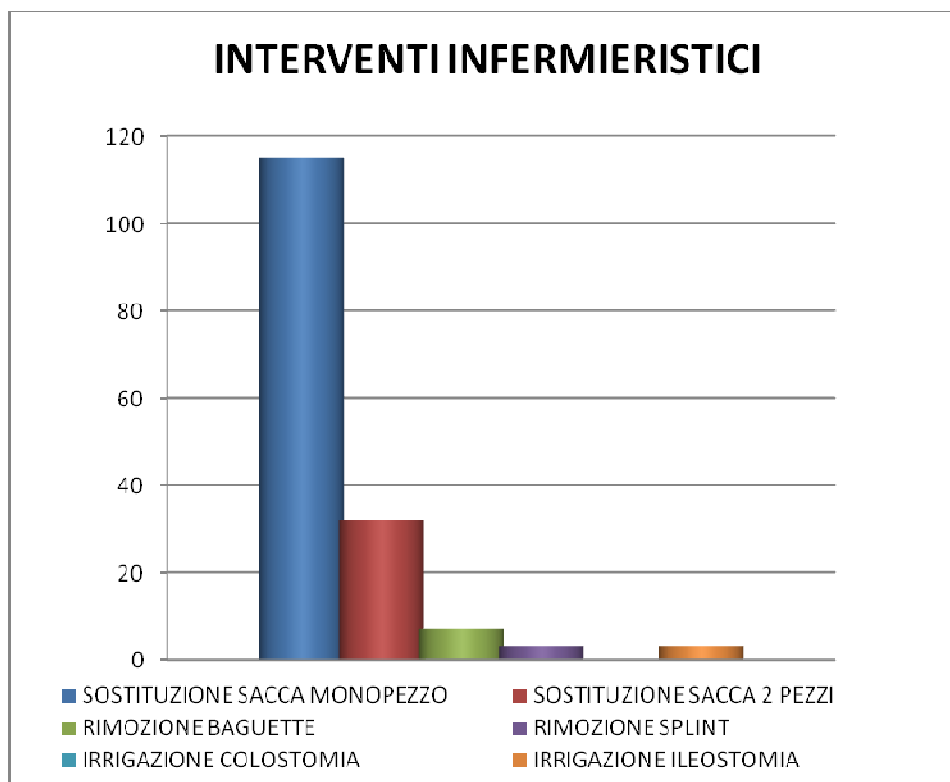


GRAFICO 6

Il grafico 6 rappresenta gli interventi infermieristici che sono stati attuati al paziente portatore di stomia.

3.1.4. CONDIZIONE STOMA GIUNZIONALE

Nel grafico 7 ho rappresentato la percentuale di pazienti che hanno riscontrato complicanze peristomali, e la percentuale di pazienti che non hanno avuto complicanze. Il 42% dei pazienti ha manifestato complicanze ed il 58% non ha avuto aggravamenti peristomali, durante la degenza nella S.O.C. di Chirurgia generale.

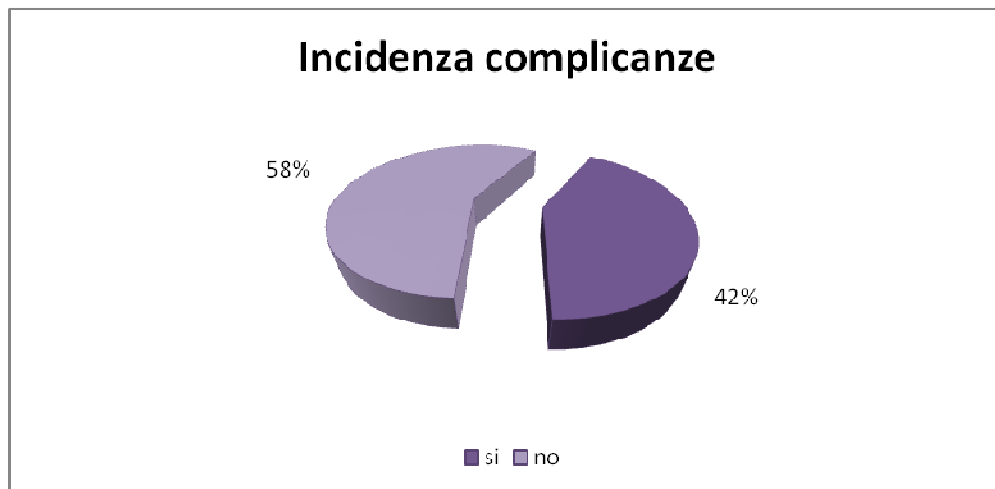


GRAFICO 7

Da questo grafico è possibile evincere che le complicanze peristomali insorte durante la degenza ospedaliera sono frequenti, ed è opportuno prevenirle.

3.1.5. CONDIZIONE CUTE PERISTOMALE

Nella "scheda persona portatrice di stomia", nella compilazione quotidiana della sostituzione del presidio e stomacare, è presente la voce condizione cute peristomale. Durante la sperimentazione della scheda ho verificato che non sempre questa sezione veniva compilata correttamente; in alcuni casi è stato scritto di fare riferimento alla "scheda di integrazione".

Ho ritenuto quindi non necessario tabulare questo dato, ma sostengo che sia opportuno compilare questa sezione perché è già un indice di un'alterazione cutanea peristomale.

3.1.6. CANALIZZAZIONE E CARATTERISTICHE EFFLUENTI

La canalizzazione del paziente portatore di stomia avviene dopo circa 3-4 giorni dal post-operatorio. Inizialmente le feci sono liquide, poi per quanto riguarda le stomie dell'ultimo tratto intestinale (colon), diventano semiliquide e si solidificano sempre di più con il passare dei giorni fino a raggiungere una consistenza naturale. Invece per le stomie che interessano il primo tratto intestinale (ileo) rimangono liquide.

È sempre importante valutare la qualità degli effluenti per proteggere la cute peristomale evitando le possibili complicanze.

Per quanto riguarda le stomie intestinali a seconda del tratto interessato le feci hanno caratteristiche differenti.

In alcuni casi le feci in base al tratto intestinale interessato sono irritanti per la cute peristomale e favoriscono l'insorgenza di complicanze, quindi bisogna proteggere la cute circostante.

Colostomia discendente: il tratto di colon rimasto è normalmente sufficiente ad assorbire i liquidi, le feci sono solide e quindi non irritanti.

Colostomia trasversa: normalmente la consistenza delle feci è semi-liquida, anche se in alcuni casi si presentano solide; nelle feci sono presenti enzimi digestivi; ed è necessario proteggere la cute circostante allo stoma.

Colostomia ascendente: le feci sono sempre liquide e continue, i liquidi escreti contengono succhi digestivi irritanti. La protezione della cute è indispensabile.

Ileostomia: feci liquide che fluiscono in continuo. (l'ileo è il tratto di intestino che precede il colon e quindi l'intestino non ha ancora avuto modo di riassorbire i liquidi.) i liquidi contengono enzimi irritanti. È indispensabile la protezione della cute.

Per quanto riguarda le stomie urinarie qualunque sia l'intervento chirurgico effettuato (es. ureterocutaneostomia, ureteroileostomia); l'urina non raggiungerà più l'esterno attraverso l'uretra, ma attraverso lo stoma e fluirà nel sistema di raccolta. Quindi la cute peristomale deve essere adeguatamente protetta: in primo luogo perché l'emissione dell'urina è continua, poi perché le sostanze in essa contenute possono, col tempo, danneggiare lo strato superficiale della pelle, portando così all'insorgenza di complicanze peristomali.

3.1.7. INTERVENTI EDUCATIVI

Nel grafico 10 si riporta il grado di dipendenza dei pazienti e dei propri parenti nell'autonomia della gestione della stomia. È possibile valutare che: il paziente è dipendente per il 78%, il parente è dipendente per il 68%; il paziente è semi-autonomo per il 20%, il parente è semi autonomo per il 18%; il paziente è autonomo per il 1%, il parente è autonomo per il 7%; non è valutabile per 0% dei pazienti e per il 6% dei parenti.

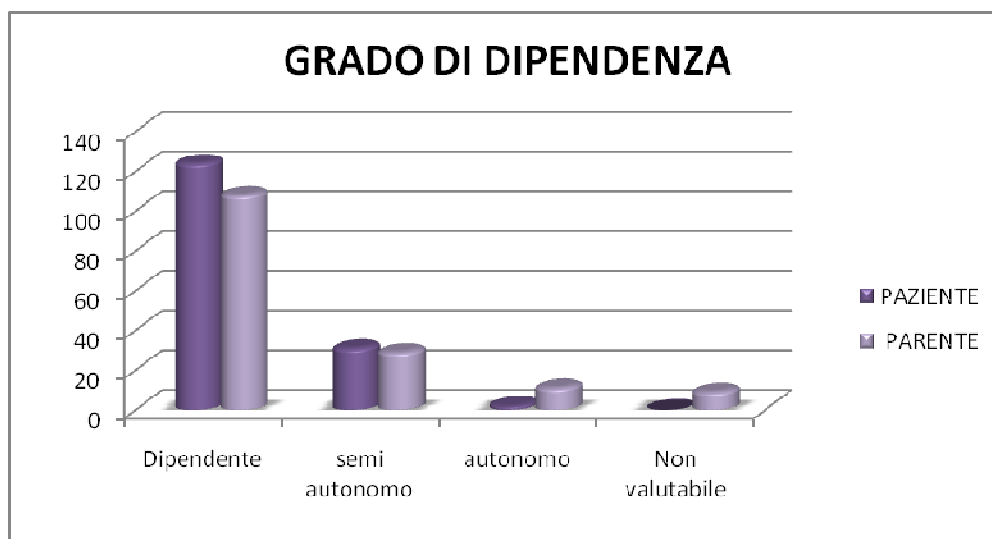


GRAFICO 8

Tramite questo grafico si valuta che l'assistenza infermieristica sull'autonomia nella gestione dello stomacare non è stata del tutto valida perché molti pazienti e parenti sono dipendenti e semi-autonomi sulla gestione dello stoma.

3.2. DATI RELATIVI A: "SCHEDA DI INTEGRAZIONE"

Nel grafico 9, si descrive l'incidenza delle complicanze peristomali ed in particolare la dermatite.

È possibile evincere che nell'84% dei casi sono presenti complicanze peristomali, ma non sono dermatiti. Il 16% dei casi ha manifestato la dermatite peristomale, di questi il 10% rappresenta la dermatite L2 (lesione erosiva con perdita di sostanza sino e non oltre il derma); il 6% rappresenta la dermatite L1 (lesione iperemica, arrossamento peristomale senza perdita di sostanza).

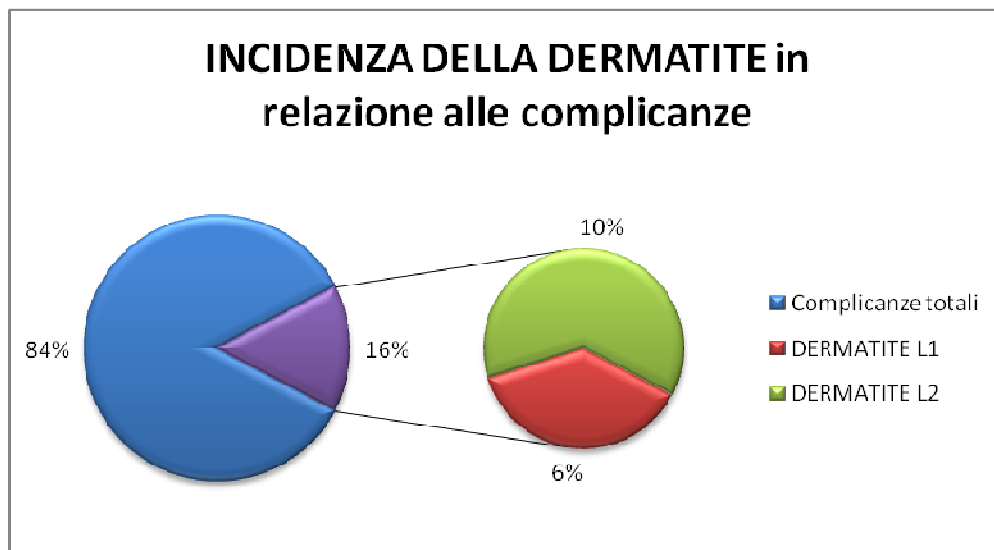


GRAFICO 9

Questo grafico rappresenta che la dermatite peristomale è una tra le più importanti complicanze, quindi per evitare una riduzione dei casi è fondamentale la prevenzione della cute peristomale.

Il grafico 10, rappresenta l'incidenza delle complicanze peristomali in relazione alla zona.

Il 50% dei pazienti manifesta la retrazione della stomia in zona T3 (inferiore sinistra), il restante 50% ha sviluppato la retrazione in zona T4 (inferiore destra). Il distacco della giunzione muco-cutanea è presente nel 2% in zona T1 (superiore destro), nel 15% in zona T2 (superiore sinistra), nel 20% in zona T3, nel 15% in zona T4 e nel 48% in zona T5 (totale). La necrosi si è manifestata nel 100% dei casi in zona T2. La dermatite si sviluppa nel 50% dei casi in zona T2 e nel 50% dei casi in zona T3. Il prolasso si estende per il 100% dei casi in zona T5.

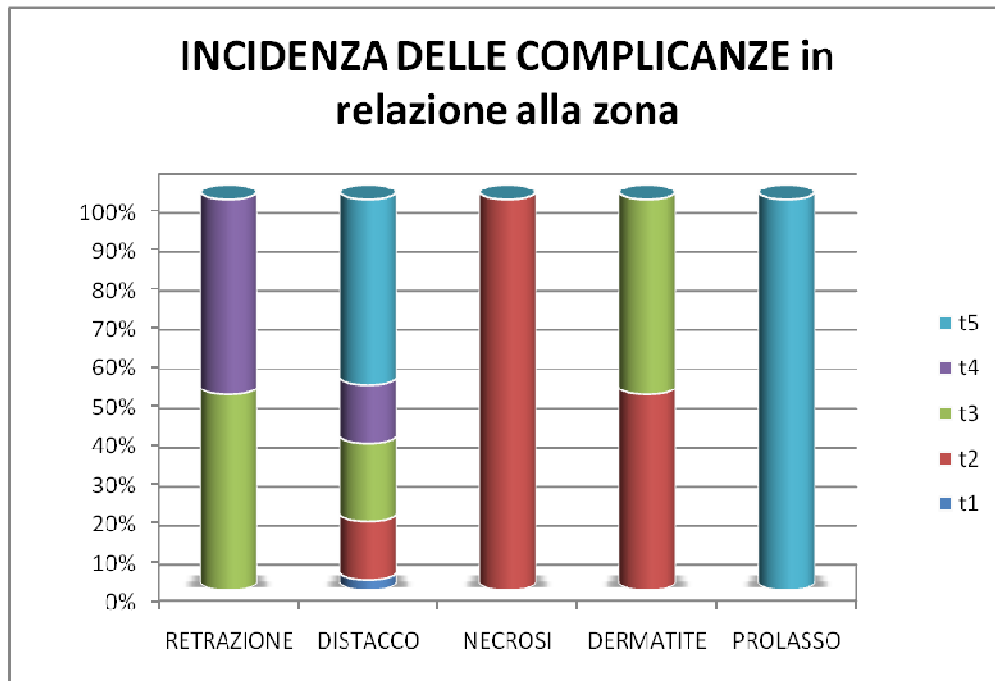


GRAFICO 10

Come si può valutare dal grafico le zone con maggiore incidenza di complicanze sono il 24% in zona T3 e il 35% in zona T5.

Nel grafico 11 è possibile dedurre gli interventi infermieristici in base alle complicanze peristomali. Il prolasso è stato trattato così: nel 22% con

l'esplorazione dello stoma, nel 33% è stato utilizzato un presidio non restrittivo e nel 45% dei casi è stata applicata la soluzione di eosina. Per quanto riguarda la dermatite gli interventi infermieristici adottati sono: nel 28% dei casi è stata applicata la soluzione di eosina, nel 44% dei casi è stata applicata la pasta di idrocolloide e nel 28% dei casi è stata applicata la polvere di idrocolloide. Un'altra complicanza trattata è la necrosi che è stata trattata nel seguente modo: nel 19% dei casi è stata utilizzata la soluzione di eosina, nel 36% la pasta di idrocolloide, nel 27% la polvere di idrocolloide, nel 9% è stata effettuata la toiletta mucosa e nel 9% dei casi è stata utilizzata la pasta all'ossido di zinco. Il distacco è stato trattato con: nel 3% dei casi è stata utilizzata l'eosina, nel 35% pasta di idrocolloide, nel 6% idrogel, nel 17% idrofibra, nel 35% polvere di idrocolloide, nel 2% strisce di idrocolloide e nel restante 2% è stata effettuata la toiletta della mucosa. La retrazione è stata trattata nel 44% con pasta di idrocolloide, nel 28% con polvere di idrocolloide e nel 28% con dispositivo convesso.

In questo grafico è possibile valutare la molteplicità degli interventi infermieristici adottati dalle stomaterapiste per affrontare le complicanze peristomali; molti interventi sono stati associati tra loro per avere un miglior risultato sulla risoluzione del problema.

COMPLICANZE - INTERVENTI INFERMIERISTICI

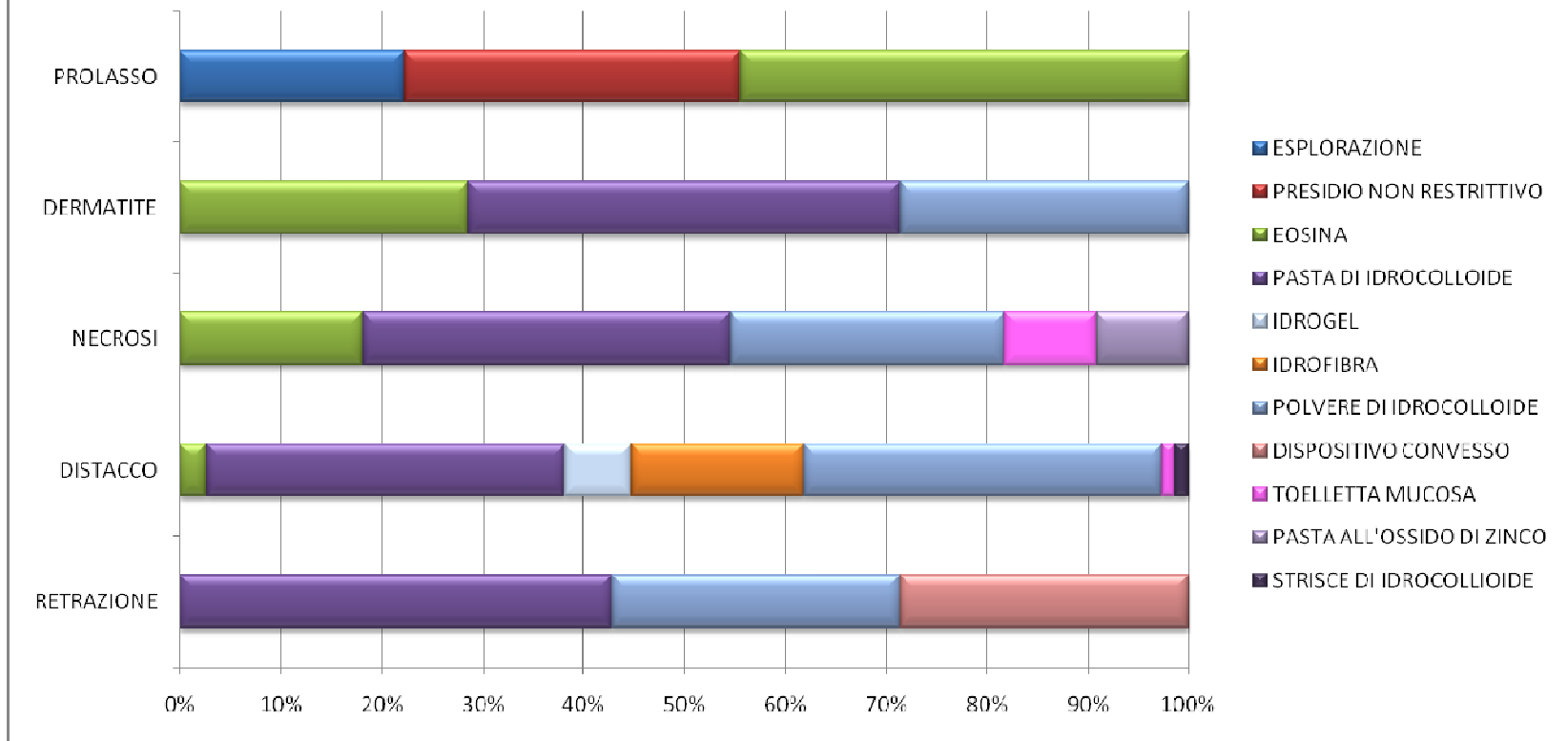


GRAFICO 11

3.3. RIFLESSIONI EMERSE DALL'AUDIT CLINICO

In base alla sperimentazione della “scheda di integrazione” è stato necessario modificarla codificando le complicanze in lettere in ordine alfabetico, come si evince nella scheda definitiva. Questa modificazione è stata necessaria per interpretare meglio le complicanze.

La scheda, nonostante le modifiche apportate, non è mai stata utilizzata nella S.O.C. di Urologia per la difficoltà di gestione del paziente, anche la scheda del paziente portatore di stomia non viene utilizzata. Ciò rende difficile la gestione del paziente stomizzato da parte delle stomaterapiste, le quali non sempre sono a conoscenza di un paziente portatore di urostomia. Utile sarebbe coinvolgere in modo attivo le colleghe e renderle partecipi della continuità assistenziale per favorire un'assistenza integrata al paziente. Nella S.O.C. di Chirurgia Generale era già in uso la scheda del paziente portatore di stomia, ed inserire la scheda delle complicanze è stato più semplice. La scheda è stata compilata dalle stomaterapiste durante i giorni feriali, e nei giorni festivi veniva compilata dagli infermieri di reparto, ma questo non sempre accadeva. La mancanza di episodi di non compilazione rispetto ad esempio alla compilazione riguardo la ripresa della canalizzazione, ha reso difficile, in alcuni casi, la continuità assistenziale per la gestione delle complicanze. L'inserimento della scheda d'integrazione allegata alla scheda del paziente portatore di stomia, è stata molto utile perchè ha dato una svolta notevole all'assistenza del paziente stomizzato: in questo modo si è cercato di prevenire eventuali complicanze, e quando queste si presentavano, si è cercato di garantire interventi assistenziali appropriati, che hanno portato ad un notevole miglioramento delle complicanze. Rispetto alla scheda d'integrazione da me inserita il personale della Chirurgia e le stomaterapiste, hanno ritenuto necessario modificare alcuni aspetti, per rendere più semplice la compilazione anche da parte del personale delle degenze.

4. CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI FINALI

4.1. CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI FINALI

Sulla base di quanto è emerso dall'elaborazione della tesi, si possono sintetizzare alcune constatazioni:

- La nuova posizione che la professione infermieristica ha assunto, anche in virtù di alcuni importanti cambiamenti legislativi (D.M. 739/1994; L. 42/1999), ha reso gli infermieri più autonomi e protagonisti nell'attività del nursing. Essi stanno, dunque, portando avanti un processo per migliorare la pratica assistenziale.
- A questo proposito, gli infermieri che hanno compilato la "scheda d'integrazione", ritenevano incompleta la "scheda della persona portatrice di stomia" da loro utilizzata, in quanto mancante di alcuni dati e relative informazioni sulle complicanze peristomali.
- In conformità alla loro maggiore partecipazione, gli infermieri di reparto e gli stomaterapisti hanno avanzato delle proposte in merito alla cartelle infermieristiche, al fine di renderla più completa e idonea a migliorare la pianificazione e l'erogazione dell'assistenza.

A fine studio è emerso che, il fenomeno di complicanze peristomali, è presente nella realtà astigiana di Chirurgia Generale in modo conforme all'incidenza delle infezioni rispetto ai dati rilevati dalla letteratura per quanto riguarda i pazienti sottoposti ad una chirurgia intestinale con il confezionamento della stomia. Il ruolo dell'infermiere è importante nell'assicurare una continuità assistenziale al paziente stomizzato. È importante, non solo riconoscere l'esistenza del problema, ma anche gestire e supportare la persona con queste complicanze debilitanti.

Con il mio elaborato si è visto che, la sperimentazione ha trasmesso agli stomaterapisti ed agli infermieri di reparto i dati relativi all'insorgenza delle complicanze e l'adeguato trattamento per prevenirle e/o gestirle con il metodo più adatto. Le complicanze sono sempre gestite dalle stomaterapiste, le quali, sulla scheda d'integrazione hanno indicato gli interventi infermieristici adottati, che sono stati utilizzati anche dagli infermieri di reparto. Come si può evincere dai risultati ottenuti c'è sempre stato un miglioramento notevole delle complicanze peristomali, da ciò si comprende l'importanza di questo strumento. Sarebbe interessante utilizzare questa scheda in futuro, con un'osservazione epidemiologica rispetto alla reale incidenza delle complicanze peristomali nel reparto di Chirurgia generale e nelle altre realtà italiane. Osservando anche come le complicanze vengono trattate, alle conseguenze da esse derivate in un'ottica di qualità, efficacia ed efficienza sanitaria, ma anche per quanto riguarda i costi aziendali sanitari.

4.2. CONFRONTO CON LA LETTERATURA

L'intento della scheda d'integrazione è stato quello di identificare quanti pazienti presentano le complicanze peristomali durante la degenza nei reparti di Chirurgia generale e Urologia e come queste sono gestite dagli operatori sanitari. L'analisi dei risultati⁵⁸ ha permesso di metter in luce, l'importanza dello stoma care nei pazienti portatori di stomia intestinale e/o urinaria e la sensibilità degli operatori a questo problema. Una corretta educazione e gestione dello stoma è fondamentale nel soggetto stomizzato, l'obiettivo principale è quello di evitare il rischio di complicanze che, un'alterata cura del paziente può causare.

Il termine complicanza significa l'insieme delle affezioni dello stoma, precoci e tardive, precostituite, spontanee, secondarie.

Le complicanze stomali condizionano la prognosi del paziente in questione, gli studi epidemiologici hanno dimostrato che i pazienti portatori di stomia, dopo

l'intervento chirurgico presentano una notevole incidenza di complicanze, e una maggiore durata della degenza media ospedaliera, rispetto a soggetti senza complicanze. E' evidente che tutto ciò non dipende esclusivamente dalla cura della stomia, ma anche dalla tecnica utilizzata per il confezionamento della stessa in sala operatoria.

Le cause delle complicanze stomali sono dovute alla tecnica chirurgica, in questo caso, possono essere risolte con opportuna terapia conservativa, mentre altre volte richiedono un re-intervento chirurgico; oppure l'insorgenza delle complicanze può essere dovuta alla scorretta gestione della stomia.

Risulta, quindi, fondamentale la valutazione della cute peristomale e, tutti gli operatori sanitari devono cooperare per migliorare la condizione patologica del soggetto stomizzato. Nell'analisi clinica che ho elaborato, ho coinvolto molti infermieri stomaterapisti, infermieri di reparto e pazienti stomizzati; molti di essi hanno collaborato all'elaborazione del mio studio e altri un po' meno.

Il ruolo infermieristico non è da sottovalutare, in particolare l'infermiere stomaterapista deve sapere a quali complicanze può andare incontro il paziente stomizzato e pertanto deve cercare di prevenirle, monitorizzando il paziente, già prima dell'intervento chirurgico con il disegno pre-operatorio e soprattutto nel post-operatorio.

In letteratura ci sono stati nel corso di questi ultimi anni, tentativi di "gestione/classificazione" che, hanno preso in prestito stadiazioni di lesioni cutanee, per la classificazione delle complicanze⁵⁹. Nasce da tali motivazioni il Gruppo di Studio Osservazionale Multicentrico sulle Alterazioni Cutanee Postenterostomie (SACS), che si pone come primo obiettivo quello di studiare e classificare le alterazioni cutanee secondarie a confezionamento di enterostomie. La scala SACS è quella che io ho utilizzato per elaborare la "scheda d'integrazione". Lo studio ha preso in considerazione 16 esami clinico-laboratoristici e foto digitali, valutati e confrontati a tempi predefiniti (0, 4, 12 e

24 settimane) ed elaborati. Dopo circa due anni di reclutamento dei pazienti, studio, *consensus conference*, si è giunti ad una classificazione ovvero la classificazione che ho utilizzato nella sperimentazione. La scala è semplice ed immediata in grado di permettere un'identificazione chiara ed accettata dello stato della lesione. Lo studio ha avuto come campione 300 pazienti reclutati in diverse regioni d'Italia. Gli operatori coinvolti sono stati medici e infermieri stomaterapisti che gestiscono quotidianamente i pazienti portatori di stomie. Attraverso tale classificazione si è raggiunto il primo obiettivo prefissato: è stato infatti creato un mezzo di *valutazione oggettiva* tale da costituire una nuova linea guida per la corretta lettura e diagnosi delle alterazioni stesse. Il Gruppo SACS si è prefissato comunque un secondo obiettivo, ossia individuare le cause e il trattamento più idoneo. La ricerca e lo studio sono ancora in corso, ma l'aver raggiunto il primo obiettivo è già una conquista. Fornire un mezzo idoneo agli stomaterapisti e agli operatori sanitari che si trovano a dover effettuare una diagnosi corretta non può che essere uno strumento di qualità sia per l'utente che per chi lo utilizza⁶⁰.

Tramite la scheda di integrazione ho avuto come ci dice la letteratura una valutazione oggettiva del paziente stomizzato e ho potuto quantificare e valutare la gestione delle complicanze tramite le diverse medicazioni utilizzate cercando di raggiungere il secondo obiettivo che cita la letteratura.

4.3. SCHEDA PERSONA PORTATRICE DI STOMIA (VERSIONE DEFINITIVA).

Durante la pratica clinica la scheda del paziente stomizzato da me introdotta in reparto è stata modificata in maniera appropriata per il miglioramento della pratica clinica del reparto di Chirurgia generale e per facilitarne l'utilizzo, anche

in merito all'accREDITamento sul colon-retto che si è verificato a luglio del 2010. Vedi (allegato 4-5).

4.4. CRITICITÀ DELLO STUDIO E SPUNTI PER APPLICAZIONI ALLA REALTÀ

La scheda del paziente stomizzato è stata una scheda molto utile per la valutazione però non sempre c'è stata continuità nell'utilizzarla. Il sabato e la domenica non è sempre stata redatta, perché non erano presenti gli stomaterapisti e non tutti gli infermieri di reparto hanno collaborato nella compilazione. Lo strumento d'integrazione nonostante l'audit clinico ed i miei accertamenti settimanali non è stato continuamente compilato in modo corretto. Alcuni professionisti sanitari non sono riusciti a gestire esattamente le complicanze peristomali. A tal proposito si è proposto di attuare dei corsi E.C.M. per la gestione della stomia, la prevenzione e gestione delle complicanze peristomali. Spero che con il mio elaborato la "scheda delle complicanze peristomali" possa essere introdotta in tutti i reparti chirurgici della realtà di Asti, e che possa essere utile per ridurre l'insorgenza delle complicanze peristomali e la cura delle stesse.

BIBLIOGRAFIA

¹Codice Deontologico 2009, Federazione Nazionale Collegio Infermieri, Consiglio Nazionale dei Collegi Ipasvi.

²Profilo Professionale dell'infermiere, D.M. 739 14 settembre 1994, (Ultima revisione 17 gennaio 2009).

³AIOSS, G Rastelli, *Gestione infermieristica delle alterazioni cutanee peristomali*, Paper's World srl. Bellante 2009.

⁴AIOSS, Zanotti R. *Coloproctologia, stomia e incontinenza*, Carocci Faber. Roma: 2006.

⁵Pizzi S, Muttillio G. *La persona stomizzata, assistenza e riabilitazione*, McGraw-hill. Milano 2006.

⁶D'Amico F, *Chirurgia Generale-Fisiopatologia-Clinica-Terapia*, PICCIN. Milano 2006.

⁷Dionigi R, *Chirurgia*. Masson. Milano 2002.

⁸Colombo C, Paletto AE, Maggi G, Masenti E, Massaioli N, *Trattato di chirurgia*. Minerva. Torino 2005.

⁹Opera già citata 7.

¹⁰Franceschini F, *Il paziente stomizzato*. UTET. Torino 2005.

¹¹Opera già citata 10.

¹²Pavan G, *Nursing in endourologia dell'alto apparato urinario*. Masson. Milano 2003.

¹³<http://www.robertoaloesio.it/Pubblicazioni/Complicanze%20Stomie.pdf> (14/08/2010).

¹⁴Mandressi A, Bernasconi S, *oncologia chirurgica*. Masson. Milano 2000.

¹⁵http://www.robertoaloesio.it/Stomie_2.htm (14/08/2010).

-
- ¹⁶Burc J; *Assesment and management of ostomal complications: a framework for clinical decision making*; *Ostomy Wound Manage.* 2004 Sep; vol 9: 54-56.
- ¹⁷Turnbull GB; *the convexity controversy.* *Ostomy Wound Manage.* 2003 jan; vol 49:7-16.
- ¹⁸AIOSS, C Saracco, *Clinica infermieristica in stoma terapia dalle evidenze agli strumenti operativi*, Hollistar. Assago 2007. 180-186.
- ¹⁹Association Francaise d'Entérostoma-Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte-enterostomie.* Hollister. Francia 2003.
- ²⁰Burch J; *the pre-and postoperative nursing care for patients with a stoma*; *Br J Nurs.* 2004 vol 13: 307-314.
- ²¹AIOSS, C Saracco, *Clinica infermieristica in stoma terapia dalle evidenze agli strumenti operativi*, Hollistar. Assago 2007. 191-193.
- ²²Opera già citata 21.
- ²³Burch J, Sica J BR J; *Stoma care accessories: an overview of a crude market.* *Community Nurs.* 2005, vol 10: 24-31.
- ²⁴Sasso L., Convento, Gahiano; *Le enterostomie: la pelle*; in *Scienze infermieristiche generali e cliniche*; 2006; 314-421.
- ²⁵Opera già citata 4.
- ²⁶http://www.aistom.org/attachments/229_Presidi%20ed%20accessori%20nella%20gestione%20delle%20complicanze%20stomali.pdf.
- ²⁷Yura H., Walsh M.B.; *il processo di Nrsing*; edizione Sorbona; Milano; 2004.
- ²⁸Tronconelli, Piervittori, Tieri, Miele, *La riabilitazione enterostomale*, in: *L'infermiere professionista in chirurgia*; 2006: 372-379.
- ²⁹Simeone C, Antonelli A, Tonini G, Cunico SC. *Ileal conduit and stoma complications.* *Arch Ital Urol Androl.* 2003, vol 25:6-9.

-
- ³⁰Rutledge FXM; Thompson MJ, Byd_Carson W; *effective stoma siting*; Nurs Stand. 2006, vol 3: 15-21.
- ³¹Guilbert JJ. "*Guida Pedagogica per il personale sanitario*". OMS, Pubb.2005, vol 34: 43-47.
- ³²Casati M, *La documentazione infermieristica*, McGraw-Hill, Seconda edizione, Milano 2005.
- ³³Taylor P; *Care of patients with complications following formation of a stoma*; Prof Nurse. 2005, vol 17, 252-258.
- ³⁴Sasso L, Gamberoni M, Marmo G, Rocco G, Ribaldi L; *L'infermieristica generale e clinica per problemi prioritari di salute*; McGraw-Hill, 2005 Milano.
- ³⁵Sommaruga M, *Comunicare con il paziente: la consapevolezza della relazione nella professione infermieristica*; Carocco, 2006 Roma.
- ³⁶Rotondi M, Franco Angeli, "*facile l'apprendere*"; Holistar, 2006 Milano.
- ³⁷Opera già citata 3.
- ³⁸Opera già citata 21.
- ³⁹Marullo A. *Nursing oggi*. Numero 2, 1999.
- ⁴⁰Sasso L, Lotti A. *Problem Based Learning per le professioni sanitarie*. McGraw-Hill. Milano 2007.
- ⁴¹Pulcini J. Wagner M. (2004). *Nurse practitioner education in the United States*. (15/09/2010).
- ⁴²La consulenza infermieristica tra l'infermiere esperto in wound care e l'infermiere stomaterapista: proposta di gestione e aggiornamento in tema di complicanze cutanee peristomali Di Lorenza Manganini. *Io infermiere*. Milano 2007.

⁴³Jensen GL, Friedmann JM, Coleman CD, Smiciklas-Wright H. *Screening for Hospitalization and nutritional risks among community-dwelling persons*. Am .J. Clin. Nutr, 2000.

⁴⁴Benbunan Bentata B, Alfaya Gòngora MM, Chocròn Cohen S, Cruz Quintana F,Villaverde Gutiérrez C & Roa Venegas JM.*The emotional impact of a hospital*. Rev. Enferm, 2005, 28: 35-42.

⁴⁵Castellucci A, Saiani L, *Viaggi guidati, il tirocinio e il processo tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie*. Franco Angeli. Milano 1997.

⁴⁶http://www.aslbrescia.it/asl/media/documenti/cure_primarie/anno%202009/Medici%20delle%20Cure%20Primarie/Strumenti%20professionali/Assistenza%20protesica%20ed%20integrativa/Protocollo%20Stomie.pdf (09/10/2010).

⁴⁷Simeoni I, A. Ma De Santi, *Comunicazione in medicina, collaborazione tra professionisti sanitari*, SEED, Milano 2009. 11-17.

⁴⁸Royal College of Nursing (2002, rivisto nel 2005) *Nurse practitioner: An RCN guide to the nurse practitioner role, competencies and programme approval*. London.

⁴⁹L Juall Carpenito, *diagnosi infermieristiche applicazione alla pratica clinica*, Ambrosiana, Milano 2007. 5.

⁵⁰Opera già citata 22.

⁵¹Opera già citata 22.

⁵²Lo Biondo-Wood G, Habert J.*La metodologia della ricerca infermieristica*. Sansoni, Firenze 2007.

⁵³ <http://www.ipasvi.laspezia.net/pubblicazioni/newsletter/urostomie.pdf> (10/09/2010).

⁵⁴Opera già citata 3.

⁵⁵Cantarelli M, *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, Collana di Scienze Infermieristiche. Masson. Milano 1997.

⁵⁶ <http://www.cipespiemonte.it/cedo/allegati/254-ottawa.htm> (12/09/2010).

⁵⁷ <http://www.aslal.it/Sezione.jsp?idSezione=331> (12/10/2010).

⁵⁸ Bosio G, Pisani F, Fonti A, Scrocca A, Morandell C, Anselmi L, Antonini M, Molitello G, Mastronicola D, Gasperini S, Lucibello L, *Studio osservazionale multicentrico sulle alterazioni cutanee post-enterostomie (SACS). Classificazione delle alterazioni peristomali*, 2006. G Chir Vol 27 numero 6/7: 251-254.

⁵⁹ Chiari P, Mosci D, Naldi E. *L'infermieristica basata su prove di efficacia*. Mc Graw-Hill. Milano 2006.

⁶⁰ Perkins ER. *Screening people: a review of the literature in the light of the new general practitioner contract*. Br J Gen Pract, 2000.