

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

**STRATEGIE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA
QUALITÀ DI VITA NELLE PERSONE
PORTATRICI DI STOMIA INTESTINALE:
UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore:
Dott. infermiere Simioni Matteo

Laureando: Battaglia Alessandro
Matricola n. 2017076

Anno accademico 2022-2023

*“Ai miei genitori, a mia sorella, ai miei nonni,
grazie per il sostegno in questo percorso accademico.”*

ABSTRACT

Background. In Italia più di 70mila persone sono portatrici di stomia, e tale condizione coinvolge persone di tutte le età (media = 65,73 anni), con prevalenza negli over 70. Essa ha un impatto significativo sulla vita quotidiana del paziente, influenzando su aspetti che vanno dall'attività fisica limitata alle dinamiche delle relazioni sociali.

Obiettivo. L'obiettivo di questo studio è indagare le strategie per il miglioramento della qualità di vita nelle persone autonome portatrici di stomia intestinale.

Materiali e metodi. In questa revisione della letteratura sono stati presi in esame pazienti adulti con stomia intestinale, autonomi, aventi un'età superiore ai 18 anni. La qualità della vita (QOL) è stata indagata tramite questionari specifici, analizzando le differenze tra i pazienti che praticano l'irrigazione del colon (IC) e quelli che non lo fanno, nonché tra coloro che effettuano la marcatura dello stoma (*stoma siting*) e chi non la pratica. Dalla revisione sono stati individuati e analizzati 10 articoli che soddisfacevano i criteri di eleggibilità.

Risultati. Dall'analisi è emerso che la stomia compromette in modo significativo la QOL dei pazienti e che l'IC e la marcatura del sito operatorio, potrebbero migliorare la qualità di vita dei pazienti con stomia intestinale. Rispetto alle strategie individuate, sono stati analizzati i seguenti fattori: durata e frequenza dell'irrigazione, continenza e perdite, dolore addominale, cattivo odore, viaggiare, dieta e alimentazione, indipendenza e assistenza, complicanze. Per quanto riguarda l'irrigazione è stato rilevato un punteggio di 69,2 (55,0–81,6) mediante Stoma-QOL nei pazienti che praticano l'IC e di 58,3 (40,0–73,3) nei pazienti che non praticano ($P < 0,001$); questi risultati sono simili ad altri studi sull'IC. Mentre rispetto allo *stoma siting*, si è visto che ha influito positivamente sull'appetenza, la cura di sé e l'indipendenza.

Conclusioni. Le strategie esaminate (IC e *stoma siting*) sembrano poter apportare benefici alla qualità della vita dei pazienti autonomi con stomia intestinale. È utile per ulteriori studi approfondire altri fattori e per indagare la qualità di vita utilizzare il questionario ad hoc Stoma-QOL, confrontando popolazioni con background omogenei.

Parole chiave. *Ostomy, intestinal ostomy, colostomy, quality of life, improving quality of life, irrigation, methods to improve quality of life, stomatherapy, nutrition, stoma site marking.*

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1	3
1.1 Definizione e classificazione	3
1.1.1 Stomie intestinali.....	4
1.1.2 Stomie urinarie.....	6
1.2 Indicazioni al confezionamento	6
1.3 Complicanze stomali e peristomali.....	10
1.3.1 Principali complicanze.....	11
1.4 Aspetti epidemiologici.....	14
1.5 Assistenza infermieristica al paziente stomizzato	16
1.5.1 Assistenza pre-operatoria.....	17
1.5.2 Assistenza post-operatoria	19
1.5.3 Assistenza alla dimissione.....	23
1.6 Il metodo dell'irrigazione	25
1.7 Linee guida assistenziali	29
CAPITOLO 2	31
2.1 Scopo della Tesi.....	31
2.2 Quesito di ricerca (PIO)	31
2.3 Disegno dello studio	31
2.4 Strategie di ricerca.....	31
2.4.1 Parole chiave.....	32
2.4.2 Stringhe di ricerca.....	32
2.5 Criteri di selezione del materiale	33
2.6 Valutazione qualitativa degli studi.....	33
CAPITOLO 3	35
3.1 Presentazione degli studi	35
3.2 Metodo dell'irrigazione	35
3.2.1 Durata e frequenza dell'irrigazione	37
3.2.2 Continenza e perdite durante l'IC.....	38
3.2.3 Dolore addominale	39
3.2.4 Cattivo odore.....	40
3.2.5 Viaggiare.....	40
3.2.6 Altri fattori	40

3.2.7 Controindicazioni	41
3.3 Metodo della marcatura del sito dello stoma	42
3.3.1 Dieta e alimentazione	43
3.3.2 Qualità della vita a distanza di tempo	44
3.3.3 Indipendenza e assistenza nella cura della stomia.....	45
3.3.4 Altri fattori.....	46
3.3.5 Complicanze.....	47
CAPITOLO 4	49
4.1 Discussione dei risultati	49
4.2 Metodo dell'irrigazione.....	49
4.2.1 Durata e frequenza dell'irrigazione.....	49
4.2.2 Continenza e perdite durante l'IC	50
4.2.3 Dolore addominale	50
4.2.4 Cattivo odore	50
4.2.5 Viaggiare	51
4.2.6 Altri fattori.....	51
4.2.7 Controindicazioni	52
4.3 Metodo della marcatura dello stoma	53
4.3.1 Dieta e alimentazione	53
4.3.2 Qualità della vita a distanza di tempo	53
4.3.3 Indipendenza e assistenza nella cura della stomia.....	54
4.3.4 Altri fattori.....	54
4.3.5 Complicanze.....	54
4.4 Limiti della ricerca	55
4.5 Implicazioni per la pratica	55
4.6 Implicazioni per la ricerca.....	55
4.7 Conclusioni.....	56

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATO 1

ALLEGATO 2

INTRODUZIONE

In Italia, più di 70mila persone hanno una stomia, intestinale o urinaria, cioè un'apertura creata sulla superficie del corpo, priva di terminazioni nervose; per questo non può essere controllata volontariamente dal paziente, rendendo inevitabile il continuo rilascio di feci o urine. La maggior parte delle persone, se gli venisse comunicata la necessità di convivere con una stomia, potrebbe reagire con preoccupazione, facendo fatica ad accettare l'intervento. Pertanto, diventa fondamentale fornire una formazione adeguata e un programma di riabilitazione condotto da un infermiere specializzato in stomaterapia.

L'interesse per le stomie è emerso durante uno stage, della durata di un mese, presso un ambulatorio stomie di un ospedale Veneto. Durante questa significativa esperienza, ho constatato che numerosi individui di diverse età e generi si trovano ad affrontare l'intervento di stomia, dall'adolescente di 18 anni alla persona autonoma di 65 anni. Queste persone, dopo l'intervento, cercano di ritornare alle loro vite precedenti, anche se molti di loro credono erroneamente che la creazione della stomia segni la fine della loro vita come la conoscevano, e la percepiscono come una disabilità, quando in realtà non è affatto così. È proprio a partire da questa esperienza che ho sviluppato l'interesse per l'argomento delle stomie e ho riconosciuto l'importanza di esplorare e promuovere approcci finalizzati a migliorare la qualità della vita e il ritorno alle normali attività quotidiane pre-intervento per questi individui. Per questo motivo, la seguente revisione della letteratura mira ad esplorare vari approcci volti a migliorare la qualità della vita e il recupero delle normali attività quotidiane pre-intervento, facendo uso di alcune banche dati.

Il lavoro è strutturato in quattro sezioni principali: la prima sezione, intitolata "Background", introduce il lettore al mondo delle stomie, fornendo spiegazioni sulle loro tipologie e classificazioni e introducendo la figura dell'infermiere stomaterapista. Segue poi la sezione dedicata alla metodologia utilizzata, denominata "Materiali e Metodi". La terza sezione è incentrata sull'analisi dei risultati ottenuti dagli articoli inclusi nella revisione. Successivamente, vi è la sezione "Discussione" in cui verranno esaminati e interpretati i risultati, per finire con una sezione dedicata alle conclusioni.

CAPITOLO 1

BACKGROUND: LE STOMIE

1.1 Definizione e classificazione

Il termine “stomia” deriva dal greco “stoma” e significa “bocca”. In medicina, “stomia” si riferisce ad un'apertura di un organo cavo creata chirurgicamente sulla superficie del corpo per consentire l'escrezione dei prodotti di scarto (Ambe et al., 2018).

La stomia può essere necessaria quando una parte del sistema digestivo o urinario non funziona correttamente o è stata rimossa a causa di malattie, traumi o interventi chirurgici. A prima vista, questa apertura presenta una somiglianza con la mucosa interna della bocca: è umida, brillante e di un rosso intenso. Tuttavia, va notato che si tratta di un vero e proprio organo privo di terminazioni nervose e muscoli; per questo non può essere controllata volontariamente dal paziente, rendendo inevitabile il continuo rilascio di feci o urine (Saracco, 2007; Gutman, 2011). Pertanto, è essenziale familiarizzare con il funzionamento di questo nuovo organo, mediante una buona conoscenza e assistenza infermieristica.

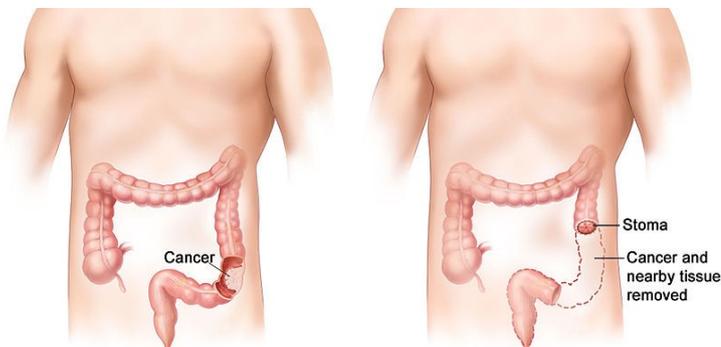


Figura 1. Creazione della stomia.

Esistono diversi criteri di classificazione delle stomie: in base alla durata, in base al tipo di confezionamento e dal punto di vista anatomico.

In base alla durata si suddividono in (Gutman, 2011):

- *Stomie temporanee*: svolgono un ruolo protettivo: la riparazione del canale dell'organo coinvolto avviene gradualmente nel corso di un periodo di tempo

variabile, che può spaziare da alcune settimane fino a mesi o addirittura anni, a seconda delle terapie adottate e della risoluzione del problema.

- *Stomie permanenti*: il segmento dell'organo coinvolto dopo la creazione della stomia può essere completamente rimosso o completamente isolato. Di conseguenza, la stomia diventa l'unico mezzo per l'eliminazione delle feci o dell'urina.

In base al tipo di confezionamento si dividono in (Gutman, 2011):

- *Stomie terminali*: comprendono l'attacco dell'ansa alla parete addominale, solitamente sono permanenti e consentono una completa chiusura al passaggio di materiale organico dalla porzione delle viscere successiva.
- *Stomie laterali o a canna di fucile*: l'ansa intestinale viene portata all'esterno e mantenuta in superficie con l'ausilio di una barretta (chiamata anche baguette) che verrà rimossa dopo circa 8 giorni. Successivamente, l'ansa viene divisa in due aperture: una per l'eliminazione del materiale fecale (ansa afferente) e l'altra corrisponde al segmento dell'intestino che è stato messo a riposo (ansa efferente). In questo tipo di stomia, sia l'estremità afferente sia quella efferente vengono collegati alla cute, mentre le pareti posteriori delle due anse coinvolte vengono fissate insieme per mantenerle parallele e stabili. Le stomie laterali a doppia canna possono essere permanenti o temporanee.

Dal punto di vista anatomico invece, le stomie si classificano in:

- *Stomie intestinali*: comprendono le colostomie e l'ileostomia
- *Stomie urinarie*: comprendono le urostomie temporanee e definitive

1.1.1 Stomie intestinali

La stomia intestinale, nota anche come enterostomia, riguarda il sistema digestivo e crea una nuova via per l'eliminazione di feci e gas provenienti dall'organismo (Ambe et al., 2018); possiamo distinguere *colostomia* e *ileostomia*.

La *colostomia* è un'apertura creata chirurgicamente, attraverso la quale una piccola porzione del colon viene fatta fuoriuscire dalla superficie dell'addome (Ambe et al., 2018). Questa apertura offre una nuova via per l'eliminazione delle feci, permettendo nel contempo di lasciare a riposo la parte dell'intestino danneggiata o incapace di

funzionare. Le colostomie si suddividono in base alla parte di colon che viene collegata alla cute, e in base a questo criterio, possono essere distinte in: (Käthi et al, 2003):

- *Ciecostomia*: collega il cieco, che è la prima parte dell'intestino crasso, alla parete addominale ed è posizionata nel quadrante inferiore destro dell'addome, dove vengono espulse feci liquide.
- *Colostomia ascendente*: collega il colon ascendente alla parete addominale con localizzazione sul lato destro dell'addome; anche qui troveremo feci liquide.
- *Colostomia trasversa o trasversostomia*: si trova nella zona centrale dell'addome e connette il colon trasverso alla parete addominale; in questa zona, le feci saranno prevalentemente semiformate, ma potrebbero diventare più fluide durante il periodo post-operatorio.
- *Colostomia discendente*: prende il nome dal colon discendente ed è localizzata sul lato sinistro dell'addome; qui troveremo feci formate.
- *Colostomia sigmoidea o sigmoidostomia*: prende il nome dal sigma e si trova sul lato sinistro dell'addome, subito sotto alla colostomia discendente; qui troveremo feci formate.

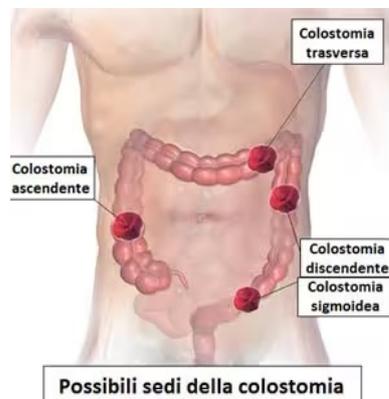


Figura 2. Colostomie.

L'*ileostomia*, invece, è un'apertura creata chirurgicamente, attraverso la quale il tratto finale dell'intestino tenue viene fatto fuoriuscire sulla superficie dell'addome (Black, 2015).

Il contenuto intestinale di una ileostomia, ciecostomia e colostomia ascendente è liquido e non presenta feci formate. Invece, più ci si avvicina al tratto discendente più le feci sono solide e formate (Mulita & Lotfollahzadeh, 2023).

1.1.2 Stomie urinarie

La stomia urinaria è una procedura chirurgica in cui viene creata un'apertura artificiale (stoma) attraverso la parete addominale per consentire l'eliminazione dell'urina direttamente dalla vescica in una sacca esterna o in un dispositivo di raccolta. Questa procedura può essere necessaria in situazioni in cui l'uretra o la vescica non possono essere utilizzate per eliminare l'urina in modo normale, ad esempio a seguito di un intervento chirurgico per rimuovere la vescica o in caso di malattie o traumi che rendono l'uso delle vie urinarie normali impossibile o pericoloso (Wein et al., 2015; Gillenwater & Grayhack, 2012; Litwin & Saigal, 2016). Si suddividono in *urostomie definitive* e *urostomie temporanee*.

Le *urostomie definitive* si dividono in (A.I.O.S.S. 2013):

- *Ureterocutaneostomia* (UCS), consiste in stomie in cui gli ureteri sono fissati direttamente alla cute peristomale. La UCS può essere doppia, se entrambi gli ureteri vengono fissati alla cute creando due stomi separati (una a destra e una a sinistra), o singola, se gli ureteri vengono collegati tra di loro creando un'unica stomia.
- *Ureteroileocutaneostomia* (UICS o intervento secondo Bricker), consiste nel creare un'unica stomia in cui gli ureteri vengono collegati ad un tratto di intestino (ileo) e successivamente abboccati alla parete addominale.

Per quanto riguarda le *urostomie temporanee*, si distinguono in (A.I.O.S.S. 2013):

- *Nefrostomia*, viene eseguita inserendo un catetere attraverso la parete del corpo direttamente nel rene, per consentire il drenaggio dell'urina in situazioni in cui le vie urinarie normali sono compromesse o ostruite. Questa procedura è spesso realizzata quando c'è un blocco delle vie urinarie superiori.
- *Cistostomia*, in questa procedura, un tubo viene inserito direttamente nella vescica attraverso la parete addominale per consentire il drenaggio dell'urina.

1.2 Indicazioni al confezionamento

Una stomia può essere confezionata (Franchello & Olivero, 1996):

- a scopo palliativo, ad esempio, quando ci sono tumori inoperabili che ostacolano il passaggio delle feci attraverso l'intestino;

- per necessità, nel caso di malattie come la colite ulcerosa o di procedure chirurgiche in cui è necessario rimuovere la parte terminale dell'intestino (per esempio un infarto intestinale, tumori del retto o dell'ano);
- a scopo di protezione, poiché essa impedisce il passaggio del materiale attraverso il tratto di intestino situato a valle della stomia, contribuendo in tal modo alla sua guarigione e cicatrizzazione (per esempio dopo interventi al colon).

Le principali condizioni mediche che richiedono la creazione di una colostomia o ileostomia mediante intervento chirurgico includono (Franchello & Olivero, 1996):

- Tumore al colon-retto (Lotfollahzadeh et al., 2023): è la terza diagnosi più comune e la seconda neoplasia maligna più mortale per entrambi i sessi combinati. L'incidenza di nuovi casi e di mortalità è in costante calo negli ultimi anni, ad eccezione degli adulti più giovani (di età inferiore a 50 anni), probabilmente in relazione ad un aumento dello screening del cancro e a migliori modalità terapeutiche. In quasi tutti i pazienti è necessaria una colonscopia diagnostica o di screening per la conferma patologica del carcinoma del colon tramite biopsia tissutale. Il principale trattamento è l'intervento di colectomia, attraverso cui viene asportata una parte di colon e può terminare con la creazione di una colostomia.
- Morbo di Crohn (Torres et al., 2017): è una malattia infiammatoria cronica del tratto gastrointestinale, con un'incidenza in aumento in tutto il mondo. Lo scenario clinico tipico è un paziente giovane che presenta dolore addominale, diarrea cronica, perdita di peso e affaticamento. Molti soggetti con il morbo di Crohn necessitano di trattamenti chirurgici nonostante i farmaci. Esistono diverse opzioni chirurgiche a cui si possono sottoporre i pazienti con questa patologia, che possono essere la resezione di una parte dell'intestino tenue o dell'intestino crasso (*colectomia subtotale*) in questione, interventi di *proctocolectomia*, in cui si ha la rimozione chirurgica di tutto il colon e del retto, o ileostomia. L'ileostomia, come detto precedentemente, è un intervento permanente che consiste in un'apertura sull'addome, cui viene abboccata una parte dell'ileo. Il chirurgo congiunge l'estremità dell'ileo a un'apertura addominale e la fissa alla pelle, creando il cosiddetto stoma.

- Retocolite ulcerosa (Xavier & Podolsky, 2007): La retocolite ulcerosa è una delle malattie più comuni dell'intestino crasso e la sua caratteristica principale è un'inflammatione diffusa della mucosa, che si localizza nella regione prossimale del retto, sviluppando così un'estesa ulcerazione superficiale della mucosa. L'intervento a cui si deve sottoporre questo tipo di pazienti è chiamato *proctocolectomia*, con cui si ha la resezione totale del colon e del retto. È seguito da due possibili interventi: l'ileostomia, spiegato precedentemente, in cui abbiamo la formazione di un stomia permanente, o l'*anastomosi ileoanale*, che permette al paziente una defecazione normale poiché viene collegato l'ileo all'esterno del retto e all'ano, creando una sorta di serbatoio.
- Diverticolite (Strate et al., 2019): è un disturbo gastrointestinale diffuso associato a morbilità e costi sanitari significativi. Sono stati identificati diversi fattori di rischio, molti dei quali modificabili, tra cui l'obesità, la dieta e l'inattività fisica. I fattori legati alla dieta e allo stile di vita potrebbero influenzare il rischio di diverticolite attraverso i loro effetti sul microbioma intestinale e sull'inflammatione. La terapia della diverticolite è differente a seconda della gravità e della presenza di complicanze. I casi meno complicati vengono trattati con una antibiotico-terapia, mentre i casi più gravi e complicati necessitano invece di un intervento chirurgico di resezione intestinale del tratto danneggiato, con formazione di colostomia temporanea o permanente. Però, studi randomizzati su pazienti emodinamicamente stabili che necessitano di un intervento chirurgico più urgente per diverticolite acuta che non è migliorata con gli antibiotici, forniscono prove a sostegno dell'anastomosi primaria rispetto alla colectomia del sigma con colostomia finale.
- Occlusione intestinale (Jackson & Vigiola Cruz, 2018): si verifica quando il flusso in avanti del contenuto intestinale viene interrotto o compromesso da una causa meccanica. È più comunemente indotta da aderenze intra-addominali, tumori maligni ed ernie. L'imaging con radiografia addominale o tomografia computerizzata può confermare la diagnosi e assistere nel processo decisionale per la pianificazione terapeutica. Il trattamento varia in base alle cause dell'occlusione e al tipo di ileo che è stato causato. Di solito, per le forme funzionali non è richiesta una procedura chirurgica; tuttavia, in alcuni casi,

specialmente per le forme meccaniche e nei casi di occlusione intestinale da strangolamento, può essere necessaria una colectomia seguita dalla creazione di una colostomia. La decisione sulla temporaneità o permanenza di questa stomia dipende dalla quantità di intestino crasso che viene asportata.

- Malattia di Hirschsprung (Kessmann, 2006): è causata dalla mancata migrazione delle cellule gangliari del colon durante la gestazione. Varie lunghezze del colon distale non sono in grado di rilassarsi, causando un'ostruzione funzionale del colon. La malattia di Hirschsprung coinvolge più comunemente la regione rettosigmoidea del colon, ma può colpire l'intero colon e, raramente, l'intestino tenue. I pazienti devono essere monitorati attentamente per l'enterocolite per anni dopo il trattamento chirurgico della malattia di Hirschsprung. Con un trattamento adeguato, la maggior parte dei pazienti non avrà effetti avversi a lungo termine e potrà vivere normalmente.
- Traumi addominali

Le principali patologie nelle quali si ricorre al confezionamento chirurgico di una urostomia sono:

- Tumore alla vescica (Dobruch & Oszczudłowski, 2021): è il tumore maligno più comune del tratto urinario e uno dei tumori più diffusi a livello mondiale. Sebbene l'approccio clinico sia rimasto sostanzialmente invariato per molti anni, recenti scoperte hanno aperto la strada a una nuova era nella diagnosi e nella gestione della malattia. La mortalità specifica ha iniziato a diminuire nelle regioni con un'ampia gamma di attività che hanno portato ad una maggiore consapevolezza sociale dei fattori di rischio e alla diminuzione dell'esposizione cancerogena. Ci sono molteplici tipi di interventi a cui la maggior parte dei pazienti affetti da tumore alla vescica può ricorrere; in caso di cistectomia radicale (resezione completa della vescica) si prevede la formazione, da parte del chirurgo, di una urostomia.
- Stenosi uretrale (Wessells et. al., 2017): l'eziologia delle stenosi uretrali è ampia e complessa ma spesso rimane sconosciuta a causa del ritardo che intercorre tra l'evento precipitante e lo sviluppo dei sintomi. Nei paesi sviluppati, le cause più comuni di stenosi uretrale sono iatrogene e idiopatiche, mentre i traumi (ad esempio la frattura pelvica) sono la causa più comune nei

paesi in via di sviluppo. In alcuni casi, una urostomia può essere necessaria per consentire il drenaggio continuo dell'urina.

- **Insufficienza renale (Clase, 2011):** è caratterizzata da un declino graduale e prolungato della velocità di filtrazione glomerulare, che porta all'accumulo di urea e di altre sostanze chimiche nel sangue. La diagnosi di insufficienza renale cronica viene stabilita dal riscontro, in almeno due occasioni separate da settimane o mesi, di elevata creatinina sierica, bassa velocità di filtrazione glomerulare o bassa clearance della creatinina.
- **Incontinenza urinaria (Khandelwal & Kistler, 2013):** è comune, la sua prevalenza aumenta con l'età e influisce sulla qualità della vita di uomini e donne. Se non viene identificata alcuna causa reversibile, l'incontinenza è considerata cronica. Il passo successivo è determinare il tipo di incontinenza (da urgenza, da stress, da rigurgito, mista o funzionale) e l'urgenza con cui deve essere trattata. Altri componenti della valutazione includono test di laboratorio e misurazione del volume di urina residua post minzionale. Se il tipo di incontinenza urinaria non è ancora chiaro, o se sono presenti segnali d'allarme come ematuria, sintomi ostruttivi o infezioni ricorrenti del tratto urinario, si dovrebbe prendere in considerazione l'invio a un urologo.
- Traumi o lesioni urinarie
- Ostruzione urinaria

1.3 Complicanze stomali e peristomali

Le complicanze cutanee peristomiche (PSC) sono le problematiche cutanee più frequentemente osservate nei primi mesi successivi a un intervento di stomia. Queste condizioni hanno un notevole impatto sulla qualità della vita del paziente, potendo influire sull'autonomia individuale, prolungare il periodo di recupero e aumentare i costi sanitari. Diversi studi hanno evidenziato un tasso complessivo di complicanze dopo l'intervento di stomia che varia tra il 21% e il 70%, comprese le complicazioni a lungo termine come la dermatite peristomale, l'ernia parastomale, il prolasso e la stenosi (Vonk-Klaassen et al., 2016).

La patologia di base che porta all'intervento di stomia, il tipo di intervento chirurgico eseguito (elettivo o di emergenza), il posizionamento della stomia (stoma-siting) e le

caratteristiche del paziente, sono alcuni dei principali fattori che favoriscono le complicanze della stomia. Le complicanze vengono classificate in base al momento in cui si verificano: precoci, se si manifestano entro i primi 30 giorni successivi all'intervento chirurgico, e tardive, se insorgono dopo questo periodo. Le complicanze tardive sono definite come quelle che si verificano dopo il periodo di adattamento fisiologico, di solito compreso tra sei e dieci settimane dall'intervento. La maggior parte delle complicanze tardive si presenta nei primi sei mesi dopo l'intervento chirurgico, ma in alcuni casi possono manifestarsi anche fino a quindici anni dopo la creazione della stomia. (D'Ambrosio et al., 2022).

1.3.1 Principali complicanze

Le principali complicanze che si possono verificare dopo la creazione di una stomia sono:

- *Ischemia e necrosi* (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2014): si verificano a causa di un insufficiente apporto di sangue arterioso alla stomia, portando questa a sviluppare una colorazione pallida che può progredire verso la necrosi entro i primi cinque giorni dall'intervento chirurgico. La necrosi può coinvolgere l'intera stomia o solo alcune zone, e può essere superficiale o profonda. Le cause possono includere eccessiva trazione del meso intestinale, aterosclerosi o compressioni vascolari intrinseche, oltre a una scheletrizzazione eccessiva dell'ansa durante la preparazione chirurgica. È importante osservare e monitorare il proseguimento della complicanza. In caso di necrosi conclamata si deve riconfezionare la stomia.
- *Retrazione* (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2014): si intende un abbassamento della stomia sotto il piano cutaneo, che può interessare il solo stoma o anche la giunzione mucocutanea. Questo fenomeno è più comune tra i pazienti con ileostomia o morbo di Crohn, poiché i mesenterici spesso presentano ispessimenti dovuti all'edema, diventano più rigidi e tendono a accorciarsi. Le cause della retrazione possono derivare da diverse circostanze, come un'incisione parietale troppo ampia, infezioni, necrosi della stomia, nonché da condizioni come malnutrizione, obesità, l'uso di immunosoppressori o steroidi, tensione nella zona stomale, fissaggio inadeguato della stomia,

stoma troppo corto o danni all'ansa e al mesentere causati dalla terapia radiante. La principale procedura terapeutica consiste nella scelta di sacche e sistemi barriera adeguati per prevenire il contatto della pelle con feci e urina.

- *Edema* (Saracco, Hollister 2007): l'edema si verifica a causa dell'accumulo di liquidi nella zona della stomia, spesso dovuto all'utilizzo errato dei dispositivi o a un'apertura insufficiente della parete muscolo-cutanea, che ostacola il normale drenaggio linfatico. Inizialmente, è comune che ogni stomia presenti un certo grado di edema, anche se in genere questa condizione si risolve spontaneamente nel giro di un paio di settimane. L'applicazione di impacchi freddi è una pratica consigliata per ridurre l'edema.
- *Emorragia* (Kwiatt et al., 2013): questa complicanza può insorgere immediatamente, precocemente o in seguito alla formazione dello stoma e può essere sia intra che peristomale. L'emorragia può essere causata da problemi con la coagulazione del sangue, da microtraumi o da una gestione della stomia non corretta.
- *Fistola enterostomale* (Saracco C., Hollister 2007): è un passaggio anormale tra la pelle e la mucosa o tra due mucose. Questa condizione si verifica raramente, soprattutto nei casi di malattia infiammatoria, traumi o infezione in corrispondenza di un punto di sutura. Le fistole enterostomali possono causare la formazione di ascessi, dermatiti o stenosi.
- *Infezione peristomale* (Rolstad & Erwin-Toth, 2004): Le complicanze cutanee peristomali sono il motivo più comune per cui i pazienti stomizzati si rivolgono a un servizio infermieristico ambulatoriale per ferite, stomie e continenza. La prevenzione e la gestione delle complicanze cutanee peristomali sono componenti fondamentali della cura della stomia. L'identificazione dei fattori di rischio per l'insorgenza di complicanze cutanee peristomali in base al tipo di lesione e alle caratteristiche cliniche, può aiutare a ottimizzare gli approcci di valutazione e gestione. I sintomi principali includono arrossamento, prurito e gonfiore.
- *Prolasso* (Saracco, Hollister 2007): è caratterizzato dalla sporgenza di un segmento intestinale che coinvolge l'intera parete dell'ansa. Questo fenomeno si verifica più frequentemente nelle stomie laterali e nelle trasversostomie. Può

presentarsi in modo permanente o intermittente, solitamente in risposta all'aumento della pressione addominale. Le cause possono variare e includono un'incisione cutanea parietale troppo ampia, una fissazione insufficiente dell'organo alla parete addominale, obesità, gravidanza, debolezza della parete addominale o un aumento eccessivo della pressione intra-addominale. In posizione supina, è possibile tentare di ridurre il prollasso applicando una leggera pressione sulla porzione distale dello stoma. Nel caso in cui il prollasso sia edematoso, è consigliabile applicare impacchi freddi per ridurre l'edema prima di tentare la riduzione, e in seguito, si può utilizzare una cinghia erniaria per mantenere la situazione sotto controllo.

- *Stenosi* (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2014): è una condizione caratterizzata dalla riduzione o dalla contrazione dell'apertura addominale attraverso cui passa lo stoma. Questo restringimento può verificarsi sia a livello della pelle che della fascia addominale. Può rappresentare una complicanza sia precoce che tardiva dopo la formazione dello stoma. Le possibili cause comprendono la formazione eccessiva di tessuto cicatriziale sulla pelle o nella fascia addominale a causa di ripetute dilatazioni dello stoma o la formazione di cheloidi. Altre cause includono la deiscenza peristomale, infezioni, episodi ripetuti di irritazione cutanea, ischemia, necrosi o retrazione dello stoma. È essenziale garantire una corretta tenuta della sacca per prevenire l'irritazione cutanea. Nei casi più gravi, può essere necessario un intervento chirurgico correttivo.
- *Ernia peristomale* (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2014): si verifica quando un tratto intestinale si sposta attraverso una debolezza o un difetto nella parete addominale vicino allo stoma. Questa complicanza si manifesta generalmente entro un anno dalla creazione della stomia ed è talvolta associata al prollasso dello stoma. Le recidive sono comuni. Le cause possono includere un'incisione addominale troppo estesa, l'obesità, l'età avanzata, la debolezza dei muscoli addominali, il posizionamento dello stoma al di fuori del muscolo retto addominale, una circonferenza addominale >100 cm, infezione della ferita chirurgica, tosse o vomito dopo l'intervento (che aumentano la pressione addominale) e il metodo utilizzato per creare la stomia.

Nel caso di un'ernia peristomale è possibile notare un rigonfiamento intorno allo stoma, che tende a ridursi quando la persona è sdraiata e ad aumentare quando è in piedi, seduta o fa esercizio. È fondamentale apportare modifiche alla sacca e alla placca per garantire una migliore aderenza e evitare l'uso di cerotti che potrebbero causare lesioni cutanee.

- *Alterazioni cute peristomale*: sono più comuni nelle ileostomie e nelle urostomie a causa della natura molto liquida e ricca di enzimi dei materiali eliminati attraverso queste stomie. (Herlufsen et al., 2006). Possono essere classificate in (Barp et al, 2007):
 1. iperemia, con arrossamento peristomale senza perdita di sostanza;
 2. lesione erosiva, con perdita di sostanza fino ma non oltre il derma;
 3. lesione ulcerativa con perdita di sostanza oltre il derma (a più stadi, in base alla profondità);
 4. lesione proliferativa, granulomi, depositi di ossalati, neoplasia.

Per prevenirle, è consigliabile utilizzare una sacca con un'apertura delle dimensioni adeguate al diametro della stomia, effettuare cambi regolari della sacca per evitare perdite e irritazioni cutanee, e pulire delicatamente lo stoma utilizzando acqua e sapone, evitando l'uso di sostanze irritanti (Bosio et al., 2007; Barp et al, 2007).

1.4 Aspetti epidemiologici

Nel panorama italiano, una delle rare indagini epidemiologiche è stata effettuata nel 2018 dalla Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati (F.A.I.S.), la quale ha rivelato che ci sono 77.353 individui con stomia in Italia (Fig. 3). Analizzando i dati regionali, emerge che alcune regioni presentano una percentuale di individui con stomia superiore rispetto alla popolazione residente, tra cui Valle d'Aosta (0,17%), Lombardia (0,16%) e Veneto (0,13%).

	Popolazione 2018	Persone con stomia
Piemonte	4.356.406	4.356
Valle d'Aosta	125.666	210
Lombardia	10.060.574	15.649
Veneto	4.905.000	6.579
Trentino-Alto Adige	1.073.070	10.720
Friuli-Venezia Giulia	1.215.220	1.215
Liguria	1.550.640	1.551
Emilia-Romagna	4.459.447	4.459
Toscana	3.729.641	3.730
Umbria	882.015	882
Marche	1.525.271	1.525
Lazio	5.879.082	5.879
Abruzzo	1.311.580	1.312
Molise	305.617	306
Campania	5.801.692	5.802
Puglia	4.029.053	4.029
Basilicata	562.869	563
Calabria	1.947.131	1.947
Sicilia	4.999.891	5.000
Sardegna	1.639.591	1.640
Totale	60.359.456	77.354

Figura 3. Incidenza degli stomizzati in Italia. (F.A.I.S. 2018).

Riguardo ai diversi tipi di stomia, a livello nazionale si osserva che circa il 56% delle persone ha subito una colostomia, il 22% una ileostomia e il restante 22% ha una urostomia. Inoltre, è importante notare che il 40% di queste procedure è temporaneo, il che significa che le persone sottoposte a un intervento di stomia subiranno una seconda operazione per ripristinare la continuità intestinale entro l'anno (FAIS, 2010).

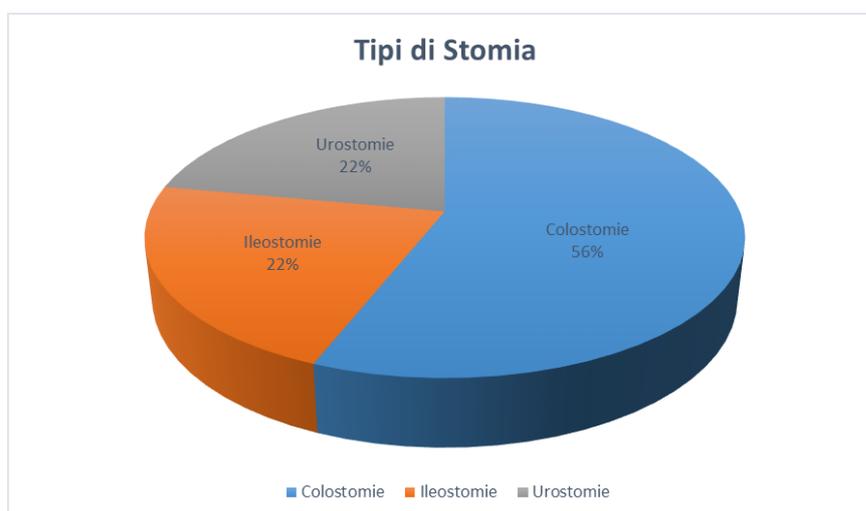


Figura 4. Principali tipi di stomia in Italia.

Sotto un punto di vista demografico, è importante notare che questa situazione coinvolge individui di tutte le fasce d'età, ma l'età media delle persone interessate è di 65,73 anni (con un range di età che va da 0 a 96 anni). Si osserva una prevalenza

maggiore di casi tra la popolazione anziana, in quanto il 62% delle persone coinvolte ha più di 70 anni, il 35% è compreso tra i 41 e i 70 anni, mentre solo il 3% ha un'età inferiore ai 40 anni. Per quanto riguarda il genere, il 60% dei casi riguarda uomini e il restante 40% riguarda donne, con una proporzione tra maschi e femmine di 1,4 a 1. (F.A.I.S. 2011).

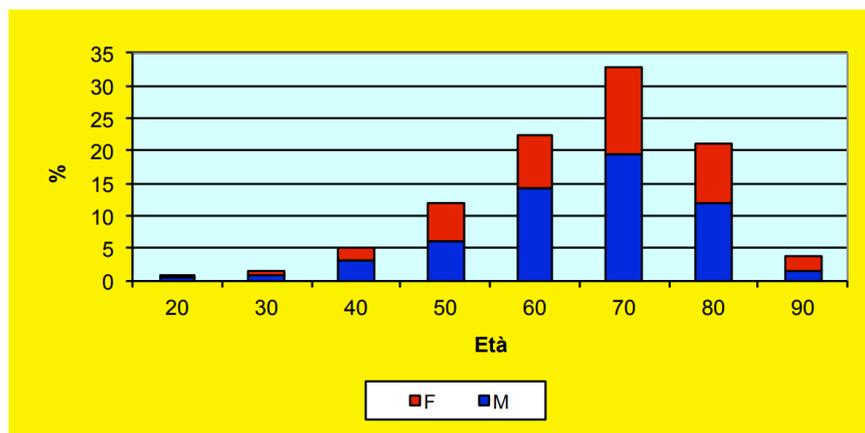


Figura 5. Età media degli stomizzati in Italia. (F.A.I.S. 2011).

1.5 Assistenza infermieristica al paziente stomizzato

La stomia influenza enormemente la vita quotidiana del paziente, dall'attività fisica minore alle relazioni sociali. Vari fattori, come la perdita di controllo sull'eliminazione delle urine o delle feci, le perdite della sacca, il cattivo odore, la flatulenza, non solo possono influenzare negativamente l'autostima e la fiducia dei pazienti, ma anche compromettere il benessere sociale. Inoltre, il corretto funzionamento dello stoma richiede cure continue per diversi motivi fisiologici tra cui infiammazione della pelle, squilibri elettrolitici, necrosi dello stoma ed ernie parastomali e retrazione o prollasso (Zhang & Qi, 2023).

Il sostegno da parte dell'infermiere e una formazione adeguata del paziente sulla gestione della stomia migliora la qualità della vita del soggetto stomizzato (Danielsen et al., 2013).

Per agevolare il percorso della persona, che deve affrontare il confezionamento della stomia e imparare a vivere con questa nuova condizione, è essenziale un adeguato programma di riabilitazione, attentamente pianificato dall'inizio all'accompagnamento a lungo termine. Il ruolo centrale è affidato all'infermiere specializzato in stomaterapia, il quale aiuta nella selezione del dispositivo medico più idoneo e contribuisce

all'educazione del paziente sulla gestione autonoma della stomia. In aggiunta, il caregiver riveste un ruolo cruciale per la persona stomizzata in queste situazioni. Si tratta di un familiare o un parente che fornisce supporto, assistenza nelle attività quotidiane e nel rispetto del piano di cura personalizzato del paziente (Bottalico, 2014; WOCN Society, 2014).

Il ruolo dello stomaterapista richiede competenze che vanno oltre la semplice assistenza fisica. È essenziale che sia in grado di comprendere profondamente la persona, instaurando una comunicazione empatica, valorizzando le emozioni espresse. Inoltre, deve essere in grado di offrire consigli pratici per promuovere l'autocura e prevenire potenziali complicanze, come adottare corrette tecniche di irrigazione, seguire una dieta appropriata e scegliere i dispositivi più adatti al paziente. Un approccio di cura ben strutturato si traduce in una riduzione delle possibili complicazioni e nella promozione dell'autonomia, migliorando così la qualità di vita della persona. Questo percorso inizia nel momento in cui si stabilisce la diagnosi che richiede un intervento chirurgico e la creazione della stomia (Bottalico, 2014; WOCN Society, 2014; WOCN Society, 2010).

1.5.1 Assistenza pre-operatoria

A partire dalla fase pre-operatoria, l'infermiere coordina tutti gli accertamenti necessari. Un momento fondamentale è rappresentato dal colloquio tra il paziente e lo stomaterapista, in quanto in questa fase il professionista fornisce tutte le informazioni relative al percorso futuro. Inoltre, durante questo colloquio viene eseguito lo "stoma-siting", ossia il disegno operatorio, quindi l'identificazione del punto di reperi dove verrà confezionata la stomia. Questo passaggio è cruciale per evitare errori nell'operazione e per ridurre al minimo le possibili complicanze post-operatorie (WOCN Society, 2014; WOCN Society, 2010).

Poiché ogni individuo è unico, è essenziale condurre un'attenta anamnesi per comprendere il suo stile di vita, le necessità e le abitudini. Con un atteggiamento empatico e di fiducia, è fondamentale discutere con il paziente aspetti chiave come la diagnosi, la prognosi, il piano chirurgico, la sua storia clinica, sociale, familiare e valutare la sua capacità di autogestione della stomia. In questa fase, gli infermieri, che svolgono un ruolo cruciale come comunicatori, iniziano a istruire i pazienti sulle

diverse attrezzature necessarie per la gestione della stomia e sulle procedure per svuotare la sacca di raccolta. Questo processo educativo deve coinvolgere fin da subito anche i caregiver, poiché hanno un ruolo centrale nel processo di cura (Bottalico, 2014; WOCN Society, 2014; WOCN Society, 2010).

È benefico fornire al paziente informazioni dettagliate sull'anatomia del tratto digerente/urinario e sulla natura delle feci, al fine di offrire una comprensione completa della situazione. Inoltre, è essenziale informare il paziente sulle possibili complicanze, sui fattori di rischio e sulle figure professionali a cui potrà fare riferimento, già durante il periodo pre-operatorio. Gli interventi educativi possono essere veicolati tramite l'uso di questionari, opuscoli informativi e manuali.

L'assistenza prima dell'intervento è cruciale non solo per offrire supporto psicologico, ma anche per ridurre l'ansia e stabilire un solido rapporto di fiducia con il paziente. Studi hanno dimostrato che i pazienti ben informati sono più impegnati e motivati nel loro percorso di guarigione e nella gestione della stomia, a differenza di coloro che hanno ricevuto poche informazioni a causa di un intervento d'urgenza (Bottalico, 2014; WOCN Society, 2010).

È molto importante eseguire la procedura di “stoma-siting”, poiché una buona sede in cui verrà confezionata la stomia può aiutare a ridurre i problemi post operatori come perdite, difficoltà di adattamento, necessità di costose buste personalizzate, irritazione cutanea, dolore e problemi relativi all'abbigliamento. Inoltre, posizionamenti non ottimali possono comportare complicazioni inutili e possono avere un impatto negativo sulla salute psicologica ed emotiva, mentre un buon posizionamento aumenta la probabilità di indipendenza del paziente nella cura della stomia e nella ripresa delle normali attività (WOCN Society, 2007; Erwin-Toth, 2003).

La posizione dello stoma sull'addome è determinata dal tipo di patologia e dall'intervento programmato. Di solito, in caso di colostomia, lo stoma è posizionato nella fossa iliaca sinistra, anche se più raramente può trovarsi nel quadrante destro. Per quanto riguarda l'ileostomia, lo stoma viene generalmente collocato nella fossa iliaca destra. È cruciale posizionare lo stoma in un'area "pulita", priva di ferite o cicatrici, e senza la presenza di pieghe cutanee. Le indicazioni generali devono essere flessibili per adattarsi alle esigenze specifiche del paziente, considerando la sua struttura fisica, come le dimensioni, la muscolatura, la conformazione dell'addome e la presenza di

ernie, oltre alle condizioni generali, età, diagnosi, occupazione e preferenze personali sulla posizione dello stoma. Durante questa fase, è fondamentale coinvolgere attivamente il paziente, ascoltando le sue preoccupazioni e considerando le sue preferenze (WOCN Society, 2014).

La procedura di stoma-siting consiste nel disegnare un punto ideale nel quale prenderà vita lo stoma. Si inizia disponendo il paziente in posizione supina, con l'addome scoperto; a questo punto l'enterostomista segna con la penna un punto a metà tra la cresta iliaca e l'ombelico, e, per ridurre il rischio di ernia peristomale, andrà a individuare il punto più vicino al cerchio in cui è presente il muscolo retto dell'addome (Mensi L., 2009), facendo tossire il soggetto. Un metodo alternativo per determinare con precisione la posizione adeguata dello stoma è quello di creare un triangolo utilizzando come punti di riferimento l'ombelico, la spina iliaca antero-superiore e il pube, e selezionare il punto in cui queste tre linee si intersecano (Mensi L., 2009).

È fondamentale che il paziente adotti diverse posizioni (come seduto, in piedi e piegato) durante l'analisi, e verificare che il cerchio tracciato rimanga sempre visibile e si trovi ad almeno 3 cm di distanza da pieghe cutanee e cicatrici (Mensi L., 2009) e che la posizione scelta sia comoda per il paziente.

In conclusione, una volta applicata la placca sull'area precedentemente disegnata, si procede a verificare che essa non causi disagio al paziente e che rimanga saldamente adesa alla pelle, facendo svolgere nuovamente al paziente diverse posizioni. Successivamente, viene eseguito il disegno definitivo utilizzando un pennarello indelebile, marcando la superficie interna del foro della placca (Mensi L., 2009).

Nonostante sia ampiamente raccomandata e supportata da dati scientifici nella fase pre-operatoria, è importante riconoscere che in alcune situazioni durante l'intervento chirurgico potrebbe non essere possibile utilizzare il sito previamente identificato come ottimale. Di conseguenza, la posizione definitiva dello stoma viene sempre scelta dal chirurgo dopo aver esplorato la cavità addominale e aver valutato la condizione patologica che ha reso necessario l'intervento chirurgico (Convatec, 2022).

1.5.2 Assistenza post-operatoria

La fase successiva all'intervento chirurgico è un periodo di notevole delicatezza dal punto di vista psicologico, poiché il paziente diventa consapevole della presenza della

stomia e può manifestare una maggiore vulnerabilità a causa delle significative modifiche apportate al suo corpo. È di vitale importanza che l'infermiere stomaterapista, il caregiver e tutti gli operatori coinvolti nel percorso riabilitativo dedichino tempo ed attenzione per aiutare il paziente ad affrontare e accettare adeguatamente questa nuova realtà fisica.

L'assistenza nel periodo post-operatorio è finalizzata anche ad aiutare lo stomizzato, affinché acquisisca le competenze di base per svuotare e cambiare il sistema di sacca (Steinhagen et al., 2017). Questa fase si chiama *stoma care* e comprende tutte le procedure che devono essere messe in atto per prevenire le complicanze e favorire la riabilitazione e l'indipendenza della persona assistita nel periodo post operatorio, nell'igiene della stomia, della cute peristomale e nella sostituzione del sistema di raccolta. Questa fase è importante poiché ci si aspetta che il paziente, o il caregiver, alla dimissione, sia in grado di: conoscere i dispositivi per la cura dello stoma, adattare i presidi in base alle esigenze, limitando il disagio dovuto ad odori e perdite incontrollate, saper sostituire le sacche di raccolta e effettuare una buona pulizia dello stoma, modulare e adattare i nuovi comportamenti alla vita quotidiana prima del ricovero, riconoscere le complicanze della stomia, seguire una dieta congrua ed equilibrata, gestire correttamente la terapia farmacologica (Steinhagen et al., 2017).

Di solito, la prima sostituzione della sacca è necessaria tra le 48 e le 72 ore successive all'intervento. Tuttavia, il momento esatto per la sostituzione può variare a seconda del tipo di stomia (ileo o colostomia), del tipo di dispositivo utilizzato e della quantità di feci o urina eliminate (Saracco, Hollister, 2007). Nell'immediato post operatorio è importante utilizzare specifiche sacche di raccolta per non irritare la cute e prevenire le complicanze; nel caso di stomia intestinale si andrà ad utilizzare (AISTOM, 2018):

- una placca a protezione totale, per garantire una buona protezione su tutta la superficie di appoggio

- un dispositivo a due pezzi o con oblò, per poter rimuovere il materiale organico senza scollegare la placca e quindi traumatizzare l'area; il dispositivo deve essere (AISTOM, 2018):

- trasparente, per controllare la consistenza e il colore delle feci;
- con fondo aperto, per eliminare le feci liquide senza scollegare la sacca;
- senza filtro per il gas, per valutare che l'alvo sia positivo ai gas.



Figura 6. Diversi sistemi di raccolta per stomie intestinali.

Per la stomia urinaria, sempre secondo AISTOM (2018), si utilizzerà:

- una placca a protezione totale, per garantire una buona protezione su tutta la superficie di appoggio
- un dispositivo a due pezzi, per poter rimuovere il materiale organico senza scollegare la placca e quindi traumatizzare l'area; il dispositivo deve essere:
 - trasparente, per controllare il colore delle urine;
 - con valvola antireflusso, per evitare che l'urina torni verso la parte superiore della sacca ed eroda la barriera cutanea;
 - con rubinetto di scarico, per eliminare le urine senza scollegare la sacca.



Figura 7. Sacca di raccolta per stomie urinarie, utilizzata nel post-operatorio.

È di cruciale importanza rispettare un intervallo di tempo tra le 48 e le 72 ore per il cambio e la pulizia della stomia, specialmente nel periodo post-operatorio. In queste prime fasi, sia per l'ileostomia che per la colostomia, è frequente che le feci siano liquide e la quantità di materiale eliminato possa raggiungere fino a 2.000 ml per

l'ileostomia e tra 350 e 400 ml per le colostomie. Tuttavia, è importante notare che la quantità di materiale eliminato si stabilizzerà entro le prime settimane per le colostomie e entro il primo mese per le ileostomie (Saracco C., Hollister 2007).

L'infermiere, dopo qualche giorno dall'intervento, fisserà dei colloqui con il paziente e il caregiver per educarli, passo a passo, sul procedimento di pulizia dello stoma. Si riportano di seguito le indicazioni fornite di prassi (A.I.STOM. 2018):

1. come prima cosa lavarsi le mani e preparare il materiale pulito: sacchetto per rifiuti, sistema di raccolta idoneo concordato con lo stomaterapista, panno carta bagnato con acqua tiepida, sapone neutro, telo o traversa monouso, forbici con punte arrotondate, calibratore di stomia, guanti monouso, polvere o pasta protettiva (se necessario), film spray protettivo;
2. far assumere al paziente la posizione supina o seduta, e scoprirle l'addome posizionando il telo al di sotto della stomia;
3. indossare i guanti e rimuovere il sistema di raccolta con cautela, dall'alto verso il basso;
4. esaminare le condizioni della placca del dispositivo rimosso per rilevare eventuali infiltrazioni (in questo caso, se si ritiene opportuno, porre della pasta protettiva nella zona interessata o pensare di cambiare sacchetto con uno più adatto);
5. effettuare la detersione della cute peristomale, con l'aiuto dei panni carta bagnati e insaponati, con movimenti circolari dall'esterno verso l'interno;
6. asciugare la cute tamponando e valutare il complesso stomale, rilevando eventuali variazioni morfologiche o complicanze;
7. misurare il diametro dello stoma con il calibratore e ritagliare il foro della placca uguale o maggiore di 2 mm massimo (se è più grande favorisce il contatto delle feci con la cute, se più piccolo può provocare edema stomale);
8. applicare la pasta se necessaria, far asciugare per circa 30 secondi e applicare il film spray protettivo;
9. rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo, piegare la sacca alla base del margine inferiore del foro e farla aderire dal basso verso l'alto; completare l'applicazione sfregando i bordi;
10. infine rimuovere il telo, eliminare i rifiuti e i guanti e lavarsi le mani.

È fondamentale che, dopo aver fornito una chiara spiegazione della procedura, dei materiali necessari e aver dimostrato il corretto metodo di pulizia dello stomia, l'infermiere guidi il paziente e il caregiver nell'eseguire le azioni in modo pratico, passo dopo passo. Durante questo processo, l'infermiere deve essere disponibile per correggere eventuali errori e spiegare dettagliatamente ogni passaggio, assicurandosi che entrambi acquisiscano confidenza nella gestione della stomia.

1.5.3 Assistenza alla dimissione

La formazione del paziente riguardo alla gestione della stomia non si limita alla dimissione dall'ospedale, invece, deve continuare a casa includendo la raccomandazione di servizi ambulatoriali per la cura delle stomie e/o l'accesso a un servizio completo di assistenza domiciliare. È fondamentale anche incentivare la collaborazione con il caregiver del paziente nella gestione della stomia.

Poco prima della dimissione è importante che l'infermiere stomaterapista educi il paziente anche in altri aspetti, come:

- **Tempo libero (Gutman, 2011):** la presenza della stomia non implica restrizioni significative nell'attività fisica o nel divertimento. Naturalmente, è consigliabile evitare sport di competizione intensa come arti marziali o pugilato, ma impegnarsi in attività come il nuoto, l'allenamento in palestra, il golf, l'equitazione o il ciclismo è salutare sia per il corpo che per l'umore del paziente stomizzato. È sempre utile avere con sé il necessario per il cambio della sacca o della placca. È importante sottolineare che l'acqua non danneggia la stomia, quindi è possibile fare il bagno o la doccia tranquillamente. Anche il nuoto senza sacca non è controindicato, anche se in piscina è preferibile indossarla per motivi igienici. Prima di nuotare, è consigliabile consumare un pasto leggero.
- **Sessualità (Gutman, 2011; Pezcoller, 2011):** la stomia può indubbiamente comportare importanti sfide sia a livello fisico che psicologico, che possono avere un impatto sulla relazione di coppia. Ad esempio, l'esecuzione di una colostomia sinistra, che coinvolge la pelvi, può causare disfunzione erettile negli uomini e dolore durante il rapporto sessuale (dispareunia) nelle donne. Inoltre, il soggetto con la stomia potrebbe sperimentare vergogna riguardo al

proprio corpo, mentre il partner potrebbe avere difficoltà nell'accettare la presenza della stomia.

La capacità della coppia di affrontare questa situazione dipende in gran parte dalla qualità del loro rapporto preesistente. Più il rapporto è solido, più semplice può essere la ricerca di soluzioni. Per coloro che conservano la capacità di erezione, potrebbero verificarsi problemi nei primi rapporti dopo l'intervento. In queste situazioni, alcune tecniche chirurgiche, come l'uso di protesi peniene, e farmaci specifici possono aiutare a mantenere l'erezione. È importante sottolineare che l'attività sessuale, in sé, non comporta rischi per lo stoma e non dovrebbe causare la dislocazione della placca o della sacca. È possibile esplorare soluzioni creative, come l'uso di mini sacche o la copertura della sacca con una garza fissata con un cerotto, per mantenere un senso di comfort durante l'attività sessuale.

Inoltre, un approccio multidisciplinare, che coinvolga professionisti della salute mentale e del sesso, può essere estremamente utile per affrontare e superare le sfide sessuali e psicologiche legate alla stomia e per preservare la salute delle relazioni interpersonali.

- Alimentazione (Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia, 1996; Association of stoma care nurses UK, 2016): educare il paziente stomizzato sull'alimentazione adeguata è essenziale per normalizzare la consistenza delle feci, regolare le evacuazioni, controllare la produzione di gas e prevenire un aumento di peso indesiderato. È consigliabile evitare alimenti noti per causare disturbi gastrointestinali, flatulenza o feci dall'odore sgradevole, come fagioli, uova, crauti, alcol, bevande gassate, piselli, lenticchie e formaggi forti. Nelle prime 6-8 settimane dopo l'intervento, è preferibile evitare alimenti ricchi di fibre per ridurre la frequenza delle evacuazioni. Si raccomanda di suddividere l'apporto alimentare in almeno 5 piccoli pasti durante il giorno, compresi colazione, pranzo, cena e due spuntini. Inoltre, è importante bere in quantità limitate durante i pasti per non diluire eccessivamente il cibo, mentre si dovrebbero assumere almeno 1,5 litri di acqua naturale al di fuori dei pasti. È comune sperimentare flatulenza nei giorni successivi all'intervento, e se questo persiste, è possibile considerare l'uso di prodotti come tisane al

finocchio, carbone vegetale o fermenti per ridurre la produzione di gas. Per quanto riguarda il controllo degli odori, soprattutto nei pazienti con trasversostomia (dove le feci sono semi formate), oltre a evitare alimenti noti per produrre odori, è importante informare il paziente sull'esistenza di deodoranti per la sacca o filtri anti odore disponibili in commercio.

ALIMENTI DA EVITARE			
ALIMENTI CHE AUMENTANO LA PRODUZIONE DI GAS Bevande alcoliche Bevande gassate Legumi Soia Cavolo verza Cavolfiore Broccoli Cetrioli Latticini Commine da masticare Latte Frutta secca Cipolle Ravanelli Aglio Uova	ALIMENTI CHE CAUSANO CATTIVO ODORE Asparagi Legumi Broccoli Cavolo verza Cavolfiore Pesci Olio di fegato di merluzzo Uova Aglio Cipolle Burro di arachidi Formaggi stagionati Aglio Uovo	ALIMENTI CHE CAUSANO UNA FREQUENTE EVACUAZIONE Bevande alcoliche Cereali integrali Cereali a base di crusca Cavolo verza Frutta fresca Verdure a foglia verde Latte Prugne Uva passa Verdure crude Spezie Patate Formaggio	ALIMENTI CHE POSSONO CAUSARE UN'OSTRUZIONE Bucce di mela Cavolo verza Sedano Cavolo cinese Mais Noci di cocco Frutta secca Funghi Arance Ananas Popcorn Semi vari
ALIMENTI DA PRENDERE IN CONSIDERAZIONE PER UNA MIGLIORE GESTIONE DELLA STOMIA			
ALIMENTI CHE POSSONO ALTERARE IL COLORE DELLE FECI Asparagi Barbabietole Coloranti alimentari Integratori di ferro Liquirizia Gelatine Rosse Fragole Salsa di pomodoro	ALIMENTI CHE RIDUCONO IL CATTIVO ODORE DELLE FECI Succo di mirtillo Succo di mirtillo rosso Succo d'arancia Succo di pomodoro Prezzemolo Yogurt Spinaci	ALIMENTI PER COMBATTERE LA STITICHEZZA Caffè caldo Frutta cotta Verdure cotte Frutta fresca Succhi di frutta Acqua Qualsiasi bevanda calda	ALIMENTI CONSIGLIATI IN CASO DI DIARREA Banane Riso bollito Burro di arachidi Integratori di pectina Tapioca Pane tostato

Figura 8. Alimenti consigliati o da evitare per una migliore gestione della stomia. Farmoderm, 2021.

Durante la dimissione inoltre, l'infermiere stomaterapista darà consigli sulle sacche di raccolta e sui prodotti protettivi, ma la decisione finale sui migliori presidi da usare la prenderà il paziente poiché il giusto presidio, diverso per ogni persona, deve essere confortevole, facile da indossare, aderire perfettamente alla cute, non irritare la pelle e impermeabile a liquidi e odori.

1.6 Il metodo dell'irrigazione

L'irrigazione è una tecnica che agevola l'eliminazione delle feci attraverso l'introduzione di acqua potabile nella stomia. Questo processo mira a raggiungere una continenza passiva, consentendo al paziente di recuperare un buon controllo sulla funzione intestinale, risolvendo così le difficoltà legate alla fuoriuscita incontrollata delle feci e alla perdita di gas. Questa procedura può mantenere la continenza per un

periodo che solitamente va dalle 48 alle 72 ore (Gutman, 2011; Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia, 1996; Chiara K et al., 2011).

Questa metodica è particolarmente efficace nelle persone con colostomia discendente e sigmoidostomia, poiché queste tipologie di stomia spesso coinvolgono feci di consistenza solida e densa; nelle trasverso stomie è indicata solo in casi particolari e deve essere eseguita con la massima cautela. Non è praticabile, invece, nel caso di ileostomie o colostomia ascendente poiché, la qualità delle deiezioni e la loro continua produzione di feci, rappresentano una controindicazione alla procedura (Gutman, 2011; Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia, 1996; Chiara K et al., 2011).

La prima irrigazione dovrebbe essere programmata circa 30 giorni dopo l'operazione di stomia, in modo da consentire il tempo necessario per la guarigione della giunzione muco-cutanea e per permettere al paziente di familiarizzare con la sua nuova situazione (Gutman, 2011; Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia, 1996; Chiara K et al., 2011). Quando si istruisce il paziente sull'irrigazione, è importante concordare con lui i tempi, la posizione ideale, il materiale necessario e la procedura da seguire. L'irrigazione dovrebbe essere pianificata in modo regolare, seguendo gli orari e gli intervalli scelti dal paziente in base alle sue abitudini pre-operatorie (ad esempio, dopo l'evacuazione, prima o dopo i pasti, dopo aver consumato bevande calde, ecc.). Questo approccio mira a promuovere la regolarità delle funzioni intestinali. Sebbene la posizione ideale sia seduta, è importante considerare le preferenze e le capacità del paziente, che possono variare (Gutman, 2011; Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia, 1996; Chiara K et al., 2011).

Qui di seguito vengono descritti i materiali da utilizzare e il procedimento per la tecnica dell'irrigazione colica, attuato da un operatore, secondo le linee guida A.I.Stom 2018:

- Carrello o vassoio
- Sacchetto per rifiuti
- Sistema di raccolta
- Acqua tiepida potabile per l'igiene della stomia
- Sapone neutro o soluzione detergente
- Panno carta o garze non sterili

- Gel lubrificante
- Set per irrigazione con sacca di scarico
- Telino
- 2.000 ml di acqua potabile a temperatura corporea (37°C)
- Orologio
- Sostegno
- Guanti monouso

La procedura invece, sempre secondo le linee guida A.I.Stom (2018), si articola nella seguente maniera:

1. lavarsi le mani, preparare il materiale da utilizzare e far assumere al paziente la posizione seduta, scoprendo l'addome e proteggendolo con un telino;
2. riempire la sacca dell'irrigatore con acqua ed appenderla ad un'altezza di 40 cm circa sopra le spalle della persona; far defluire l'acqua nel tubo collettore e chiudere il morsetto;
3. dopo aver indossato i guanti rimuovere il sistema di raccolta in situ dall'alto verso il basso, umidificando la cute peristomale e rimuovendo eventuali residui fecali presenti sulla stomia;
4. rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo, applicare la sacca di scarico sulla cute peristomale e posizionare la parte terminale nel water;
5. lubrificare il dito indice con l'apposito gel ed eseguire l'esplorazione digitale della stomia; successivamente lubrificare il cono e previa apertura del morsetto, inserirlo ed estrarlo dal lume della stomia per 5/6 volte;
6. riposizionare il cono tenendolo ben adeso alla stomia e far defluire 800-1000 ml di acqua in 3-5 minuti; chiudere il morsetto del tubo collettore e rimuovere il cono;
7. ripiegare e chiudere l'apertura superiore della sacca con due mollette e attendere 20 minuti;
8. poi effettuare sull'addome della persona un lieve massaggio in senso orario, per favorire l'espulsione delle feci residue, e attendere ulteriori 10 minuti;
9. rimuovere la sacca di scarico dall'alto verso il basso umidificando la cute attorno alla stomia e rimuovendo le feci presenti sulla stomia, con garza o panno carta;

10. detergere la cute peristomale con acqua e sapone, effettuando movimenti circolari dall'esterno verso l'interno della stomia;
11. asciugare la cute tamponando con garza o panno carta e applicare il sistema di raccolta in uso;
12. infine disinfettare e asciugare il set per l'irrigazione, eliminare i rifiuti e i guanti usati e lavarsi le mani.



Figura 9. Procedura irrigazione.

L'intera procedura di irrigazione, che include la preparazione del materiale, l'eliminazione delle feci e l'applicazione della nuova placca, richiede circa 40 minuti. Se il paziente avverte un dolore crampiforme addominale durante il processo, è importante interrompere l'infusione fino a quando il sintomo non si attenua, senza rimuovere il cono dalla sua posizione per evitare perdite d'acqua, e successivamente riprendere l'infusione a una velocità più bassa (Association of stoma care nurses UK, 2016). In alcuni casi, soprattutto durante la prima irrigazione, alcuni pazienti possono sperimentare nausea. In questa situazione, è consigliabile interrompere temporaneamente la procedura per alcuni minuti e invitare il paziente a rilassarsi, eseguendo alcuni esercizi di respirazione (Association of stoma care nurses UK, 2016). Se l'irrigazione non produce gli effetti desiderati si può ripetere dopo 24 ore (Gutman, 2011; Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia, 1996; Chiara K et al., 2011).

In caso si verificano questi inconvenienti, è importante contattare l'infermiere stomaterapista per chiedere un consulto e evitare di andare incontro a complicanze più gravi.

1.7 Linee guida assistenziali

Le linee guida vengono formulate attraverso un processo che prevede la revisione sistematica della letteratura scientifica e il coinvolgimento di esperti del settore. L'obiettivo principale è ottimizzare i risultati e l'efficienza dell'assistenza sanitaria, garantendo una pratica clinica uniforme in situazioni simili e contrastare l'utilizzo di procedure non supportate da evidenze scientifiche.

Le linee guida vengono sviluppate da team multidisciplinari e forniscono una dettagliata definizione delle migliori pratiche professionali, basate su un'analisi approfondita, valutazioni critiche e sistematiche delle evidenze scientifiche disponibili. L'obiettivo principale è offrire una guida sia ai professionisti sanitari che agli utenti per la scelta delle modalità di assistenza più adeguate in specifiche situazioni cliniche, garantendo chiarezza nei percorsi di cura e nelle responsabilità coinvolte.

Esistono numerose linee guida relative al percorso integrato di cura per le persone con stomia. Per la stesura di questa tesi, sono state consultate diverse fonti, tra cui le linee guida fornite da organizzazioni come AIOSS, A.I.STOM, OTGC e Braun.

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

2.1 Scopo della Tesi

L'obiettivo di questo elaborato è quello di indagare le strategie per il miglioramento della qualità di vita nelle persone autonome portatrici di stomia intestinale.

2.2 Quesito di ricerca (PIO)

Il quesito di ricerca è stato formulato in forma narrativa, a partire dalla seguente domanda:

Quali interventi assistenziali di competenza infermieristica possono contribuire a migliorare la qualità di vita in un paziente autonomo con stomia?

Il quesito di ricerca è stato formulato in formato PIO:

P	Paziente autonomo con stomia intestinale
I	Interventi assistenziali di competenza infermieristica
O	Miglioramento della qualità di vita

2.3 Disegno dello studio

Per rispondere al quesito di ricerca è stata messa in atto una revisione di letteratura.

2.4 Strategie di ricerca

Per la revisione sono state consultate le seguenti banche dati: “*CINHAL*”, “*Pubmed*”, “*Cochrane*”, da Marzo 2023 a Settembre 2023.

La consultazione dei documenti in versione elettronica è stata resa possibile utilizzando il servizio di Auto-Proxy fornito dalla biblioteca “Pinali” dell’Università degli studi di Padova.

Operatori booleani utilizzati: *AND*, *OR*.

2.4.1 Parole chiave

Per la ricerca sono state utilizzate le seguenti parole chiave:

- *ostomy;*
- *intestinal ostomy;*
- *colostomy;*
- *quality of life;*
- *improving quality of life;*
- *irrigation;*
- *methods to improve quality of life;*
- *stomatherapy;*
- *nutrition;*
- *stoma site marking.*

2.4.2 Stringhe di ricerca

Sulla base delle parole chiave appena citate sono state create e utilizzate le seguenti stringhe di ricerca:

- *Ostomy OR intestinal ostomy AND quality of life AND improving quality of life.*
- *Ostomy OR intestinal ostomy AND quality of life AND improving quality of life AND irrigation AND methods to improve quality of life.*
- *Ostomy OR intestinal ostomy AND quality of life AND improving quality of life AND questionnaires AND methods to improve quality of life.*
- *Ostomy OR intestinal ostomy OR colostomy, AND quality of life AND preoperative stoma marking OR stoma site marking.*

2.5 Criteri di selezione del materiale

Ai fini della revisione sono stati definiti i seguenti criteri di inclusione e esclusione:

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Adulti con età superiore a 18 anni	Minori di 18 anni
Pazienti autonomi portatori di stomia intestinale	Pazienti portatori di stomia non intestinale, non autonomi
Studi in lingua inglese	Studi non in lingua inglese
Studi pubblicati dal 2002	Studi pubblicati prima del 2002
Full text disponibile	Full text non disponibile

2.6 Valutazione qualitativa degli studi

Gli articoli risultanti della revisione dovevano rispondere a criteri metodologici di qualità, quali la validità interna ed esterna del progetto di ricerca, la validità e l'affidabilità delle fonti dati, l'utilizzo di metodiche analitiche adeguate al tipo di studio, l'importanza dei risultati nel contesto pratico e statistico.

Il processo di selezione degli articoli risultanti dalla ricerca realizzata prevedeva l'analisi di ciascuno di essi, a partire dal titolo e dall'abstract, per passare poi ai contenuti, ed ha portato alla rilevazione di 10 articoli.

L'applicazione dei criteri di inclusione ed esclusione ha portato alla selezione di tali articoli, come illustrato dalla seguente Flow Chart.

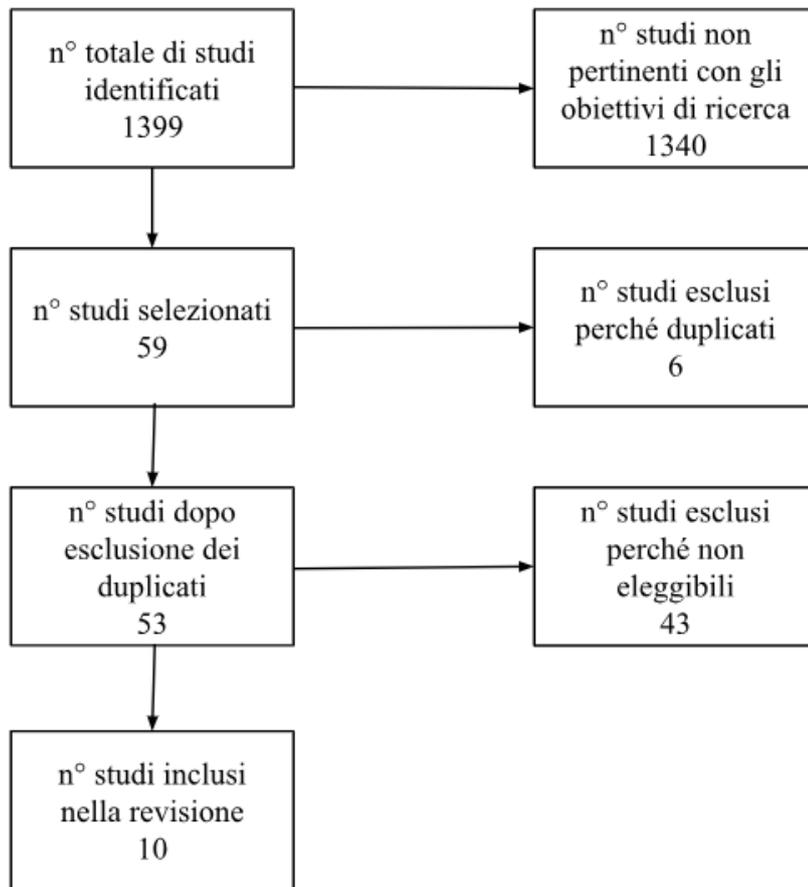


Figura 10. Diagramma di flusso relativo alla selezione degli studi.

CAPITOLO 3

RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Presentazione degli studi

Dalla revisione di letteratura sono stati individuati 10 articoli pertinenti al quesito di ricerca. Di seguito la suddivisione degli stessi in base alla tipologia degli studi:

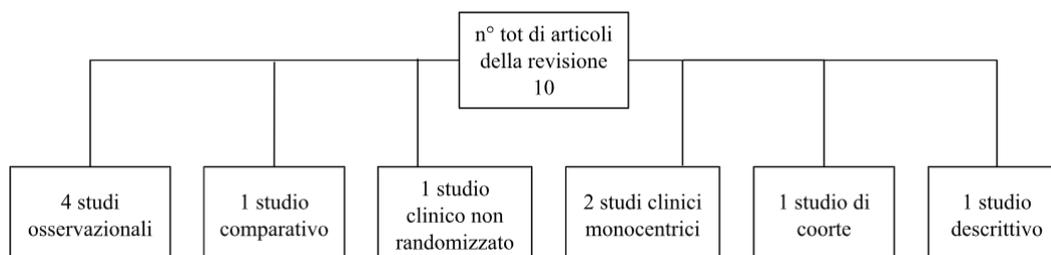


Figura 11. Flowchart degli studi di revisione.

Come annunciato nel Capitolo 2, l'obiettivo di questo elaborato è quello di indagare le strategie per il miglioramento della qualità di vita nelle persone autonome portatrici di stomia intestinale. Dall'analisi dei risultati è stato possibile identificare 2 interventi: l'irrigazione della stomia e la marcatura del sito dello stoma.

3.2 Metodo dell'irrigazione

In questo capitolo sono stati raggruppati in sottocapitoli, i fattori che vengono influenzati, positivamente o negativamente, dal metodo dell'IC, secondo la revisione di 6 studi.

Ogni studio ha fornito ai pazienti stomizzati un questionario, attraverso il quale venivano presi i dati per valutare la qualità di vita prima e dopo l'IC:

- Boutry et al. (2021), hanno sottoposto i 749 pazienti al questionario Stoma-QOL.
- Karadag et al. (2005), per analizzare la qualità della vita prima e dopo la stomia con o senza uso di CI, a 35 pazienti, hanno usato il questionario sulla qualità della vita della malattia digestiva-15 (DDQ-15) e il modulo breve-36 (SF-36).
- Karadag et al. (2002), hanno utilizzato su un totale di 43 stomizzati, il DDQ-15 per analizzare l'Health-Related Quality of Life (HRQOL) e il GUSQ,

utilizzato per definire la presenza o l'assenza dei problemi comuni nei pazienti stomizzati.

- Grant et al. (2012), hanno fornito a 101 pazienti il questionario City of Hope Quality of Life Ostomy (mCOH-QOL-O), il quale consisteva di domande generali e specifiche per la stomia.
- Carlsson et al. (2010), hanno intervistato 61 infermieri del WOC attraverso un questionario sviluppato dagli autori per determinare in che misura l'IC fosse incorporata nella loro pratica e che tipo di informazioni e consigli gli infermieri del WOC fornivano ai loro pazienti; il questionario aveva solo scopo descrittivo e non è stato sottoposto a procedure di validazione.
- Cobb et al. (2015), hanno condotto un sondaggio online (SurveyMonkey) tra 985 infermieri stomisti membri della Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN), attraverso un questionario, non dichiarato. Il sondaggio comprendeva 32 domande, che affrontavano le caratteristiche dei partecipanti, il background e l'esperienza con l'IC, nonché la conoscenza e gli atteggiamenti nei confronti dell'IC. Sono state incluse sia domande a risposta chiusa che a risposta aperta.

Lo studio di Boutry et al. (2021), è stato il primo a valutare specificamente la qualità della vita dei pazienti con colostomia che praticano questa cura, utilizzando un punteggio di qualità della vita specifico per i pazienti con stomia. Infatti, questo studio ha rilevato un punteggio Stoma-QOL di 69,2 (55,0–81,6) nei pazienti che praticano l'IC e di 58,3 (40,0–73,3) nei pazienti che non praticano ($P < 0,001$).

Questi risultati sono simili ad altri studi sull'IC, come ad esempio quello di Karadağ et al. (2005), in cui è stata dimostrata una migliore qualità di vita nei pazienti che praticavano irrigazione, o quello di Grant et al. (2012), in cui la qualità della vita è migliorata nei pazienti che praticano l'IC all'interno della popolazione di portatori di colostomia dopo cancro del colon-retto. In questi due articoli appena citati, però, sono stati utilizzati il questionario sulla qualità della vita della malattia digestiva (DDQ-15), il modulo breve-36 (SF-36) e il questionario modificato City of Hope Quality of life-Stomia (mCOHQOL-O), non specifici per i pazienti con colostomia. Nello studio di Boutry et al. (2021), invece, la qualità della vita è stata analizzata con il punteggio

Stoma-QOL, specifico per pazienti portatori di qualsiasi tipo di stomia, il quale valuta vari aspetti della vita quotidiana: fisici, psicologici e sociali.

Anche lo studio di Karadağ et al. (2002), che ha usato i questionari il DDQ-15 e GUSQ, ha riportato che il gruppo sottoposto a colostomia irrigante aveva il punteggio QOL più alto ($69,12 \pm 4,3$) e due pazienti in questo gruppo hanno raggiunto il punteggio massimo possibile pari a 75.

Di seguito, vengono descritti i fattori influenzati da questo intervento.

3.2.1 Durata e frequenza dell'irrigazione

Il momento del giorno in cui effettuare l'IC è stato un aspetto critico che i pazienti hanno riferito in alcuni studi (Grant et al., 2012; Carlsson et al., 2010; Cobb et al., 2015).

Infatti il 71,68% dei partecipanti allo studio di Boutry et al. (2021) ha dichiarato di eseguire preferenzialmente l'irrigazione della colostomia al mattino, contro il 32,87% che indica la sera e il 4,2% che segnala genericamente "durante il giorno". Sempre il 71,68% degli irriganti al mattino ha riferito di attuare questo procedimento per una durata media di 50 minuti. La maggior parte dei pazienti praticanti ha riportato una frequenza dell'IC ogni 2-3 giorni (86,12%), con il 6,76% dei pazienti che eseguivano l'IC ogni giorno (Boutry et al., 2021).

Karadağ et al. (2005), invece, riportano che inizialmente, l'esecuzione dell'IC richiedeva circa 30-45 minuti. Man mano che acquisivano esperienza, l'intera procedura richiedeva 15 minuti. Inoltre, entro 12 mesi, 15 pazienti eseguivano l'IC ogni mattina, cioè con intervalli di 24 ore, mentre dopo un anno 10 pazienti sono riusciti a passare ad intervalli di 48 ore (Karadağ et al., 2005).

Grant et al. (2012) riportano che una percentuale significativamente più elevata di irrigatori attuali ha dedicato più di 60 minuti al giorno alla cura della stomia rispetto a chi non irrigava mai ($p < 0,001$); infatti, gli aspetti negativi sono legati al tempo impiegato nel portare a termine la procedura di irrigazione.

Nello studio di Carlsson et al. (2010) venti pazienti (51%) hanno dichiarato che gli era stato consigliato di eseguire l'irrigazione al mattino o alla sera, e 30 (77%) hanno dichiarato che era stato loro consigliato di irrigare a giorni alterni. Gli intervistati hanno inoltre affermato che è stato loro insegnato a instillare tra 500 e 1000 ml di

acqua per un periodo compreso tra 3 e 10 minuti (Carlsson et al., 2010). Sempre in questo studio, cinque (17%) hanno dichiarato di aver modificato la procedura, eseguendo l'IC su base giornaliera, a causa della produzione di effluenti durante l'irrigazione a giorni alterni. Quattro partecipanti hanno dichiarato di eseguire l'IC ogni tre giorni, 4 di evitarla durante i fine settimana, 1 di irrigare più volte al giorno per garantire una sacca vuota e 4 di aver cambiato l'orario dalla mattina alla sera. Invece, il 56% degli intervistati ha riportato percezioni negative dell'IC, legate all'occupazione prolungata del bagno e alle esigenze tecniche della procedura (Carlsson et al., 2010). In questo studio sono stati intervistati anche alcuni infermieri del WOC, i quali hanno consigliato di introdurre circa 750 ml di acqua di rubinetto riscaldata e le raccomandazioni variano tra 500 e 1000 ml. Il tempo consigliato per instillare l'acqua variava da 5 a 30 minuti, con la maggior parte degli infermieri WOC (90%) che raccomandava da 5 a 10 minuti. Gli infermieri del WOC tendevano a consigliare ai pazienti di irrigare durante l'orario della giornata che meglio si adattava ai pazienti, mattina o sera, e di irrigare regolarmente. Il 10% degli infermieri del WOC ha raccomandato di irrigare 2 giorni consecutivi per evitare la necessità di IC quando si viaggia da casa. Circa il 10% ha anche discusso di eseguire l'IC prima di prendere parte ad attività sociali per prevenire l'evacuazione inaspettata delle feci dalla colostomia. Inoltre, i pazienti sono stati informati che l'irrigazione avrebbe probabilmente richiesto più tempo se fossero emotivamente stressati durante l'instillazione dell'acqua (Carlsson et al., 2010).

Infine, Cobb et al. (2015) hanno visto che un aspetto importante per una IC di successo, è l'esecuzione della procedura alla stessa ora ogni giorno, come dichiarato dal 69% dei pazienti in questione. Invece, il 77% dei pazienti intervistati, ha riportato come svantaggio la quantità di tempo dedicata alla procedura (Cobb et al., 2015).

3.2.2 Continenza e perdite durante l'IC

Cinque studi espongono dati significativi riguardo questo fattore: Boutry et al. (2021), Karadağ et al. (2005), Grant et al. (2012), Carlsson et al. (2010) e Cobb et al. (2015). Boutry et al. (2021) riportano che nel 40,68% dei casi non sono state emesse feci tra le irrigazioni. Per il 15,79% dei pazienti non si è riscontrato perdite tra ogni cura.

Nello studio di Karadağ et al. (2005), che ha preso in studio 25 pazienti entro 12 mesi dall'inizio dell'IC, 22 pazienti dichiararono di aver raggiunto una continenza completa e tre parziali tra le irrigazioni, e tutti i 25 pazienti non utilizzavano le sacche in modo continuo. I pazienti esperti potevano volontariamente trattenere il fluido instillato nell'intestino per tutto il tempo che volevano, e poi potevano espellerlo (Karadağ et al., 2005).

Inoltre, lo studio di Grant et al. (2012), riporta commenti positivi alla domanda aperta riguardante il controllo sull'emissione della colostomia e il mantenimento della regolarità da parte dei pazienti intervistati.

Gli infermieri intervistati da Carlsson et al. (2010), invece, consigliano, che a volte è necessario aumentare o diminuire la quantità raccomandata di acqua instillata quando si sono accorti di dover evacuare le feci dalla colostomia tra un'irrigazione e l'altra.

Carlsson et al. (2010) ha riportato anche che 5 pazienti (17%) hanno dichiarato di aver modificato la procedura, eseguendo l'IC su base giornaliera a causa della produzione di effluenti durante l'irrigazione a giorni alterni. Inoltre, 5 partecipanti (17%) hanno aumentato la quantità di acqua per ridurre lo svuotamento intestinale tra un'irrigazione e l'altra e 2 (7%) hanno ridotto la quantità di acqua a 500 ml a causa delle difficoltà nel farla uscire dopo l'instillazione.

Lo studio di Cobb et al. (2015) riporta che il 75% dei pazienti che effettuano IC, identificano il senso di controllo come un vantaggio.

3.2.3 Dolore addominale

Tre studi hanno indagato il dolore durante la procedura dell'IC: Boutry et al. (2021), Karadağ et al. (2005) e Cobb et al. (2015).

Il dolore, durante la procedura di IC, è stato riportato dal 17,54% dei pazienti dello studio di Boutry et al. (2021).

Nello studio di Karadağ et al. (2005), due pazienti hanno inizialmente dichiarato un vago dolore addominale in seguito all'instillazione di liquidi; questo problema è stato risolto diminuendo il volume iniziale di irrigazione (Karadağ et al., 2005).

Anche nello studio di Cobb et al. (2015), il 42% dei pazienti ha riportato di sentire dei crampi addominali durante lo svolgimento dell'IC.

3.2.4 Cattivo odore

Il cattivo odore è stato indagato in totale da 3 studi: Grant et al. (2012), Carlsson et al. (2010), Karadag et al. (2002).

Gli aspetti positivi, notati dallo studio di Grant et al. (2012), includono il controllo dell'emissione, del gas e dell'odore.

Quasi tutti gli intervistati (97%) dello studio di Carlsson et al. (2010), hanno descritto aspetti positivi dell'IC, tra cui anche la riduzione dell'odore. Invece, sempre in questo studio, il 56% di 39 intervistati che ha eseguito l'IC, ha riportato percezioni negative riguardo la procedura, tra cui anche maggior flatulenza (Carlsson et al., 2010).

Karadag et al. (2002) riportano che 15 pazienti (93,8%) avevano problemi con l'odore prima dell'IC, invece 3 mesi dopo l'operazione e dopo aver provato l'IC, solo 1 paziente aveva problemi di odore ($P \leq 0,001$).

3.2.5 Viaggiare

Solo due studi hanno indagato il fattore viaggio dopo l'esecuzione di IC: Carlsson et al. (2010) e Karadag et al. (2002).

Dall'articolo di Carlsson et al. (2010), cinque pazienti (13%) hanno dichiarato di aver smesso di viaggiare perché non si sentivano abbastanza sicuri dopo l'operazione di stomia. Venticinque (64%) hanno continuato a viaggiare, ma alcuni hanno preso accordi speciali per soddisfare le esigenze di eseguire l'IC lontano da casa.

Dall'articolo di Karadag et al. (2002), si è notato che prima di irrigare la stomia 8 pazienti (50%) non viaggiavano, invece 3 mesi dopo l'operazione, e dopo aver provato l'IC, solo 1 paziente (6,2%) ha riferito di aver problemi nel viaggiare ($P \leq 0,05$).

3.2.6 Altri fattori

Le difficoltà maggiormente segnalate da Boutry et al. (2021) sono state i problemi durante l'introduzione del liquido (52,63%), la presenza di perdite per il 40,94% e la ritenzione di liquido per il 29,24%. Difficoltà minori riportate sono state nell'introduzione del cono (26,90%) o nel dolore durante la cura (17,54%).

Karadağ et al. (2005), invece, riporta che i pazienti sottoposti a colostomia irrigante hanno mostrato miglioramenti significativi nella limitazione di ruolo dovuta a problemi fisici, nel funzionamento sociale, nella limitazione di ruolo dovuta a

problemi emotivi, nella salute mentale generale, nella vitalità e nei punteggi del dolore corporeo, 12 mesi dopo la stomia, rispetto ai loro valori basali ($P < 0,05$); contrariamente al gruppo di non irriganti, nel quale sono stati notati miglioramenti solo nel funzionamento sociale e nella salute mentale generale ($P < 0,05$).

Secondo lo studio di Carlsson et al. (2010), quasi tutti gli intervistati (97%) hanno descritto aspetti positivi dell'IC, come sentirsi sicuri in contesti sociali, avere la sacca vuota, cambiare la sacca meno frequentemente, un senso generale di maggiore libertà, migliore controllo intestinale, sentirsi più puliti, migliorare l'autostima, diminuire l'ansia.

Il tema dell'alimentazione, dopo aver effettuato l'IC, è stato indagato solamente da uno studio: quello di Carlsson et al. (2010).

Quindici dei 39 intervistati (38%) che hanno eseguito l'IC hanno affermato che l'assunzione di alimenti specifici ha influenzato il successo dell'irrigazione (Carlsson et al., 2010).

Due studi (Carlsson et al., 2010; Karadag et al., 2002) hanno indagato la sfera intima. Il 97% degli intervistati nello studio di Carlsson et al. (2010) ha riportato aspetti positivi dell'IC, tra cui anche sentirsi sicuri nelle situazioni intime. Nello studio di Karadag et al. (2002), invece, 12 pazienti (75%) hanno riferito problemi riguardanti l'intimità prima di effettuare l'IC; solo un paziente ha riportato questo tipo di problema dopo la procedura dell'IC ($P \leq 0,01$).

I vantaggi più comuni identificati dallo studio di Cobb et al. (2015) includono il non dover svuotare la sacca durante il giorno (76%), il senso di controllo (75%) e il non dover indossare una sacca grande (69%).

3.2.7 Controindicazioni

Qui di seguito troviamo alcuni studi che riportano le controindicazioni e i fattori principali che vengono attribuiti al fallimento dell'IC.

Dallo studio di Boutry et al. (2021) è emerso che il 60,91% dei pazienti aveva praticato in passato l'IC e i principali sintomi responsabili dell'interruzione dell'IC sono stati: la stanchezza nel 32,92% dei casi, seguita dall'inefficienza nel 31,82% dei pazienti ed infine dalla presenza di ernia parastomale nel 19,92% dei casi.

Invece, lo studio di Grant et al. (2012) riporta che i partecipanti che avevano irrigato per anni, ma successivamente avevano smesso, hanno collegato questo cambiamento principalmente al pensionamento, al passaggio a una residenza assistita e/o al non dover andare al lavoro ogni giorno.

Gli infermieri del WOC, nello studio di Carlsson et al. (2010), hanno attribuito il fallimento dell'IC all'ernia peristomale, alle radiazioni, alla chemioterapia, alla sindrome dell'intestino irritabile, alla consistenza liquida dell'effluente, al transito lento, all'età, a pochi e troppo piccoli servizi igienici e al disagio emotivo sperimentato durante l'esecuzione della procedura.

Invece 164 infermieri del WOC dello studio di Cobb et al. (2015), hanno riferito di averlo insegnato in passato; le ragioni più comuni per aver abbandonato questa procedura sono state: l'IC non è indicato dal punto di vista medico (32%); i pazienti hanno rifiutato di farlo (32%); i pazienti sono tornati a casa troppo presto per insegnare loro la procedura in ospedale (31%) e con i miglioramenti delle attrezzature, è più facile cambiare la busta (30%). Inoltre, le controindicazioni più comuni, citate sempre da quest'ultimo studio, erano: la mancanza di motivazione (69%), la scarsa destrezza manuale (68%) e la sindrome dell'intestino irritabile (54%), (Cobb et al., 2015).

3.3 Metodo della marcatura del sito dello stoma

In questo capitolo i fattori che vengono influenzati dal metodo dello stoma-siting sono raggruppati in sottocapitoli, secondo 4 studi revisionati. Sono stati trovati risultati meno significativi rispetto a quelli dell'irrigazione, ma comunque rilevanti per la qualità di vita, forse anche per il minor numero di studi rispetto a questo intervento.

Ogni studio ha fornito ai pazienti stomizzati un questionario attraverso il quale venivano presi i dati per valutare la qualità di vita con o senza marcatura del sito operatorio:

- Person et al. (2012), hanno utilizzato lo Stoma QOL su 105 pazienti.
- McKenna et al. (2016), 59 stomizzati sono stati sottoposti allo Stoma Quality of Life (Stoma-QOL).
- Cakir S. K. & Ozbayir T. (2018), hanno intervistato 60 pazienti utilizzando il questionario City of Hope Quality of Life-Ostomy (COHQOL-OQ).

- Maydick D. (2016), ha analizzato la QOL di 140 pazienti attraverso il questionario COH-QOL-OQ.

Da tutti gli studi revisionati, è emerso che la marcatura dello stoma potrebbe essere un intervento per migliorare la qualità di vita di un paziente stomizzato.

Le principali conclusioni dello studio condotto da Person et al. (2012), indicano che i pazienti i cui siti di stomia sono stati marcati prima dell'intervento, presentavano un notevole miglioramento nella loro qualità di vita e una riduzione significativa delle complicanze postoperatorie. Questi risultati rimangono indipendenti dal tipo di stomia, sia essa permanente o temporanea.

Anche lo studio di McKenna et al. (2016) ha riscontrato un significativo miglioramento nella qualità di vita dei pazienti che si sono sottoposti a stoma-siting. Tuttavia, nello studio di McKenna et al. (2016) e di Cakir S. K. & Ozbayir T. (2018) si è notato che la maggior parte dei partecipanti all'indagine aveva ricevuto una diagnosi di cancro, il che potrebbe aver influenzato negativamente la loro qualità di vita correlata alla salute. Ricevere una diagnosi di cancro può costituire un ulteriore fattore di stress per i pazienti sottoposti a stomia.

I risultati dello studio descrittivo condotto da Maydick D. (2016), confermano l'importanza della marcatura preoperatoria del sito della stomia da parte di operatori qualificati. Le differenze significative nella qualità della vita (QoL), tra il gruppo di pazienti contrassegnato dagli infermieri del WOC e il gruppo contrassegnato dal chirurgo, rispetto al gruppo di controllo, evidenziano la necessità di questa pratica preoperatoria. I punteggi di qualità della vita (QoL) ottenuti da questo studio, sono congruenti con l'intervallo di punteggi QoL riportato in altri studi che hanno utilizzato il COH-QOL-OQ, come lo studio di Cakir S. K. & Ozbayir T. (2018).

Di seguito, vengono descritti i fattori influenzati da questo intervento.

3.3.1 Dieta e alimentazione

Solo uno studio ha analizzato i dati riguardanti l'alimentazione: Maydick D. (2016).

I risultati dello studio di Maydick D. (2016) hanno mostrato un'associazione significativa tra il punteggio preoperatorio da parte di un infermiere WOC, con il periodo di tempo precedente il ritorno dell'appetito ($P=0,02$) e il periodo di tempo prima che i pazienti si sentissero a proprio agio con la loro dieta ($P=0,007$); i pazienti

contrassegnati dagli infermieri WOC hanno mostrato un ritorno più precoce dell'appetito e del benessere grazie alla dieta, rispetto ai pazienti che non erano stati contrassegnati da un infermiere WOC. È stato riportato anche che, i pazienti contrassegnati da un infermiere WOC avevano maggiori probabilità di riferire di sentirsi “immediatamente” a proprio agio (8,6% rispetto allo 0,0% rispettivamente per i pazienti contrassegnati da infermieri WOC e non contrassegnati) e meno probabilità di riferire di "non sentirsi mai a proprio agio" (9,9% rispetto al 20,0% rispettivamente per gli infermieri WOC con punteggio e senza punteggio). Un numero maggiore di partecipanti contrassegnati dagli infermieri WOC ha riferito che il loro appetito è tornato “immediatamente” (10,0% rispetto allo 0,0% per i non contrassegnati), contro un gruppo più ristretto di pazienti, i quali hanno riferito che ci sono voluti “anni” prima di recuperare l'appetito (1,3% rispetto al 7,3%, contrassegnati dagli infermieri WOC rispetto a quelli non contrassegnati), (P=0,13), (Maydick D., 2016).

3.3.2 Qualità della vita a distanza di tempo

Due articoli hanno calcolato i fattori legati agli stili di vita che potrebbero influenzare la qualità di vita legata alla salute (HRQOL) con il passare delle settimane, tra il gruppo degli stomizzati che hanno effettuato stoma-siting, rispetto al gruppo non contrassegnato.

Lo studio di McKenna et al. (2016), attraverso il questionario Stoma Quality of Life (Stoma-QOL), ha evidenziato che l'aumento dello Stoma-QOL, nel periodo di 8 settimane successivo all'intervallo di dimissione ospedaliera, è stato significativamente maggiore nel gruppo contrassegnato rispetto al gruppo non contrassegnato (P=0,031), indicando un aumento significativo della HRQOL tra i pazienti che hanno ricevuto la marcatura preoperatoria della stomia (Figura 12).

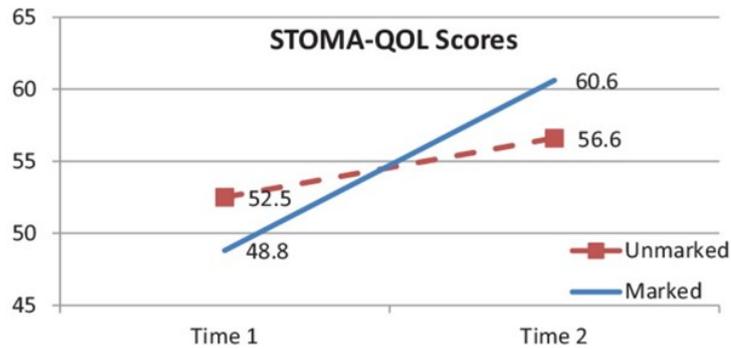


Figura 12. Punteggio Stoma QOL, dalla dimissione ospedaliera a 8 settimane dopo.

Nello studio di Cakir S. K. & Ozbayir T. (2018), invece, che si è avvalso del questionario City of Hope Quality of Life-Ostomy (COHQOL-OQ), l'aumento identificato del COHQOL-OQ, nel periodo di sei mesi successivo all'intervallo del primo mese, è stato significativamente maggiore nel gruppo contrassegnato rispetto al gruppo non contrassegnato ($P=0,031$), ed è stato registrato un aumento significativo dell'HRQOL tra i pazienti che hanno ricevuto marcatura della stomia (Figura 13).

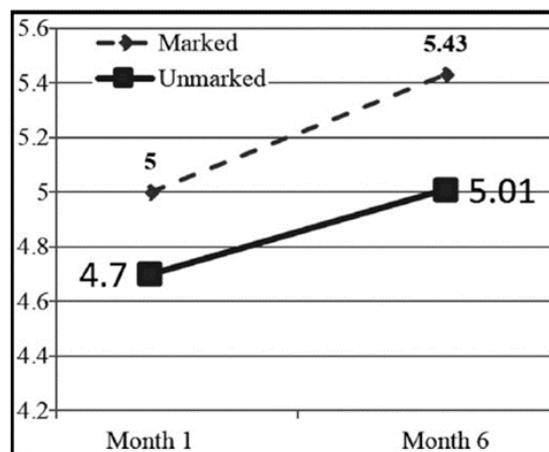


Figura 13. Punteggio COHQOL-OQ, da un mese dopo l'operazione a sei mesi dopo.

3.3.3 Indipendenza e assistenza nella cura della stomia

Tre studi hanno indagato se i pazienti erano indipendenti nel prendersi cura della stomia o richiedevano assistenza: Person et al. (2012), McKenna et al. (2016) e Cakir S. K. & Ozbayir T. (2018).

Nello studio di Person et al. (2012), si è visto che i pazienti i cui siti di stomia erano contrassegnati esprimevano sicurezza e indipendenza significativamente più elevate; infatti, è stato riportato che il 90,4% degli stomizzati che hanno effettuato stoma-siting si è preso cura in autonomia della propria stomia, contro il 77,4% degli stomizzati senza marcatura dello stoma (P=NS, non significativo). Sempre in questo studio, il 98,1% degli stomizzati con marcatura del sito operatorio, hanno riferito di sentirsi sicuri nel prendersi cura della propria stomia; invece, il 90,6% degli stomizzati senza marcatura del sito operatorio ha riferito di sentirsi a proprio agio nel prendersi cura della stomia (P=NS), (Person et al., 2012).

McKenna et al. (2016), riporta che la maggior parte dei partecipanti (92%; n=54) sono tornati a casa propria, inclusi 10 (17%) che vivevano da soli; di questi, 53 pazienti (90%) hanno indicato di essere in grado di svuotare la sacca per stomia senza assistenza e 46 (78%) hanno dichiarato di essere in grado di cambiare la sacca per stomia in modo indipendente; sempre questi 53 pazienti (90%), hanno affermato di essere in grado di provvedere alla cura di sé relativa a cucinare, fare il bagno, andare in bagno e camminare. La maggior parte dei partecipanti di questo studio ha riferito un elevato livello di funzionalità con la sola cura di sé della stomia. Sebbene un numero maggiore di pazienti nel gruppo contrassegnato indicasse livelli più elevati di autogestione della stomia rispetto ai pazienti nel gruppo non contrassegnato, le differenze non erano statisticamente significative (P=0,10) (McKenna et al., 2016).

Anche nello studio di Cakir S. K. & Ozbayir T. (2018), la maggior parte dei partecipanti (93% n=56) è tornata a casa propria, inclusi 4 (7%) che vivevano da soli; inoltre, hanno rilevato che 18 pazienti (60%) con marcatura del sito operatorio, erano indipendenti nella cura della propria stomia, contro i 16 pazienti (53%) senza marcatura del sito operatorio. Anche se un numero maggiore di pazienti nel gruppo contrassegnato indicasse livelli più elevati di autogestione della stomia rispetto ai pazienti nel gruppo non contrassegnato, le differenze non erano statisticamente significative (p>0,05) (Cakir S. K. & Ozbayir T., 2018).

3.3.4 Altri fattori

Lo studio di Person et al. (2012), ha rilevato altri fattori che incidono sulla QOL riguardo alla marcatura del sito operatorio. Il 45,3% dei pazienti senza marcatura dello

stoma ha dichiarato di sentirsi poco attraenti, contro solo il 19,2% dei pazienti che hanno effettuato stoma-siting ($P < 0,01$). Il 32,1% dei pazienti senza stoma-siting ha ammesso di dormire male durante la notte, contro il 13,5% dei pazienti con marcatura del sito operatorio ($P < 0,05$). Invece, il 18,9% dei pazienti senza marcatura del sito operatorio ha dichiarato di sentirsi soli anche in compagnia di altre persone, contro il 3,8% dei pazienti che hanno effettuato stoma-siting (Person et al., 2012).

Solo uno studio ha rilevato dati sulla differenza tra stomia temporanea e permanente; Person et al. (2012), riportano che, nonostante un numero significativamente maggiore di colostomie fossero permanenti (63,3%) e un numero maggiore di ileostomie temporanee (75,6%) ($p < 0,01$ per entrambe), non sono state riscontrate differenze statisticamente significative nei tassi di marcatura del sito tra di loro ($p > 0,1$ per entrambe). Infatti, in 18 parametri su 20, la QOL dei pazienti il cui sito di stomia era marcato, era significativamente migliore e in quasi tutti i casi non vi erano differenze nella QOL dei pazienti con una stomia temporanea o permanente (Person et al., 2012). Infine, lo studio di Maydick D. (2016), ha rilevato che fattori come l'età, il tempo trascorso dal primo intervento chirurgico e il tempo trascorso dall'intervento chirurgico più recente, aumentano anche i punteggi sulla misura della QoL.

3.3.5 Complicanze

Solo uno studio ha analizzato questo fattore: Person et al. (2012), riportano che i tassi di complicanze sono stati significativamente più bassi nei pazienti in cui il sito operatorio è stato contrassegnato prima dell'intervento indipendentemente dal tipo di stomia. Infatti, sempre questo studio, ha esposto che il 67,9% dei pazienti che non si erano sottoposti alla marcatura del sito operatorio, aveva riportato problemi di adattamento nel primo mese post-operatorio, contro 21,2% dei pazienti sottoposti a stoma-siting ($P < 0,01$). Le principali complicanze stomali riportate dai pazienti che non avevano effettuato stoma-siting sono state: irritazione della pelle parastomale (75,5%), ernia parastomale (24,5%), prollasso (7,5%). Dall'altra parte, sono state riportate complicanze peristomali anche da pazienti sottoposti a stoma-siting, ma in percentuali differenti: irritazione della pelle parastomale (38,5%), ($P < 0,01$), ernia parastomale (3,8%), ($P < 0,01$), prollasso (0,0%), ($P < 0,05$), (Person et al., 2012).

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Discussione dei risultati

Di seguito è esposta la discussione dei risultati della revisione di letteratura effettuata al fine di consentire di comprendere le implicazioni dei risultati stessi.

4.2 Metodo dell'irrigazione

Quasi tutti gli studi revisionati mostrano che l'irrigazione della colostomia è un possibile metodo per migliorare la qualità della vita dei pazienti con colostomia.

4.2.1 Durata e frequenza dell'irrigazione

Questo fattore è stato discusso da gran parte degli studi revisionati: cinque su sei. I pazienti di tre studi (Grant et al., 2012; Carlsson et al., 2010; Cobb et al., 2015) hanno riferito che il tempo per effettuare l'IC è stato un aspetto negativo. Infatti, per esempio, i pazienti irriganti del gruppo di Grant et al. (2012) hanno riferito di dedicare più di 60 minuti al giorno alla cura della stomia. Invece, secondo lo studio di Karadağ et al. (2005), se i pazienti all'inizio dedicavano alla procedura 30-45 minuti di tempo, man mano che essi acquisivano esperienza, l'intera procedura veniva effettuata in 15 minuti. Da questo si può dedurre che il fattore esperienza gioca un ruolo fondamentale in questa tecnica.

Inoltre, sempre lo studio di Karadağ et al. (2005) ha evidenziato che un anno dopo l'inizio dell'irrigazione i pazienti erano riusciti ad eseguire l'IC ad intervalli di 48 ore, raggiungendo la massima continenza in questo lasso di tempo, rispetto ai pazienti dello studio di Carlsson et al. (2010) che avevano dichiarato di aver modificato la procedura (17%), eseguendo l'IC su base giornaliera a causa della produzione di effluenti durante l'irrigazione a giorni alterni. Si è però visto, che lo studio di Karadağ et al. (2005) era composto da pazienti con età media di $52,4 \pm 13,7$ anni, invece lo studio di Carlsson et al. (2010) aveva preso in esame stomizzati con età media di 67 anni. Il fattore età potrebbe quindi incidere nell'esecuzione della procedura.

Carlsson et al. (2010) dichiararono che anche il fattore stress potrebbe aumentare il tempo richiesto dall'IC.

Infine, il 69% dei pazienti dello studio di Cobb et al. (2015) hanno sottolineato che un aspetto importante per una IC di successo è l'esecuzione della procedura alla stessa ora ogni giorno.

4.2.2 Continenza e perdite durante l'IC

In tutti gli studi che hanno preso in esame questo fattore (Boutry et al., 2021; Karadağ et al., 2005; Grant et al., 2012; Carlsson et al., 2010; Cobb et al., 2015), la continenza è stata identificata come un vantaggio. Però nello studio di Karadağ et al. (2005) tre pazienti dichiararono di aver raggiunto una continenza parziale tra un'irrigazione e l'altra. Questo potrebbe essere stato causato dall'età avanzata di alcuni pazienti (età media di $52,4 \pm 13,7$ anni), o dal fatto che dovessero modificare la procedura in base alle loro necessità e alla loro persona. Infatti, gli infermieri intervistati da Carlsson et al. (2010) sostengono che a volte è necessario aumentare o diminuire la quantità raccomandata di acqua instillata quando ci si accorge di dover evacuare le feci dalla colostomia tra un'irrigazione e l'altra. A conferma di questo nello stesso studio di Carlsson et al. (2010), si afferma che 5 partecipanti (17%) avevano aumentato la quantità di acqua per ridurre lo svuotamento intestinale tra un'irrigazione e l'altra.

4.2.3 Dolore addominale

Tre studi (Boutry et al., 2021; Karadağ et al., 2005; Cobb et al., 2015) hanno evidenziato che una parte dei loro pazienti ha dichiarato di aver sentito dolori addominali o crampi durante l'instillazione di acqua. Lo studio di Karadağ et al. (2005) ha però rivelato che i due pazienti stomizzati, che inizialmente provavano un vago dolore addominale, avevano risolto il problema diminuendo il volume iniziale di irrigazione. Anche questo fattore potrebbe essere influenzato dal fatto che i pazienti debbano modificare la procedura in base al proprio corpo e alle proprie necessità.

4.2.4 Cattivo odore

Tre studi (Grant et al., 2012; Carlsson et al., 2010; Karadag et al., 2002) hanno definito la riduzione dell'odore come un aspetto positivo. Solo un paziente dello studio di Karadag et al. (2002) si è lamentato di continuare ad aver problemi con l'odore ($P \leq 0,001$). Questo disagio potrebbe essere una conseguenza di una possibile IC

effettuata in modo sbagliato, magari per l'età del paziente, visto che l'età del gruppo dello studio in questione era compresa tra i 24 e 77 anni.

4.2.5 Viaggiare

Solo due studi hanno preso in considerazione i vantaggi e gli svantaggi di viaggiare dopo avere subito una stomia: Carlsson et al. (2010) e Karadag et al. (2002). Entrambi gli studi hanno rilevato aspetti positivi riguardo a questo fattore. Solo l'articolo di Karadag et al. (2002) ha riportato che un paziente aveva avuto problemi a viaggiare dopo aver eseguito l'IC ($P \leq 0,05$). Tuttavia, l'ampiezza campionaria rimane limitata, pertanto è fondamentale condurre ulteriori ricerche per esaminare più approfonditamente l'influenza del fattore viaggio.

4.2.6 Altri fattori

Altri fattori sono stati descritti da un numero limitato di studi. Sono riportati di seguito in questa sezione ma richiederebbero il confronto con una letteratura maggiore.

Karadağ et al. (2005) riporta ad esempio che i pazienti sottoposti a colostomia irrigante hanno mostrato miglioramenti significativi nella limitazione di ruolo dovuta a problemi fisici, nel funzionamento sociale, nella limitazione di ruolo dovuta a problemi emotivi, nella salute mentale generale e nella vitalità, 12 mesi dopo la stomia, rispetto ai loro valori basali ($P < 0,05$). Queste osservazioni contrastano con quanto segnalato dal gruppo di non irriganti, nel quale sono stati notati miglioramenti solo nel funzionamento sociale e nella salute mentale generale ($P < 0,05$). Quanto riportato dai pazienti dello studio di Karadağ et al. (2005) farebbe pensare che l'IC potrebbe migliorare la QOL rispetto a questi fattori.

Anche il tema dell'alimentazione è stato indagato solamente da uno studio; quello di Carlsson et al. (2010), il quale ha riportato che 15 dei 39 intervistati (38%) che avevano eseguito l'IC avevano affermato che l'assunzione di alimenti specifici aveva influenzato il successo dell'irrigazione (Carlsson et al., 2010).

Il fattore dei problemi riscontrati durante rapporti intimi prima di avere effettuato l'IC, invece, è stato indagato da due studi. Il 97% degli intervistati nello studio di Carlsson et al. (2010) ha segnalato per lo più aspetti positivi nelle situazioni intime. Nello studio di Karadag et al. (2002), invece, 12 pazienti (75%) hanno riferito problemi riguardanti

l'intimità prima di effettuare l'IC; solo un paziente ha riportato questo tipo di problema dopo la procedura dell'IC ($P \leq 0,01$).

Tuttavia, anche in questi studi, l'ampiezza campionaria rimane limitata, pertanto sarebbe fondamentale condurre ulteriori ricerche per esaminare più approfonditamente l'influenza di questi fattori.

4.2.7 Controindicazioni

Alcuni studi hanno riportato le controindicazioni e i fattori principali che vengono attribuiti al fallimento dell'IC. Dalla revisione degli studi si sono notati alcuni fattori principali che hanno portato al fallimento dell'IC:

- la stanchezza e la mancanza di motivazione che sono stati riportati rispettivamente dal 32,92% dei casi dello studio di Boutry et al. (2021) e dal 69% degli infermieri del WOC dello studio di Cobb et al. (2015); questa differenza potrebbe essere data dal fatto che i pazienti assistiti dagli infermieri del WOC siano maggiori e quindi con diverse caratteristiche rispetto a quelli dello studio di Boutry et al. (2021);
- la sindrome dell'intestino irritabile, riportata dagli infermieri del WOC, nello studio di Carlsson et al. (2010) e dal 54% degli infermieri del WOC nello studio di Cobb et al. (2015); non conoscendo la percentuale esatta di infermieri nello studio di Carlsson et al. (2010) non è possibile mettere a confronto i due studi;
- l'età, indicata dagli infermieri del WOC, nello studio di Carlsson et al. (2010) e dai pazienti dello studio di Grant et al. (2012), i quali hanno riportato di collegare il fallimento dell'IC al pensionamento, al passaggio a una residenza assistita e/o al non dover andare al lavoro ogni giorno; non conoscendo la percentuale esatta di questi pazienti, non è possibile mettere a confronto i due studi, ma comunque l'anziana età è un fattore che potrebbe portare al fallimento dell'IC.

4.3 Metodo della marcatura dello stoma

Quasi tutti gli studi revisionati, mostrano che anche la marcatura dello stoma è un possibile metodo per migliorare la qualità della vita dei pazienti con colostomia.

4.3.1 Dieta e alimentazione

Solo uno studio ha analizzato i dati riguardanti l'alimentazione: Maydick D. (2016).

Dati significativi sono stati mostrati nell'associazione tra il punteggio preoperatorio da parte di un infermiere WOC e il periodo di tempo prima che l'appetito ritornasse ($P=0,02$), e il punteggio preoperatorio da parte di un infermiere WOC e il periodo di tempo prima che i pazienti si sentissero a proprio agio con la loro dieta ($P=0,007$).

È stato notato però, che nel presente studio oltre il 75% degli intervistati era affetto dal morbo di Crohn o dalla colite ulcerosa e oltre il 50% aveva subito un'ileostomia; quindi, è possibile che l'intervento stesso abbia portato al ritorno dell'appetito e al comfort con la dieta.

Tuttavia, l'ampiezza campionaria rimane limitata, pertanto è fondamentale condurre ulteriori ricerche per esaminare più approfonditamente l'influenza del fattore alimentazione.

4.3.2 Qualità della vita a distanza di tempo

I risultati degli studi di McKenna et al. (2016) e Cakir S. K. & Ozbayir T. (2018) sono simili tra di loro, e rilevano che, con il passare delle settimane, i pazienti sottoposti a stoma-siting hanno ottenuto punteggi HRQOL significativamente più alti rispetto ai pazienti non contrassegnati. I due studi hanno usato differenti questionari di valutazione della QOL, poiché lo studio di McKenna et al. (2016) ha utilizzato il questionario Stoma Quality of Life (Stoma-QOL), specifico per pazienti portatori di qualsiasi tipo di stomia, invece lo studio di Cakir S. K. & Ozbayir T. (2018) ha riportato i dati attraverso il questionario City of Hope Quality of Life-Ostomy (COHQOL-OQ).

Inoltre nello studio di McKenna et al. (2016) è stato notato che durante la dimissione ospedaliera, la qualità di vita del gruppo degli stomizzati senza marcatura del sito operatorio era maggiore.

4.3.3 Indipendenza e assistenza nella cura della stomia

Gli studi di Person et al. (2012), McKenna et al. (2016) e Cakir S. K. & Ozbayir T. (2018) hanno mostrato che i pazienti che hanno effettuato la marcatura del sito operatorio sono più indipendenti rispetto al gruppo senza stoma-siting. Si è visto però che le differenze nel prendersi cura della propria stomia, tra i due gruppi, non erano significative; per esempio, nello studio di Cakir S. K. & Ozbayir T. (2018) è stato rilevato che 18 pazienti (60%) con marcatura del sito operatorio erano indipendenti nella cura della propria stomia, contro i 16 pazienti (53%) senza marcatura del sito operatorio; questa differenza poco rilevante, potrebbe essere data dal tipo di intervento a cui si sono sottoposti i pazienti dei due studi o dalla patologia da cui sono affetti.

4.3.4 Altri fattori

Un solo studio ha indagato la differenza tra stomia temporanea e permanente: Person et al. (2012). In questo viene osservato che, nonostante una percentuale significativamente più alta di colostomie fosse permanente (63,3%) rispetto alle ileostomie temporanee (75,6%) ($p < 0,01$ per entrambe), non sono emerse differenze statisticamente rilevanti nei tassi di marcatura del sito tra di esse ($p > 0,1$ per entrambe). Questo potrebbe essere dato anche dalla minima variazione delle caratteristiche nei due gruppi.

4.3.5 Complicanze

Solo uno studio ha rilevato i dati riguardanti le complicanze, quello di Person et al. (2012), in cui si evidenzia che il 67,9% dei pazienti, che non si erano sottoposti alla marcatura del sito operatorio, aveva avuto problemi di adattamento nel primo mese post-operatorio, contro 21,2% dei pazienti sottoposti a stoma-siting ($P < 0,01$). Inoltre, il primo gruppo di stomizzati ha avuto anche un maggior numero di complicanze stomali. Questo potrebbe essere dovuto ad una serie di fattori come l'età, il tipo di stomia o la malattia per cui si sono sottoposti all'intervento. Tuttavia, sempre secondo Person et al. (2012), i tassi di complicanze sono stati significativamente più bassi nei pazienti in cui il sito operatorio è stato contrassegnato prima dell'intervento.

4.4 Limiti della ricerca

Alcuni fattori che consentono di migliorare la qualità della vita dopo l'intervento dovrebbero essere approfonditi maggiormente, per esempio l'alimentazione, il fattore viaggio e come vivere l'intimità.

Un altro limite è rappresentato dal fatto che solo tre studi (Boutry et al., 2021; Person et al., 2012; McKenna et al., 2016) hanno analizzato la qualità della vita attraverso il questionario Stoma-QOL, specifico per pazienti portatori di qualsiasi tipo di stomia; altri studi hanno impiegato questionari più generici, non mirati specificamente a questo tipo di pazienti, ma idonei a malattie digestive in generale, come il DDQ-15, il modulo breve-36 (SF-36) o il questionario City of Hope Quality of Life Ostomy (COHQOL-OQ).

Inoltre, in alcuni studi è stato riconosciuto che, l'influenza di una diagnosi di cancro che porta alla formazione di una stomia fecale, la mancanza di controllo dell'educazione preoperatoria sulla stomia e la misurazione della HRQOL solo durante il periodo immediatamente post-operatorio, potrebbero aver influenzato i risultati dello studio.

4.5 Implicazioni per la pratica

L'IC sui pazienti colostomizzati non è praticata nella totalità della casistica.

È comunque importante proseguire con l'implementazione di corsi di formazione continua ad hoc, nonché concentrarsi ad effettuare un'educazione più mirata sui pazienti, anche dal punto di vista psicologico.

4.6 Implicazioni per la ricerca

Le indagini successive potrebbero concentrarsi maggiormente sull'analisi di altri fattori come l'alimentazione e l'educazione infermieristica relativa ai pazienti stomizzati, al fine di migliorare ulteriormente la loro qualità di vita.

Sarebbe preferibile che gli studi futuri, preferibilmente multicentrici, adottassero un questionario appositamente progettato per valutare la qualità della vita nei pazienti stomizzati, lo Stoma-QOL, e studiassero la popolazione per fasce d'età più ristrette e background più omogenei e/o definiti.

4.7 Conclusioni

In conclusione, il presente lavoro ha individuato e indagato diverse strategie per un possibile miglioramento della qualità di vita nelle persone portatrici di stomia intestinale. Attraverso un'analisi dettagliata delle sfide fisiche, psicologiche e sociali affrontate da queste persone, si è evidenziato quanto sia cruciale adottare un approccio olistico nella gestione della loro condizione. Gli studi revisionati, hanno riportato che l'irrigazione e la marcatura dello stoma potrebbero essere due validi interventi per migliorare la qualità di vita dei pazienti stomizzati. Si è visto, comunque, che l'ampiezza campionaria rimane limitata, pertanto è fondamentale condurre ulteriori ricerche per esaminare più approfonditamente l'influenza di alcuni fattori.

Le strategie proposte includono un migliore supporto psicologico e sociale, l'educazione continua per il miglioramento dei metodi di assistenza alla stomia, l'accesso a prodotti e dispositivi innovativi per la gestione delle stomie, nonché la promozione di stili di vita sani e attivi. È emerso, inoltre, che la qualità dell'educazione fornita da parte dell'infermiere al paziente, ha una notevole influenza sul percorso di cura di uno stomizzato, al fine di promuovere una sua maggiore comprensione e accettazione di questa condizione medica.

È importante sottolineare che il miglioramento della qualità di vita nelle persone portatrici di stomia intestinale richiede un impegno collettivo, soprattutto da parte di professionisti sanitari (stomaterapisti) e famiglie (caregiver). Solo attraverso un approccio integrato e la collaborazione di tutti gli attori coinvolti, si potranno ottenere risultati significativi nel garantire una migliore qualità di vita per queste persone. La ricerca continua e l'innovazione nei trattamenti e nella gestione delle stomie saranno essenziali per sviluppare ulteriormente le strategie e migliorare costantemente la vita delle persone con questa condizione.

BIBLIOGRAFIA

A.I.STOM. (2018). Procedimento stoma care con dispositivo monopezzo. Linee guida persone stomizzate A.I.STOM. 2018.

Ambe, P. C., Kurz, N. R., Nitschke, C., Odeh, S. F., Möslein, G., & Zirngibl, H. (2018). Intestinal Ostomy. *Deutsches Arzteblatt international*, 115(11), 182–187. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0182>.

American Society of Colon and Rectal Surgeons Committee Members, & Wound Ostomy Continence Nurses Society Committee Members (2007). ASCRS and WOCN joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 34(6), 627–628. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000299812.08533.a6>.

Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmailpour, S., & Safae, A. (2012). Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Indian journal of palliative care*, 18(3), 176–180. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.105687>.

Association of Stoma Care Nurses UK. (2016). ASCN Stoma Care: National Clinical Guidelines. Association of Stoma Care Nurses UK.

Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia. (1996). Manuale pratico dello stomaterapista. San Lazzaro di Savena.

Barp A, Brazzale R, et al. Le complicanze del complesso stomale. In: gruppo di ricerca AIOSS (a cura di) Saracco C. Clinica infermieristica in stomaterapia. Dalle evidenze agli strumenti operativi. Hollister 2007.

Black P. (2015). Selecting appropriate appliances and accessories for ileostomates. *Gastrointestinal Nursing*, 13(7), 42–50.

Bosio, G., Pisani, F., et al. (2007). A Proposal for Classifying Peristomal Skin Disorders: Results of a Multicenter Observational Study. *Ostomy Wound Manage*, 53, 38-43.

Bottalico V. La figura dello stomaterapista durante il percorso del paziente stomizzato. Associazione italiana stomizzati 2014;2:17-8.

Boutry, E., Bertrand, M. M., Ripoche, J., Alonso, S., Bastide, S., Prudhomme, M., & French Federation of Ostomy (2021). Quality of life in colostomy patients practicing colonic irrigation: An observational study. *Journal of visceral surgery*, 158(1), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.07.003>.

Cakir, S. K., & Ozbayir, T. (2018). The effect of preoperative stoma site marking on quality of life. *Pakistan journal of medical sciences*, 34(1), 149–153. <https://doi.org/10.12669/pjms.341.14108>.

Carlsson, E., Gylin, M., Nilsson, L., Svensson, K., Alverslid, I., & Persson, E. (2010). Positive and negative aspects of colostomy irrigation: a patient and WOC nurse perspective. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 37(5), 511–518. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181edaf84>.

Chiara, K., Fent, Y., et al. (2011). La colostomia. Una guida della Lega contro il cancro per malati e familiari. Lega contro il cancro, Svizzera.

Clase C. (2011). Renal failure (chronic). *BMJ clinical evidence*, 2011, 2004.

Cobb, M. D., Grant, M., Tallman, N. J., Wendel, C. S., Colwell, J., McCorkle, R., & Krouse, R. S. (2015). Colostomy irrigation: current knowledge and practice of WOC nurses. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 42(1), 65–70. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000075>.

D'Ambrosio, F., Pappalardo, C., Scardigno, A., Maida, A., Ricciardi, R., & Calabrò, G. E. (2022). Peristomal Skin Complications in Ileostomy and Colostomy Patients: What We Need to Know from a Public Health Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 79. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010079>.

Danielsen, A. K., Burcharth, J., & Rosenberg, J. (2013). Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 15(6), e276–e283. <https://doi.org/10.1111/codi.12197>.

Davis, D., Ramamoorthy, L., & Pottakkat, B. (2020). Impact of stoma on lifestyle and health-related quality of life in patients living with stoma: A cross-sectional study. *Journal of education and health promotion*, 9, 328. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_256_20.

Dobruch, J., & Oszczudłowski, M. (2021). Bladder Cancer: Current Challenges and Future Directions. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(8), 749. <https://doi.org/10.3390/medicina57080749>.

Erwin-Toth P. (2003). Ostomy pearls: a concise guide to stoma siting, pouching systems, patient education and more. *Advances in skin & wound care*, 16(3), 146–152. <https://doi.org/10.1097/00129334-200305000-00014>.

F.A.I.S. (n.d.). Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati.

Franchello, A., & Olivero, G. (1996). Tumori maligni del colon-retto. In *Chirurgia*. Edizioni Minerva Medica.

Gillenwater, J. Y., & Grayhack, J. T. (2012). *Adult and Pediatric Urology*. Lippincott Williams & Wilkins.

Grant, M., McMullen, C. K., Alschuler, A., Hornbrook, M. C., Herrinton, L. J., Wendel, C. S., Baldwin, C. M., & Krouse, R. S. (2012). Irrigation practices in long-term survivors of colorectal cancer with colostomies. *Clinical journal of oncology nursing*, 16(5), 514–519. <https://doi.org/10.1188/12.CJON.514-519>.

Gutman, N. (2011). *Colostomy Guide*. United Ostomy Association of America.

Herlufsen, P., Olsen, A. G., Carlsen, B., Nybaek, H., Karlsmark, T., Laursen, T. N., & Jemec, G. B. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent

stomas. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 15(16), 854–862. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.16.21848>.

Jackson, P., & Vigiola Cruz, M. (2018). Intestinal Obstruction: Evaluation and Management. *American family physician*, 98(6), 362–367.

Karadağ, A., Menteş, B. B., & Ayaz, S. (2005). Colostomy irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life. *Journal of clinical nursing*, 14(4), 479–485. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01083.x>.

Karadağ, A., Menteş, B. B., Uner, A., Irkörüçü, O., Ayaz, S., & Ozkan, S. (2003). Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *International journal of colorectal disease*, 18(3), 234–238. <https://doi.org/10.1007/s00384-002-0462-z>.

Käthi, C., Yvonne, F., et al. (2003). La colostomia. Una guida della Lega contro il cancro per malati e familiari. Lega contro il cancro, Svizzera.

Kent, D. J., Long, M. A., & Bauer, C. (2015). Does colostomy irrigation affect functional outcomes and quality of life in persons with a colostomy? *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 42(2), 155–161. <https://doi.org/10.1097/WON.000000000000121>.

Kessmann J. (2006). Hirschsprung's disease: diagnosis and management. *American family physician*, 74(8), 1319–1322.

Khandelwal, C., & Kistler, C. (2013). Diagnosis of urinary incontinence. *American family physician*, 87(8), 543–550.

Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., Dean, G., Nelson, R., & Chu, D. (2007). Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *The Journal of surgical research*, 138(1), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2006.04.033>.

Kwiatt, M., & Kawata, M. (2013). Avoidance and management of stomal complications. *Clinics in colon and rectal surgery*, 26(2), 112–121. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1348050>.

Litwin, M. S., & Saigal, C. S. (2016). *Urologic Diseases in America*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.

Lotfollahzadeh, S., Recio-Boiles, A., & Cagir, B. (2023). *Colon Cancer*. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Maydick D. (2016). A Descriptive Study Assessing Quality of Life for Adults With a Permanent Ostomy and the Influence of Preoperative Stoma Site Marking. *Ostomy/wound management*, 62(5), 14–24.

McKenna, L. S., Taggart, E., Stoelting, J., Kirkbride, G., & Forbes, G. B. (2016). The Impact of Preoperative Stoma Marking on Health-Related Quality of Life: A Comparison Cohort Study. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 43(1), 57–61. <https://doi.org/10.1097/WON.000000000000180>.

Mensi, L. (2009). Il disegno preoperatorio in un paziente candidato al confezionamento di una stomia. *Notiziario di informazione della Società Italiana Unitaria di Coloproctologia*, 3, 7-8.

Minerva Medica, (1996).

Mulita, F., & Lotfollahzadeh, S. (2023). *Intestinal Stoma*. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Person, B., Ifargan, R., Lachter, J., Duek, S. D., Kluger, Y., & Assalia, A. (2012). The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Diseases of the colon and rectum*, 55(7), 783–787. <https://doi.org/10.1097/DCR.0b013e31825763f0>.

Pezcoller, C. (2011). Problemi sessuali negli stomizzati. Federazione Associazione Incontinenti e Stomizzati.

Prieto, L., Thorsen, H., & Juul, K. (2005). Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 1-10.

Rolstad, B. S., & Erwin-Toth, P. L. (2004). Peristomal skin complications: prevention and management. *Ostomy/wound management*, 50(9), 68–77.

Saracco, C. (2007). Clinica infermieristica in stomaterapia. Dalle evidenze agli strumenti operativi. Hollister.

Steinhagen, E., Colwell, J., & Cannon, L. M. (2017). Intestinal Stomas-Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. *Clinics in colon and rectal surgery*, 30(3), 184–192. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1598159>.

Strate, L. L., & Morris, A. M. (2019). Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. *Gastroenterology*, 156(5), 1282–1298.e1. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.12.033>.

Torres, J., Mehandru, S., Colombel, J. F., & Peyrin-Biroulet, L. (2017). Crohn's disease. *Lancet* (London, England), 389(10080), 1741–1755. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31711-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31711-1).

Vonk-Klaassen, S. M., de Vocht, H. M., den Ouden, M. E., Eddes, E. H., & Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(1), 125–133. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1050-3>.

Wein, A. J., Kavoussi, L. R., Partin, A. W., & Peters, C. A. (2015). *Campbell-Walsh Urology*, 11th Edition. Elsevier.

Wessells, H., Angermeier, K. W., Elliott, S., Gonzalez, C. M., Kodama, R., Peterson, A. C., Reston, J., Rourke, K., Stoffel, J. T., Vanni, A. J., Voelzke, B. B., Zhao, L., &

Santucci, R. A. (2017). Male Urethral Stricture: American Urological Association Guideline. *The Journal of urology*, 197(1), 182–190. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2016.07.087>.

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). (2014). Position statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing colostomy or ileostomy surgery. WOCN Society.

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). (2014). Stoma Complications: Best Practice for Clinicians. WOCN Society.

Xavier, R. J., & Podolsky, D. K. (2007). Unravelling the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature*, 448(7152), 427–434. <https://doi.org/10.1038/nature06005>.

Zewude, W. C., Derese, T., Suga, Y., & Teklewold, B. (2021). Quality of Life in Patients Living with Stoma. *Ethiopian journal of health sciences*, 31(5), 993–1000. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i5.11>.

Zhang, T., & Qi, X. (2023). Enhanced Nursing Care for Improving the Self-Efficacy & Health-Related Quality of Life in Patients with a Urostomy. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 16, 297–308. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S394515>.

SITOGRAFIA

Ciraci, S. (2021, November 17). Cosa sono le stomie intestinali e come si igienizzano. The Wom Healthy. Retrieved September 14, 2023, from <https://healthy.thewom.it/terapie/stomia-intestinale/#fonti> [Data ultimo accesso: 19/08/2023].

Colostomia. PNG. (n.d.). Wikipedia. Retrieved October 19, 2023, from <https://it.wikipedia.org/wiki/File:Colostomia.PNG> [Data ultimo accesso: 12/08/2023].

Colostomy. (n.d.). Wikipedia. Retrieved October 19, 2023, from <http://en.wikipedia.org/wiki/Colostomy> [Data ultimo accesso: 12/08/2023].

Dieta per colostomia: cosa mangiare e cosa evitare per stare bene. (2021, May 7). Farmoderm. Retrieved October 19, 2023, from <https://farmoderm.it/colostomia-alimentazione-sana/> [Data ultimo accesso: 18/08/2023].

Ileostomia: i sistemi di raccolta per gestirla di ConvaTec. (n.d.). Convatec. Retrieved October 19, 2023, from <https://www.convatec.com/it-it/prodotti/cura-della-stomia/tipo-di-chirurgia/pc-stomia-ileostomia/> [Data ultimo accesso: 14/08/2023].

Loddo, I. (2017, December 5). Stomia: L'infermiere nell'educazione al paziente nel pre e post operatorio. Nurse24.it. Retrieved September 14, 2023, from <https://www.nurse24.it/dossier/stomia/infermieri-educazione-paziente-stomizzato.html> [Data ultimo accesso: 16/08/2023].

Melis, V. (2022, July 20). Assistenza a persona con stomia: l'importanza di un percorso strutturato. Nurse24.it. Retrieved September 14, 2023, from <https://www.nurse24.it/dossier/stomia/assistenza-stomizzato-importanza-percorso-strutturato.html> [Data ultimo accesso: 16/08/2023].

Pedace, V. (2017, July 17). Stomia intestinale tipologia e caratteristica. Nurse24.it. Retrieved September 14, 2023, from <https://www.nurse24.it/dossier/stomia/tipologie-caratteristiche-stomie-intestinale.html> [Data ultimo accesso: 12/08/2023].

Pedace, V. (2020, September 10). Come il disegno preoperatorio della stomia riduce le complicanze. Nurse24.it. Retrieved September 14, 2023, from <https://www.nurse24.it/dossier/stomia/importanza-disegno-preoperatorio-confezionamento-stomia.html> [Data ultimo accesso: 13/08/2023].

SenSura® post-op. (n.d.). Coloplast. Retrieved October 19, 2023, from <https://prodotti.coloplast.it/coloplast/stomia/sensura-hospital-assortment/sensura-post-op/> [Data ultimo accesso: 14/08/2023].

Stomia e irrigazione intestinale transtomale. (2016, February 15). Nurse24.it. Retrieved September 14, 2023, from <https://www.nurse24.it/specializzazioni/area-clinica/stomia-irrigazione-intestinale-transtomale.html> [Data ultimo accesso: 20/08/2023].

Stomia e qualità della vita: individuare il sistema di raccolta più adatto alle esigenze del paziente. (2022, November 14). Convatec. Retrieved September 21, 2023, from <https://www.convatec.com/it-it/cura-della-stomia/blog/stomia-e-qualita-della-vita-individuare-il-sistema-di-raccolta-piu-adatto-alle-esigenze-del-paziente/> [Data ultimo accesso: 12/08/2023].

Stomie intestinali: gestione del paziente. (n.d.). Medicina e Chirurgia. Retrieved October 19, 2023, from https://www.medicina.univpm.it/sites/www.medicina.univpm.it/files/Stomie_intestinali_paziente_def_0.pdf [Data ultimo accesso: 20/08/2023].

ALLEGATO 1
TABELLA STUDI REVISIONATI

Autore/Anno/ Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati	Note
E. Boutry (2021) Quality of life in colostomy patients practicing colonic irrigation: An observational study	Studio osservazionale	Valutazione della qualità di vita tra due gruppi di pazienti colostomizzati che praticano l'IC rispetto a quelli che non praticano l'IC, attraverso il questionario Stoma-QOL.	Membri della federazione francese di stomia, 752 pz, età media di 75 anni, 47,26% uomini. 41% dei pazienti praticava irrigazione. Il punteggio mediano della qualità della vita era significativamente e più alto nei pazienti che praticavano CI: 69,20 (55,0– 81,57) e 58,33 (40,0–73,3).	La maggior parte dei pazienti praticanti riportava una frequenza di IC ogni 2-3 giorni (86,12%), con il 6,76% dei pazienti che eseguivano l'IC ogni giorno. I pazienti eseguivano preferenzialmente l'IC al mattino con il 71,68% contro il 32,87% la sera, mentre il 4,2% veniva effettuato durante il giorno. I pazienti hanno eseguito 3-4 irrigazioni a settimana.	Quasi il 98,9% dei pazienti che hanno realizzato l'IC ha espresso il desiderio di continuare questa cura con un tasso di soddisfazione molto elevato. Il punteggio Stoma-QOL è 69,2 (55,0-81,6) nei pazienti che praticano l'IC e 58,3 (40,0-73,3) nei pazienti che non praticano, $P <$ 0,001.	L'unica lamentela che alcuni pazienti hanno è un lieve dolore addominale dopo l'irrigazione. Questo problema è facilmente risolto diminuendo la quantità di liquido utilizzato La durata media riportata era di 50 minuti, più comunemente condotta ogni 72 ore

						Stoma-QOL è un punteggio della qualità della vita specifico del paziente stomatico che comprende 20 domande con una scala a quattro punti (1: sempre-4 mai). Il punteggio finale è quindi compreso tra 20 e 80, che viene convertito in un punteggio globale compreso tra 0 e 100.
Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati	Note
Ayise Karadag (2005) Colostomy	Studio osservazionale	Esaminare se l'irrigazione può contribuire	25 pazienti sottoposti a intervento chirurgico, chemioterapia e/o	Un consulente Chirurgo coloretale, un infermiere di Terapia enterostomale	Dei 25 pazienti che hanno appreso e applicato IC, nessuno ha abbandonato la procedura durante il periodo di follow-up di questo studio (12 mesi).	Questionario sulla qualità della vita della malattia

<p>irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life</p>		<p>sulla qualità di vita dei pazienti stomizzati.</p>	<p>radioterapia almeno tre mesi prima, che presentano colostomia permanente dell'estremità sinistra correttamente costruita e ben funzionante. Questi 25 pazienti sono stati confrontati con 10 pazienti simili con colostomie dell'estremità sinistra che hanno ricevuto consulenza ma non hanno acconsentito all'IC per vari motivi: servizi igienici inadeguati (due pazienti), vivere in una città lontana (quattro</p>	<p>(ET) e un assistente di ricerca della scuola per infermieri si sono presi cura dei pazienti, secondo un protocollo standard ideato dai ricercatori sulla base della letteratura. Ai pazienti con colostomie dell'estremità sinistra è stata offerta anche la terapia di irrigazione alla seconda visita, se erano fisicamente e intellettualmente capaci per questa educazione. Il questionario sulla qualità della vita della malattia digestiva-15 (DDQ-15) e il modulo breve-36 (SF-36) sono stati utilizzati per analizzare la</p>	<p>Non sono state osservate complicazioni meccaniche o metaboliche correlate all' IC. Due pazienti hanno inizialmente dichiarato un vago dolore addominale in seguito all' instillazione di liquidi. Questo problema è stato risolto diminuendo il volume iniziale di irrigazione. Inizialmente, l'IC impiegava circa 30-45 minuti per l'esecuzione. Man mano che acquisivano esperienza, l'intera procedura richiedeva 15 minuti. Entro 12 mesi dall'inizio dell'IC, 22 pazienti hanno dichiarato di aver raggiunto la continenza completa e tre parziali tra le irrigazioni, e tutti i 25 pazienti hanno ommesso all'uso continuo delle sacche. I pazienti esperti potevano trattenere volontariamente il fluido instillato nelle loro viscere per tutto il tempo che desideravano, e potevano quindi espellerlo. Entro 12 mesi, 15 pazienti eseguivano l'IC ogni mattina, cioè con intervalli di 24 ore, mentre 10 pazienti sono</p>	<p>digestiva-15 (DDQ-15) - è uno strumento QOL breve e semplice sviluppato presso la Medical University of South Carolina, Digestive Disease Center (DDQ-15). Più alto è il punteggio DDQ-15, migliore è la qualità della vita. Ci sono 15 domande che sono positive o negative. Per ogni item, l'opzione di risposta più desiderabile è indicata da un punteggio di 5</p>
---	--	---	---	---	---	--

			<p>pazienti) o semplicemente resistenza all'apprendimento di una procedura presumibilmente difficile (quattro pazienti). Venticinque pazienti (16 maschi, nove femmine, di età compresa tra 32 e 78 anni) hanno soddisfatto i criteri necessari e hanno acconsentito all'IC, mentre 10 pazienti (sei maschi, quattro femmine, di età compresa tra 32 e 75 anni) hanno ricevuto la cura della stomia senza CI. Non esistevano differenze</p>	<p>qualità della vita prima e dopo la stomiaterapia con o senza IC. I pazienti sono stati informati sullo scopo dello studio. I questionari sono stati completati dai pazienti prima e 12 mesi dopo la stomiaterapia con o senza irrigazione.</p>	<p>recentemente riusciti a passare a intervalli di 48 ore. Come previsto, i pazienti che non si irrigavano continuavano a utilizzare continuamente i sacchetti a causa dell'escrezione fecale incontrollata. I punteggi DDQ al basale e i punteggi degli elementi SF-36 erano simili nei gruppi di irrigazione e non irrigazione prima della stomaterapia. Il punteggio DDQ è migliorato significativamente in entrambi i gruppi dopo la stomaterapia. Anche il punteggio DDQ post-stomaterapia del gruppo irrigante era significativamente più alto di quello del gruppo non irrigante.</p>	<p>e la risposta meno desiderabile 1. Pertanto, il punteggio più alto possibile è 75 e il più basso 15. Modulo breve-36 (SF-36) - è la misura più ampiamente accettata della qualità della vita. I punteggi grezzi vengono trasformati linearmente per rientrare in un intervallo da 0 a 100, con punteggi più alti che rappresentano migliori livelli di funzionamento. Include una</p>
--	--	--	---	---	--	--

			significative tra i due gruppi per quanto riguarda l'età o il sesso ($P > 0,05$).			scala a più voci che valuta otto concetti di salute: (i) funzione fisica, (ii) limitazione di ruolo dovuta a problemi fisici, (iii) funzionamento sociale, (iv) limitazione di ruolo dovuta a problemi emotivi, (v) problemi mentali generali salute, (vi) vitalità (energia e affaticamento), (vii) dolore corporeo e (viii) percezione generale della salute.
--	--	--	---	--	--	---

Autore/Anno/ Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati	Note
<p>Ayi,se Karadag (2003) Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies</p>	<p>Studio comparativo</p>	<p>Lo scopo del presente studio è stato quello di documentare i problemi affrontati dai pazienti con ileostomia permanente o colostomie e determinare il possibile contributo della stomaterapia alla qualità della vita.</p>	<p>I risultati di 43 pazienti stomizzati selezionati e ben documentati (25 uomini, 18 donne, di età compresa tra 24 e 77 anni) che hanno ricevuto regolare consulenza e follow-up presso l'Unità di Stomaterapia dell'Università di Gazi. Tutti i pazienti erano stati sottoposti a intervento chirurgico, chemioterapia e/o radioterapia almeno 3 mesi prima avevano colostomie terminali o ileostomie correttamente</p>	<p>Un chirurgo coloretale consulente, un assistente professore di infermieristica, e uno stomaterapista del personale si è preso cura dei pazienti secondo a protocollo standard ideato dai ricercatori sulla base della letteratura e aderendo ai principi del World Council of Enterostomal Therapists. Ai pazienti con colostomia dell'estremità sinistra è stata offerta anche l'irrigazione terapia alla seconda visita se fossero fisicamente e intellettualmente capaci ed entusiasti di questa educazione. È stato</p>	<p>I pazienti sottoposti a colostomia con irrigazione hanno ottenuto un punteggio QOL significativamente più alto rispetto ai pazienti con colostomia e ileotomia senza irrigazione. Sono stati notati miglioramenti significativi in tutti i gruppi e nella maggior parte degli elementi inclusi nel GUSQ, come vestirsi, lavarsi, e la partecipazione allo sport. Gli aspetti che non sono riusciti a migliorare in modo significativo dopo la stomia sono stati lo sport e l'attività fisica, l'odore nel gruppo con ileostomia e attività sessuale in entrambi i gruppi di ileostomia e colostomia senza irrigazione.</p>	<p>Viene spiegato in dettaglio cos'è il QOL- 15 e il GUSQ.</p>

			<p>costruite e ben funzionanti. Sedici pazienti hanno acconsentito all'irrigazione della colostomia, e loro sono stati addestrati per questo come descritto di seguito. Quindi erano tre gruppi: (a) pazienti con colostomia irriganti (n = 16), (b) non irriganti pazienti con colostomia (n=15) e (c) pazienti con ileostomia (n=12). Otto pazienti (18,6%) avevano ricevuto chemioterapia, 3 (7%) radioterapia e 15 (34,9%) sia chemioterapia che radioterapia. I</p>	<p>utilizzato il questionario QOL 15 sulle malattie dell'apparato digerente (DDQ-15) per analizzare l'HRQOL prima e dopo la stomiaterapia. È stata utilizzata anche l'Unità di Stomaterapia (GUSQ). Il GUSQ è semplice questionario che utilizziamo per definire la presenza o l'assenza dei problemi comuni dei pazienti stomizzati. Ai pazienti è stato chiesto di compilare i questionari prima e tre mesi dopo la stomia..</p>		
--	--	--	--	--	--	--

Autore/Anno/ Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati	Note
Grant (2012) Irrigation practices in long-term survivors of colorectal cancer with colostomies	Studio multice ntrico	Questo articolo riporta le pratiche di irrigazione dei partecipanti a un ampio studio multi-sito e multi- investigatore sulla qualità della vita correlata alla salute (HR- QOL) nei sopravvissuti a cancro del colon retto (CRC) a lungo termine.	loro trattamenti erano stati interrotti almeno 3 mesi prima. La popolazione è formata da 101 pazienti; l'età variava da 70,8 anni a 76,7 anni. L' idoneità alla partecipazione includeva l'essere un membro attuale della Kaiser Permanent Health Maintenance Organization con sede nella California settentrionale, nell'Oregon o nelle Hawaii, avere almeno 18 anni di età, avere una diagnosi di CRC	È stato inviato un sondaggio trasversale per posta comprensivo di dati demografici e il City of Hope Quality of Life Ostomy (mCOH- QOL-O). Questo Sondaggio consisteva in domande generali e specifiche per la stomia. Domande facoltative a risposta aperta sul questionario mCOH- QOL-O relativi ai problemi dell'attrezzatura per stomia, alle pratiche di irrigazione e alla sfida più grande	Gli aspetti positivi includono il controllo dell'emissione, del gas e dell'odore. Gli aspetti negativi invece sono tutti legati al tempo impiegato nel portare a termine la procedura di irrigazione. I partecipanti che avevano irrigato per anni, ma successivamente avevano smesso, hanno collegato questo cambiamento principalmente al pensionamento, al passaggio a una residenza assistita e/o al non dover andare al lavoro ogni giorno. I partecipanti che hanno affermato di non aver mai irrigato hanno mostrato una totale mancanza di conoscenza dell'irrigazione e del suo scopo. Per i partecipanti che irrigavano, né il genere né il lavoro influenzano le frequenze di irrigazione. Quanto più lungo è il tempo trascorso dall' intervento tanto più probabile è che	

			almeno 5 anni prima dell'inizio dello studio e una storia di grave problema gastrointestinale che ha comportato la formazione di una stomia intestinale.	incontrata nell'avere una stomia.	si sia verificata l'irrigazione. Commenti positivi alla domanda aperta includono il controllo sull'emissione della colostomia e il mantenimento della regolarità.	
Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati	Note
Eva Carlsson (2010) Positive and negative aspects of colostomy irrigation: a patient and WOC nurse perspective	Studio osservativo qualiquantitativo	Lo scopo è di scoprire fino a che punto gli infermieri del WOC "wound, ostomy, continence" utilizzassero l'IC nella loro pratica e che tipo di informazioni gli infermieri del WOC fornissero ai pazienti. Un	89 infermieri WOC svedesi e 39 pazienti (18 uomini e 21 donne) con età media di 67 anni e La maggior parte (87%) è stata sottoposta a intervento di stomia per cancro del retto.	È stato inviato un questionario a 89 infermieri svedesi del WOC che si occupano regolarmente di persone con colostomie. Sono stati restituiti sessantuno questionari, fornendo un tasso di risposta del 69%. Inoltre, i ricercatori (che provengono da 5 diversi ospedali svedesi) hanno	Infermieri: Ai pazienti è stato consigliato di bere 2 bicchieri d'acqua in più immediatamente prima dell'IC per prevenire la disidratazione. È stato anche detto loro che a volte è necessario aumentare o diminuire la quantità raccomandata di acqua instillata quando hanno scoperto di dover evacuare le feci dalla colostomia tra le irrigazioni. Il 10% degli infermieri WOC ha raccomandato di irrigare 2 giorni di fila per evitare la necessità dell'IC quando si viaggia da casa. Circa il 10% ha anche discusso di eseguire l'IC prima di prendere parte ad attività	

		<p>ulteriore scopo è stato quello di scoprire, dal punto di vista dei pazienti, gli aspetti positivi e negativi della pratica dell'IC e come essi eseguono l'IC.</p>		<p>intervistato 39 pazienti per determinare le loro esperienze con l'istruzione e le prestazioni dell'IC.</p>	<p>sociali al fine di prevenire l'evacuazione inaspettata delle feci dalla loro colostomia. Gli infermieri del WOC hanno attribuito il fallimento dell'IC all'ernia peristomale, alle radiazioni, alla chemioterapia, alla sindrome dell'intestino irritabile, alla consistenza liquida dell'effluente, al transito lento, all'età, ai servizi igienici pochi e troppo piccoli e al disagio emotivo sperimentato durante l'esecuzione della procedura. Gli infermieri del WOC hanno osservato che alcuni pazienti si lamentavano dell'evacuazione delle feci tra le irrigazioni. Questo risultato è stato più comunemente associato a una scarsa irrigazione, che in alcuni casi è stata risolta aumentando o diminuendo la quantità di acqua instillata.</p> <p>Pazienti: La maggior parte degli intervistati (65%) ha iniziato con l'IC entro i primi 6 mesi dopo l'intervento chirurgico (mediana 5,5 mesi). Il tempo mediano di pratica dell'IC per i partecipanti era di 8 anni. Venti (51%) hanno dichiarato</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					<p>di essere stati consigliati di eseguire l'irrigazione al mattino o alla sera e 30 (77%) hanno dichiarato di essere stati consigliati di irrigare a giorni alterni. Tutti i partecipanti hanno affermato che gli è stato insegnato a usare l'acqua del rubinetto, riscaldata a 37° C, per l'irrigazione.</p> <p>Gli intervistati hanno anche affermato che gli è stato insegnato a instillare tra 500 e 1000 ml di acqua per un periodo da 3 a 10 minuti.</p> <p>Fattori che influenzano IC: Quindici dei 39 intervistati (38%) che hanno eseguito l'IC hanno affermato che l'assunzione di alimenti specifici ha influenzato il successo dell'irrigazione. Dieci partecipanti (26%) hanno riferito che il disagio emotivo ha influenzato negativamente il successo dell'IC e 4 (10%) hanno riferito che le feci nell'apertura della stomia rendevano più difficile l'instillazione di acqua nella colostomia. Cinque (13%) hanno dichiarato di aver smesso di viaggiare perché non si sentivano abbastanza sicuri dopo l'operazione</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>di stomia. Venticinque (64%) hanno continuato a viaggiare.</p> <p>Quasi tutti gli intervistati (97%) hanno descritto aspetti positivi dell'IC, come (1) sentirsi sicuri in contesti sociali, (2) avere una borsa vuota, (3) cambi di borsa meno frequenti, (4) un senso generale di maggiore libertà, (5) migliore controllo intestinale, (6) sentirsi più puliti, (7) migliorare l'autostima, (8) sentirsi sicuri nelle situazioni intime, (9) diminuire l'ansia e (10) ridurre l'odore. Percezioni negative dell'IC sono state riportate dal 56% degli intervistati, tra cui (1) tempo necessario per l'IC, (2) perdita di flessibilità dovuta alla necessità di pianificare l'IC, (3) occupazione prolungata del bagno, (4) *maggiore flatulenza, e (5) le esigenze tecniche della procedura.</p>	
Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati	Note
Cobb (2015) Colostomy irrigation: current knowledge and	Studio osservativo qualiquantitati vo	Lo scopo di questo studio era di determinare le conoscenze,	La popolazione target era costituita da 985 infermieri stomisti membri della Wound,	È stato condotto un sondaggio online (SurveyMonkey) tra i membri della Wound, Ostomy and Continence Nurses	I risultati hanno mostrato che 181 (18,4%) infermieri insegnano l'IC di routine, 193 (19,6%) lo fanno solo se il paziente richiede istruzioni, 93 (9,4%) lo fanno solo se richiesto da un medico, 467	

<p>practice of WOC nurses</p>		<p>gli atteggiamenti e le pratiche attuali degli infermieri WOC sull'IC.</p>	<p>Ostomy and Continence Nurse's Society. La loro età media era di 53 anni (intervallo 25-79 anni). Gli intervistati avevano in media 12 anni di esperienza come infermieri WOC (intervallo 1-40 anni) e il 90% (n = 875) era certificato. I partecipanti hanno esercitato in una varietà di contesti, tra cui strutture per acuti e a lungo termine, assistenza domiciliare e cliniche ambulatoriali. Hanno visto una media di $37 \pm 60,5$ (media \pm DS) pazienti</p>	<p>(WOCN) Society. Oltre alle informazioni demografiche e educative, le domande includevano anche (1) vantaggi e svantaggi dell'IC; (2) contenuti sull'IC insegnati regolarmente; (3) sfide nell'aiutare i pazienti ad apprendere l'IC; e (4) dove è stata ricevuta la preparazione per insegnare questa procedura. Agli infermieri è stato chiesto se credono che l'IC sia basato sull'evidenza.</p>	<p>(47,4%) non insegnano di routine l'IC e 51 (5%) non hanno risposto. Coloro che insegnavano regolarmente l'IC avevano significativamente più anni di esperienza ($P=0,01$) e quelli che si prendevano cura di un numero maggiore di pazienti ogni anno ($P=0,002$), avevano maggiori probabilità di aver incluso istruzioni sull'IC nel loro programma di formazione sulla cura della stomia ($P=0,002$). Gli aspetti didattici più importanti per una IC di successo sono stati l'uso di un set di irrigazione con un dispositivo a cono (70%), l'esecuzione dell'IC alla stessa ora ogni giorno (69%) e l'avvio dell'IC solo dopo il completamento di altri trattamenti antitumorali, ad esempio chemioterapia o radiazioni (62%). I vantaggi più comuni identificati includono il non dover svuotare la sacca durante il giorno (76%), il senso di controllo (75%) e il non dover indossare una sacca grande (69%). Gli svantaggi più comuni erano la quantità di tempo dedicata alla procedura (77%) e</p>	
-------------------------------	--	--	---	---	---	--

			stomizzati all'anno (intervallo 0-1100).		l'abilità manuale richiesta (63%). Le controindicazioni più comuni erano la mancanza di motivazione (69%), la scarsa destrezza manuale (68%) e la sindrome dell'intestino irritabile (54%).	
Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati	Note
Benjamin Person (2012) The Impact of Preoperative Stoma Site Marking on the Incidence of Complications, Quality of Life, and Patient's Independence	Studio clinico monocentrico	Valutare l'impatto della marcatura del sito dello stoma preoperatorio sulla qualità della vita dei pazienti, sull'indipendenza e sui tassi di complicanze.	105 pazienti adulti (età media=65 anni) sottoposti a creazione elettiva di stomia (colostomia, ileostomia e urostomia) tra gennaio 2006 e dicembre 2008. Sono stati esclusi i pazienti che hanno subito un'operazione di emergenza. Sessanta pazienti (57%) erano uomini e 45 (43%) erano donne. C'erano 49 pazienti con	È stato utilizzato un questionario strutturato e convalidato composto da 20 domande per valutare la QOL dei pazienti, la Stoma QOL; dichiarazioni aggiuntive della versione più lunga dello stesso questionario sono state utilizzate per valutare i parametri di fiducia in se stessi e di indipendenza. Le variabili che sono state analizzate come parametri per questo studio includevano i dati demografici, il	Nella maggior parte dei casi, la cura della stomia è stata fornita principalmente dai coniugi dei pazienti. La QOL dei pazienti è stata valutata per quanto riguarda la marcatura del sito preoperatorio e il tipo di stoma. In 18 parametri su 20, la qualità della vita dei pazienti il cui sito di stomia era contrassegnato era significativamente migliore e in quasi tutti i casi non vi erano differenze nella qualità della vita dei pazienti con stomia temporanea o permanente. Il verificarsi di varie complicanze era significativamente meno frequente nei pazienti i cui siti di stomia erano contrassegnati.	Il gruppo di studio comprendeva 105 pazienti. L'età media era di 65 (21-91) anni. Quasi l'80% dei pazienti aveva più di 50 anni e quasi il 30% aveva più di 70 anni. Sessanta pazienti (57%) erano uomini e 45 (43%) erano donne. C'erano 49 pazienti con colostomie, 47 pazienti con

			colostomie, 47 pazienti con ileostomie e 9 pazienti con urostomie. Sessanta stomi (57%) erano permanenti e 45 (43%) erano temporanei.	tipo di stomia (permanente o temporanea) e se il sito dello stoma era contrassegnato prima dell'intervento. Ulteriori parametri valutati erano le complicanze relative allo stoma e alle apparecchiature (perdite, problemi di adattamento, problemi della pelle peristomale, ernia parastomale e prollasso), QOL dei pazienti e misure di indipendenza.		ileostomie e 9 pazienti con urostomie. Quasi il 50% di tutti i siti di stomia sono stati contrassegnati preoperatoria mente da un infermiere enterostomista ..
Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati	Note
Linda S McKenna (2016) The Impact of Preoperative Stoma Marking on Health-Related Quality of	Studio di coorte	Confrontare la qualità della vita correlata alla salute (HRQOL) nei pazienti che ricevevano la marcatura	59 pazienti immediatamente dopo la creazione di una stomia fecale durante un periodo di 18 mesi tra il 2008 e il 2010. Il gruppo sperimentale era	La maggior parte dei partecipanti allo studio sottoposti a chirurgia non emergente ha ricevuto la marcatura preoperatoria dello stoma da parte di un CWOCN (infermiere	Un aumento della Stoma-QOL nel periodo di 8 settimane successivo all'intervallo di dimissione ospedaliera è stato significativamente maggiore nel gruppo contrassegnato rispetto al gruppo non contrassegnato (P=0,031), indicando un aumento significativo della HRQOL tra i	

<p>Life: A Comparison Cohort Study</p>		<p>preoperatoria della stomia con i pazienti che non ricevevano la marcatura preoperatoria.</p>	<p>composto da 35 pazienti con un'età media (moda, mediana?) di 49,7 anni che hanno ricevuto la marcatura preoperatoria del sito della stomia. Il gruppo di controllo era composto da 24 pazienti con un'età media di 60,1 anni che non avevano ricevuto la marcatura preoperatoria del sito della stomia o l'istruzione preoperatoria sulla stomia. L'ambiente dello studio era un ospedale universitario designato dal Midwest Magnet da 500 posti letto.</p>	<p>certificato per ferite, stomia e continenza). Gli individui sottoposti a intervento chirurgico urgente non hanno ricevuto la marcatura del sito dello stoma, ma sono stati indirizzati alla gestione postoperatoria e all'educazione alla stomia. I partecipanti al gruppo sperimentale hanno ricevuto una marcatura preoperatoria standard da parte di un CWOCN. Ai pazienti sono state fornite un minimo di 3 sessioni di insegnamento. I set di abilità minimi insegnati durante queste sessioni includono l'apertura e lo svuotamento</p>	<p>pazienti che hanno ricevuto la marcatura preoperatoria della stomia.</p>	
--	--	---	---	--	---	--

				della sacca di feci e gas, nonché la pulizia e la chiusura della sacca. Il primo colloquio è avvenuto entro 72 ore prima della dimissione. La seconda intervista è avvenuta 8 settimane dopo la dimissione dall'ospedale, durante una telefonata programmata.		
Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati	Note
Cakir S. K. & Ozbayir T. (2018) The effect of preoperative stoma site marking on quality of life	Studio clinico non randomizzato	Lo scopo dello studio era di confrontare l'HRQOL nei pazienti che avevano ricevuto la marcatura del sito della stomia prima dell'intervento chirurgico da parte di un	Lo studio è stato condotto su 60 pazienti, divisi in due gruppi: i pazienti nel gruppo di intervento (n:30) hanno ricevuto la marcatura preoperatoria della stomia da parte del CWOCN, mentre i pazienti nel	Per questo studio sono stati raccolti numerosi dati, tra cui informazioni demografiche e fattori funzionali dello stile di vita. La qualità della vita correlata alla salute è stata misurata utilizzando il questionario City of Hope Quality of Life-Ostomy	L'analisi della covarianza, con età, sesso e tipo di stomia come covariante, è stata utilizzata per esaminare le differenze dei gruppi in base ai punteggi COHQOL-OQ. Non è stata riscontrata alcuna differenza statisticamente significativa tra i pazienti nei gruppi contrassegnati e non contrassegnati ($p>0,05$). Tuttavia, un aumento del COHQOL-OQ al periodo di sei mesi successivo all'intervallo del primo mese è stato significativamente maggiore nel	

		infermiere certificato per ferite, stomie e continenza (CWOCN), con i pazienti che non avevano ricevuto la marcatura preoperatoria.	gruppo di controllo (n:30) no. L'età media dei pazienti con stoma segnato è di 53,5±12,83, di questi 13 sono femmine (43,3%) e 17 sono maschi (56,6%). Invece, l'età media dei pazienti con stoma non segnato è di 58,00±14,22, di questi 13 (43,3%) sono femmine e 17 (56,6%) maschi.	(COHQOL-OQ), creato da Grant et al. 2003 e tradotta in turco da Erol & Vural 2012.	gruppo contrassegnato rispetto al gruppo non contrassegnato (P=0,031), indicando un aumento significativo dell'HRQOL tra i pazienti che hanno ricevuto marcatura della stomia. Ai partecipanti è stato chiesto quali fossero i fattori legati allo stile di vita che potrebbero influenzare la HRQOL nel primo mese e sei mesi dopo la dimissione dall'ospedale. La maggior parte dei partecipanti (93% n=56) è ritornata a casa propria, inclusi 4 (7%) che vivevano da soli. Nella tabella qui sotto, vengono visualizzate le differenze di gruppo relative ai fattori legati allo stile di vita funzionale della cura personale. Sebbene un numero maggiore di pazienti nel gruppo contrassegnato indicasse livelli più elevati di autogestione della stomia rispetto ai pazienti nel gruppo non contrassegnato, le differenze non erano statisticamente significative (p>0,05).	
Autore/Anno/ Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati	Note

<p>Maydick (2016) A Descriptive Study Assessing Quality of Life for Adults With a Permanent Ostomy and the Influence of Preoperative Stoma Site Marking</p>	<p>Studio descrittivo</p>	<p>Lo scopo di questo studio comparativo e descrittivo è di valutare la relazione tra QoL e marcatura preoperatoria del sito della stomia in un campione di adulti con stomia permanente.</p>	<p>I criteri per l'inclusione erano: età pari o superiore a 18 anni, avere una colostomia, ileostomia o urostomia permanente e essere in grado di leggere e scrivere in inglese. Centoquaranta (140) intervistati soddisfacevano i criteri di inclusione. L'età media degli intervistati di sesso femminile e maschile era rispettivamente di $59,06 \pm 13,62$ e $65,02 \pm 13,06$. La maggioranza degli intervistati (69,3%) ha riferito di essere sposata prima dell'intervento</p>	<p>È stato utilizzato il questionario COH-QOL-OQ, uno strumento completo, multidimensionale, di autovalutazione, progettato per valutare la qualità di vita per gli individui con stomia intestinale. Sono state utilizzate analisi di covarianza (ANCOVA) con test post-hoc Bonferroni per determinare le relazioni tra QoL e marcatura preoperatoria del sito dello stoma.</p>	<p>Relazioni tra QoL e marcatura preoperatoria del sito della stomia. I 4 gruppi di individui valutati includevano persone che non avevano ricevuto alcuna marcatura preoperatoria del sito della stomia (24, 19,4%) e persone che avevano ricevuto marcatura preoperatoria del sito della stomia da un infermiere stomista (83, 66,9%), un chirurgo (15, 12,6%) o “altra” persona (2, 1,6%). Le analisi ANCOVA, controllando l’età e il numero di anni trascorsi dal primo intervento chirurgico, hanno rivelato differenze significative nella QoL in base a chi ha marcato il sito ($F [3, 118] = 3,44, P= 0,019$). I test post-hoc aggiustati di Bonferroni hanno mostrato che il gruppo contrassegnato dagli infermieri WOC ($M = 7,705, SE = 0,160$) e il gruppo contrassegnato dal chirurgo ($M = 8,185, SE = 0,374$) avevano una QoL più elevata rispetto al gruppo “altro” ($M = 4.831, SE = 1.049$). I gruppi contrassegnati dal chirurgo e quelli contrassegnati dall’infermiere WOC non differivano, e i pazienti</p>
---	---------------------------	---	--	--	--

			<p>chirurgico. Più della metà degli intervistati (61,4%) aveva un'ileostomia ed era più probabile che fossero donne; quelli con una colostomia avevano maggiori probabilità di essere impiegati a tempo pieno; e quelli con ileostomia avevano maggiori probabilità di lavorare part-time o di essere disoccupati.</p>		<p>la cui stomia era contrassegnata da un infermiere o da un chirurgo WOC avevano i punteggi QoL più alti.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

ALLEGATO 2
TABELLA PROS E CONS

Irrigazione		
Fattori	Studi Pros	Studi Cons
Durata e frequenza dell'irrigazione	Tempo impiegato per effettuare l'irrigazione (Boutry et al., 2021; Karadağ et al., 2005)	Tempo impiegato per effettuare l'irrigazione (Grant et al., 2012; Carlsson et al., 2010; Cobb et al., 2015)
Continenza e perdite durante l'IC	(Boutry et al., 2021; Karadağ et al., 2005; Grant et al., 2012; Carlsson et al., 2010; Cobb et al., 2015)	////
Dolore addominale	Dolore risolto diminuendo il volume iniziale di irrigazione (Karadağ et al., 2005)	Rispettivamente il 17,54% e il 42% dei pazienti hanno riportato dolore o crampi addominali durante l'IC (Boutry et al., 2021; Cobb et al., 2015)
Cattivo odore	(Grant et al., 2012; Carlsson et al., 2010)	3 mesi dopo l'operazione e dopo aver provato l'IC solo 1 paziente aveva problemi di odore (Karadağ et al., 2002)
Viaggiare	////	(Carlsson et al., 2010; Karadağ et al., 2002)
Introduzione del liquido, presenza di perdite, ritenzione di liquido, introduzione del cono e dolore durante la cura	////	(Boutry et al., 2021)
Sentirsi sicuri in contesti sociali, avere la sacca vuota, cambiare la sacca meno frequentemente, un senso generale di	(Carlsson et al., 2010)	////

maggiore libertà, migliore controllo intestinale, sentirsi più puliti, migliorare l'autostima, diminuire l'ansia		
Alimenti specifici	(Carlsson et al., 2010)	////
Intimità	(Carlsson et al., 2010; Karadag et al., 2002)	////
Non dover svuotare la sacca durante il giorno, senso di controllo e non dover indossare una sacca grande	(Cobb et al., 2015)	////
Ernia peristomale, radiazioni, chemioterapia, sindrome dell'intestino irritabile, consistenza liquida dell'effluente, transito lento, età, pochi e troppo piccoli servizi igienici e disagio emotivo sperimentato durante l'esecuzione della procedura.	////	(Carlsson et al., 2010)

Marcatura del sito dello stoma		
Fattori	Studi Pros	Studi Cons
Cura di sé	(Person et al., 2012; McKenna et al., 2016; Cakir S. K. & Ozbayir T., 2018)	////
Ritorno dell'appetito	(Maydick D., 2016)	////
QOL a distanza di tempo	(McKenna et al., 2016; Cakir S. K. & Ozbayir T., 2018)	////
Indipendenza	(Person et al., 2012; McKenna et al., 2016; Cakir S. K. & Ozbayir T., 2018)	////
Complicanze	(Person et al., 2012)	////
Età, tempo trascorso dal primo intervento chirurgico e tempo trascorso dall'intervento chirurgico più recente	(Maydick D., 2016)	////