Università degli studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

# EDUCAZIONE AL PAZIENTE COLOSTOMIZZATO: PROPOSTA DÌ UNO STRUMENTO ALTERNATIVO

Relatore: Prof. Feltrin Lorella

Correlatore: Inf. Favero Jlenia

Laureando: Gobbato Gianluca

Matricola:1046737

Anno accademico:2014/2015

# INDICE

**ABSTRACT** pag. 1

**CAPITOLO I: *PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA***

1.1 – Cancro colon- rettale: incidenza e mortalità pag. 3

1.2 – Stomie: definizione e classificazione pag. 4

1.3 – Complicanze stomali: classificazione e trattamento pag. 6

1.4 – Gestione del paziente portatore di colostomia: pag. 10

1.4.1 – L' irrigazione transtomale pag. 10
1.4.2 – L' igiene della stomia pag. 12
1.4.3 – Dispositivi di raccolta pag. 14

1.5 – Alimentazione del paziente con colostomia pag. 16

**CAPITOLO II: *STOMA CARE***

2.1 – Ruolo educativo dell'infermiere nella gestione della salute pag. 21

2.2 – Infermiere stomaterapista: aspetti educativi nella gestione del paziente colostomizzato pag. 21

2.3 – Descrizione del contesto dell'esperienza pag. 23

2.4 – Realizzazione di uno strumento alternativo pag. 25

2.5 – Fattibilità del progetto pag. 27

**Conclusioni** pag. 28

**Bibliografia e Sitografia**

**Allegati**

**ABSTRACT**

Le patologie a carico dell'intestino crasso (cancro colon-rettale, poliposi adenomatose, malattie infiammatorie croniche...) a cui si rende necessaria l'asportazione di un tratto dello stesso con il possibile confezionamento di una stomia, possono determinare nei soggetti coinvolti un'alterazione dell'immagine corporea con la conseguente necessità di adattarsi sul piano fisico e psicologico alla nuova situazione di vita che si è venuta a creare. Di fronte a queste situazioni diventa necessaria la scelta di un piano assistenziale personalizzato, che a seconda delle fasi educative-riabilitative, prevede un intervento multidisciplinare clinico-assistenziale per favorire un nuovo approccio sia per quanto concerne l'aspetto tecnico che del nuovo stile di vita legato alla presenza della colostomia. In alcune realtà dove presente la figura dell'infermiere stomaterapista, parte di questi aspetti vengono gestiti dallo stesso in termini educativi e di continuità assistenziale.

A fronte dell'esperienza dello scrivente svolta presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale nell'ULSS 13 e l'ambulatorio Stomizzati connesso (ove presente l'infermiere stomaterapista), che ha sottolineato l'importanza della presa in carico in termini assistenziali del paziente oggetto di questo elaborato, si è idealizzato, uno strumento informativo interattivo (DVD) con lo scopo di guidare/supportare il paziente nella gestione della propria colostomia durante e dopo la dimissione. Lo strumento nasce dalla consultazione e approfondimento della letteratura sul tema oltre alla collaborazione dell'infermiere esperto del contesto nel quale si è svolta l'esperienza (correlatore del presente elaborato). Lo strumento è stato testato su alcuni pazienti che lo hanno ritenuto di facile comprensione ed utilizzo definendolo una buona guida per l'autogestione della colostomia; contemporaneamente gli infermieri di contesto hanno verbalizzato l'utilità dello stesso quale supporto nella loro operatività a fronte di una non costante presa in carico assistenziale dei pazienti con colostomia.

Strutturalmente lo strumento consiste in un video della durata di 20 minuti, suddiviso in sei parti dove vengono affrontati temi quali l'igiene della stomia e/o cambio della sacca, i dispositivi di raccolta, l'irrigazione transtomale, l'alimentazione e la gestione di eventuali complicanze. Oltre che rappresentare un supporto nell'educazione del paziente post intervento (durante il ricovero), esso rappresenta anche un sostegno in risposta a possibili dubbi/dimenticanze che possono insorgere nel paziente/caregiver post dimissione grazie alla visione dei concetti fondamentali legati alla gestione della stomia.

Inoltre le caratteristiche dello strumento risponde alle esigenze di un target di popolazione sempre più in evoluzione dove l'utilizzo di dispositivi mobili (tablet, telefoni cellulari, smartphone, personal computer...) rientra nella quotidianità; oltre a ciò lo strumento garantisce facile archiviazione e utilizzo, rispetto a supporti cartacei e che possono smarrirsi facilmente e gravare sul bilancio ecologico dato il maggior utilizzo di carta.

# CAPITOLO I

## 1.1) Cancro colon- rettale: incidenza e mortalità

Il cancro al colon-retto nei paesi occidentali e ad alto sviluppo tecnologico, rappresenta il secondo tumore maligno per incidenza e mortalità, seguito dal cancro alla mammella nella donna e terzo dopo quello della prostata e polmone nell'uomo. Confrontando la posizione del nostro paese nell'ambito dei tumori del colon- retto, l'Italia si colloca nella posizione intermedia nella scala internazionale con tendenza all'allineamento con i paesi del nord America e del nord Europa. Tale patologia è molto rara prima dei 40 anni, però molto frequente a partire dai 60 anni e raggiunge il picco massimo di insorgenza verso i 70/80[1]. Inoltre si stima, che nel periodo che va dal 1970 al 2015, in Italia l'insorgenza presenta andamenti differenti tra il sesso maschile e quello femminile: in crescita, con tendenza alla stabilizzazione negli anni recenti per gli uomini, e in lieve riduzione a partire dal 2000, per le donne**.** Nel 2013 in Italia sono stati diagnosticati 113 nuovi casi di tumore colo-rettale ogni 100.000 uomini e 80 nuovi casi ogni 100.000 donne per cui il numero totale delle diagnosi è stimato pari a 58.680, di cui 33.650 fra gli uomini e 25.030 fra le donne. La mortalità, invece, si dimostra in diminuzione in entrambi i sessi e sempre nel 2013 si stimano 20.600 decessi totali, cioè 11.700 circa per gli uomini e 8.900 per le donne. (**Allegato 1, Fig.1**). Inoltre la prevalenza grezza, cioè la proporzione complessiva di persone sul totale della popolazione, che ha avuto una diagnosi nel corso della vita, è stimata in forte crescita in entrambe i sessi (**Allegato 1, Fig.2**), con un incremento medio annuo del 3 % per gli uomini e del 2% per le donne negli ultimi 15 anni[2].

Molte sono le cause che possono comportare la malattia tra cui:

- Fattori di predisposizione genetica vedi per esempio poliposi adenomatose ereditarie del colon o carcinosi su base non poliposica;
- Fattori non ereditari che riguardano soprattutto malattie infiammatorie croniche a carico dell'intestino come il morbo di Crohn e retto colite ulcerosa;
- Abitudini alimentari sbagliate dove molti studi evidenziano che una dieta ad alto contenuto di grassi animali, carni rosse, proteine, calorie, e povera di fibre, frutta e vegetali aumentino il rischio di sviluppare tale malattia;

In caso di insorgenza la terapia di scelta è quella chirurgica e sulla base della posizione del tumore si procederà con un intervento parziale o, nei casi più gravi, con totale asportazione del tratto di colon o retto interessato. Tuttavia rispetto agli interventi demolitivi effettuati

fino a qualche anno fa, la chirurgia del carcinoma del colon-retto si è fatta sempre più conservativa e solamente nei pazienti anziani o in quelli ad alto rischio si procede con il confezionamento della stomia (ovvero l'apertura dell'intestino sulla parete addominale). In questo caso assume un ruolo fondamentale la riabilitazione sia fisica che psicologica di questi pazienti. Oltre alla terapia chirurgica si possono utilizzare altri tipi di trattamento come la radioterapia o la chemioterapia. La radioterapia pre o post operatoria, che in casi selezionati, può ridurre il volume e l'estensione tumorale permettendo quindi interventi chirurgici che conservano l'orifizio anale naturale; mentre la chemioterapia svolge un ruolo importante nella malattia avanzata nel prolungare la sopravvivenza. Inoltre recentemente sono stati intrapresi studi per valutare l'efficacia di un trattamento chemioterapico adiuvante, cioè effettuato dopo l'intervento chirurgico, per diminuire il rischio di eventuale ricaduta (come avviene già per il tumore della mammella nelle donne) e hanno dimostrato risultati positivi[1]. Concludendo è importante prevenire la sua insorgenza effettuando screening preventivi (prevenzione secondaria) a partire dai 50 anni (come per esempio l'esame del sangue occulto nelle feci) in modo da intervenire precocemente, anche se negli ultimi decenni la diffusione dei fattori di rischio e l'aumento dell'età media della popolazione (si stima che in Italia l'indice di vecchiaia sia di 157.7 anziani ogni 100 giovani[3] ) sono alla base della progressiva crescita dell'incidenza di questo tumore.

### 1.2) Stomie: definizione e classificazione

Il termine "stomia" indica l'abboccamento chirurgico di un tratto dell'intestino o delle vie urinarie alla cute, consentendo la fuoriuscita all'esterno di materiale organico come feci ed urine; il termine deriva dal greco che, letteralmente, significa "apertura" o "bocca". La stomia va considerata come un "nuovo organo" ovvero una parte anatomo funzionale del nostro corpo che come tale, dev'essere gestita e curata[4]. Essa è priva dello sfintere, ossia del muscolo che ne permette la chiusura, quindi le feci e le urine fuoriescono all'esterno attraverso lo stoma senza il controllo volontario della persona. Le stomie si differenziano a seconda del tratto anatomico, intestinale o urinario che viene interrotto ed abboccato alla cute. Si avranno così:

- **Ileostomia**: quando il tratto di intestino coinvolto è l'ileo che viene fissato alla parete addominale nella regione inferiore destra;

- **Colostomia**: quando la stomia viene confezionata a livello del colon e a differenza della parete dell'intestino abboccato alla cute si avrà:
    a. Colostomia ascendente in regione addominale destra;
    b. Colostomia trasversa confezionata in ipocondrio destro o sinistro;
    c. Colostomia discendente situata nella parete addominale di sinistra;
    d. Colostomia sigmoidea in regione addominale sinistra;
    e. Ciecostomia: viene confezionata a livello dell'intestino cieco sulla parete addominale destra;
- **Urostomia**: quando un tratto dell'apparato urinario (uretere), dopo la rimozione della vescica, viene deviato sulla parete dell'addome[5].

Nel presente elaborato verranno considerate le stomie intestinali, più precisamente le colostomie e la loro gestione.

**COLOSTOMIE**

La colostomia è l'apertura e la fissazione temporanea o permanente del colon alla parete addominale per poter deviare all'esterno il contenuto intestinale [6]. Esse si suddividono in:

- **Temporanee**: vengono confezionate lateralmente sulla parete addominale con una deviazione parziale del contenuto fecale oppure a doppia canna di fucile (**Allegato 2, Fig.1**) con deviazione totale;
- **Permanenti**: vengono confezionate in caso di tumori del colon e del retto, del morbo di Crohn, carcinoma della pelvi e stenosi non resecabili. Possono essere di due tipi: terminali o a doppia canna di fucile e s'impone quando è d'obbligo la demolizione del canale anale;

A seconda della parte del colon abboccata si parla anche di:

- **Ciecostomia**: confezionata in fossa iliaca destra, è laterale e mette in comunicazione l'intestino cieco con l'esterno; prevalentemente viene confezionata temporaneamente ed è utilizzata anche come sistema protettivo o precauzionale in caso di intervento sul colon distale/retto;
- **Trasversostomia**: generalmente viene posta lateralmente e può interessare sia la zona dell'ipocondrio di destra sia quello di sinistra; le feci sono semiliquide se lo stoma è prossimale mentre quasi solide (normali) se situata distalmente;
- **Sigmoidostomia**: viene confezionata in regione addominale sinistra e si tratta di una stomia terminale è può essere sia temporanea che definitiva. Essa è la sede di

elezione di ogni colostomia, sia per l'ampio tratto di colon conservato, sia per la tollerabilità alla sede, sia per la rieducabilità e la bassa percentuale di complicanze.

Gli scopi che possono richiedere in confezionamento di una colostomia sono le seguenti:

a. Decompressione del colon disteso per occlusione;
b. Protezione di un'anastomosi a valle di una stomia;
c. Deviazione temporanea all'esterno delle feci in presenza di una fistola a valle;
d. Deviazione definitiva all'esterno delle feci dopo asportazione dei segmenti distali del colon-retto.

Il transito del bolo alimentare varia in base al tipo di stomia; nelle colostomie destre impiega dalle 2-6 ore, nelle trasversostomie tra le 8-10 ore mentre nelle sigmoidostomie tra le 12-18 ore. Concludendo, se la stomia è posta in zona distale, si avrà la possibilità di un assorbimento di acqua ed elettroliti da parte della mucosa del colon con emissione di feci formate e conseguente diminuzione di scariche alvine.

### 1.3) Complicanze stomali: classificazione e trattamento

Il confezionamento di una stomia, in alcuni casi, può essere accompagnato da complicanze di differente gravità, spesso correlate a difetti chirurgici, alterazione della parete addominale in cui è posizionata la stomia o errata assistenza/gestione post operatoria della stomia stessa. Le complicanze incidono negativamente sulla qualità di vita dei pazienti aumentandone l'invalidità ed un ripercuotersi sulla spesa pubblica, in quanto possono riportare ad un nuovo intervento, ritardo nella dimissione ed a un uso maggiore di presidi.

A seconda di quando insorgono si distinguono due categorie [6]:

- **Complicanze precoci**: quali edema, emorragia, ischemia e/o necrosi, retrazione, ascessi peristomali e alterazioni cutanee;
- **Complicanze tardive**: quali ernia, fistola, prolasso, stenosi e granulomi;

### COMPLICANZE PRECOCI

Per complicanze precoci si intendono quelle che insorgono nell'immediato post-operatorio fino a 30 giorni successivi all'intervento. Si distinguono in:

- **Edema**: inteso come aumento della componente idrica interstiziale dello stoma dovuto ad un ostacolo del flusso venoso. Viene considerato normale nel post-operatorio, però risulta importante monitorare eventuali variazioni del quadro

clinico. Il trattamento consiste nel monitoraggio, applicazione della borsa del ghiaccio e sostituzione del presidio se non idoneo (**Allegato 3, Fig.1**);

- **Emorragia**: consiste nella perdita di sangue di varia entità proveniente dalla zona peristomale o dal viscere stesso. Le cause possono essere diverse, dovute per esempio ad un'esteriorizzazione dell'ansa, difettosa emostasi, microtraumi da mal gestione. Il trattamento infermieristico, in attesa di eventuale intervento chirurgico, prevede: monitoraggio dell'emorragia, emostasi per tamponamento con borsa del ghiaccio (**Allegato 3, Fig.2**);
- **Ischemia e/o necrosi**: condizione che si verifica a seguito di un insufficiente apporto di sangue arterioso all'ansa esteriorizzata. Si individua osservando il colore della mucosa stomale, inizialmente pallida, poi tendente al violaceo/cianotico fino a diventare necrotica. L'intervento prevede temporaneamente l'applicazione di borsa di acqua calda per provocare vasodilatazione seguito poi da quello chirurgico che prevede la resezione dell'ansa e un nuovo confezionamento della stomia (**Allegato 3, Fig.3**);
- **Retrazione**: si presenta con uno slivellamento dello stoma al di sotto del piano cutaneo, per cui nel tempo lo stoma può occludersi completamente. E' una complicanza conseguente ad un errore di tecnica di confezionamento dovuta al cedimento della circonferenza stomale dal piano cutaneo. Il trattamento prevede l'utilizzo di presidi dotati di placca convessa per far refluire la stomia (**Allegato 3, Fig.4**);
- **Ascesso peristomale**: è una flogosi purulenta del complesso stomale, può provocare il distacco della stomia e si manifesta con una zona tumefatta, cute arrossata e dolente. Il trattamento infermieristico prevede un'adeguata detersione con soluzione fisiologica, successivamente lavaggio con antibiotico nella zona suppurata e il riempimento della cavità con paste in modo da favorire la ricrescita del tessuto (**Allegato 3, Fig.5**);
- **Alterazioni cutanee**: consistono nelle dermatiti che insorgono nel decorso post operatorio. Si parla di dermatiti da contaminazione causate dal contatto delle feci con la cute peristomale e sono maggiormente frequenti nelle ileostomie; dermatiti traumatiche dovute all'azione meccanica esercitata dai presidi e si verificano soprattutto nei pazienti con colostomia che cambiano frequentemente la sacca e

infine dermatiti da contatto causate dalla sensibilità verso i materiali che compongono gli ausili. La cura è esclusivamente infermieristica e prevede la giusta scelta del materiale e una curata igiene della stomia (**Allegato 3, Fig.11**).

**COMPLICANZE TARDIVE**

Per complicanze tardive si intendono quelle insorte dopo il periodo post operatorio, che coincide con il trentesimo giorno dal posizionamento della stomia. Si distinguono in:

- **Ernia**: si intende la dislocazione dell'ansa stomale causata per esempio dal cedimento della parete addominale, da errori nella scelta della sede, fattori che aumentano la pressione intraddominale come per esempio la tosse. Il suo trattamento prevede la valutazione della funzionalità dello stoma, la periodicità delle scariche, l'utilizzo di presidi di raccolta con una maggior adesività e l'uso di fasce elastiche per contrastare la pressione intraddominale (**Allegato 3, Fig.6**).
- **Fistola**: è una condizione che porta alla formazione di un "tragitto", che mette in comunicazione due cavità. In base ad esso si parla di fistola:
  - Viscero-cutanea: quando il tragitto collega il lume dell'ansa direttamente alla cute;
  - Peristomale: quando si crea un tragitto a fondo cieco che parte dalla prossimità dell'ansa abboccata e sbocca sulla cute peristomale;
  - Transtomali: quando la comunicazione avviane tra il lume dell'ansa abboccata e la porzione esterna della mucosa della giunzione muco cutanea;

  In genere, una fistola si presenta con la fuoriuscita di materiale purulento e/o fecale dall'orifizio fistoloso. L'intervento infermieristico, prevede come primo obbiettivo, il drenaggio delle secrezioni dall'orifizio della fistola al fine di prevenire l'insorgere di problemi legati all'adesività del sacchetto di raccolta; nel caso la fistola sia viscero-cutanea, per evitare l'insorgenza di dermatite, è consigliabile creare due fori (uno per la fistola e uno per lo stoma) sulla placca del presidio di raccolta in modo che il materiale purulento venga raccolto nel sacchetto e non entri a contatto con la cute (**Allegato 3, Fig.7**);

- **Prolasso**: fa riferimento ad una eccessiva protrusione dell'ansa stomale dal piano cutaneo, spesso associato ad un'ernia. Viene causato principalmente da un difetto

nella tecnica chirurgica. Si distingue in due tipi: mucoso (scivolamento della tonaca mucosa su quella muscolare) e totale (invaginamento dell'intera ansa). Il trattamento infermieristico è di tipo attendistico e necessita l'educazione del paziente nell'osservazione dello stoma per prevenire eventuale segni di necrosi od ostruzione e nell'utilizzo di presidi idonei come il sacchetto a due pezzi, dove la placca può essere corredata da una cintura per sostenere il prolasso (**Allegato 3, Fig.8**);

- **Stenosi**: si intende un restringimento del diametro dell'ansa anastomizzata alla cute al di sotto dei livelli accettabili per una normale funzione di eliminazione. La causa prevalente è la formazione di tessuto di granulazione che porta al restringimento dell'ansa ostacolando la fuoriuscita delle feci. Se la stenosi non è severa si ricorre al trattamento infermieristico che consiste nella dilatazione digitale manuale o con dilatatori, altrimenti si opta per la terapia chirurgica, in anestesia locale, che prevede l'eliminazione del tessuto di granulazione (**Allegato 3, Fig.9**);
- **Granulomi**: consistono in noduli fibro produttivi con azione irritativa che si manifestano in seguito ad una flogosi cronica, traumatismi o corpi estranei (per esempio il filo da sutura). Possono insorgere durante la guarigione del tessuto di granulazione vicino ai bordi mucocutanei dello stoma e dare origine a ripetute emorragie di breve entità. Se non presentano sanguinamenti o dolore non vengono trattati, altrimenti la zona interessata viene trattata con nitrato d'argento oppure si esegue un emostasi per compressione in attesa dell'intervento chirurgico (**Allegato 3, Fig.10**).

A fronte delle possibili complicanze legate all'abbocco dell'intestino alla parete addominale, risulta fondamentale un'appropriata educazione nella gestione della stomia che deve iniziare già prima del suo confezionamento. Gli attori coinvolti in tutto ciò, oltre al equipe medica, sono gli infermieri che svolgono una ruolo determinante per assicurare una fondamentale continuità assistenziale al paziente stomizzato, al fine di prevenire le complicanze stesse o intervenire precocemente nel limitarne gli eventuali danni.

### 1.4) Gestione del paziente portatore di colostomia

#### 1.4.1) L'irrigazione transtomale

Uno dei principali disagi della persona con derivazione della funzione intestinale è l'incapacità di poter controllare volontariamente l'emissione di feci e gas; proprio per questo motivo diventa utile educare il paziente ad effettuare l'irrigazione transtomale [7]. L'irrigazione è una pratica che si basa sul principio del "lavaggio colico" tramite l'introduzione nello stoma di 700/1000 ml di acqua potabile tiepida in modo da garantire la completa evacuazione del contenuto fecale. Essa viene iniziata dopo un mese dall'intervento chirurgico perché la stomia risulta più consolidata e il paziente psicologicamente e fisicamente è più disposto ad apprezzare gli scopi e vantaggi di tale tecnica; va ripetuta sistematicamente ad intervalli regolari in modo da far conseguire alla persona stomizzata la continenza all'emissione di feci. Lo scopo principale è quello di:

- Ottenere un intervallo libero da emissione incontrollata di feci di almeno 36-48 ore;
- Ridurre i fattori di rischio di alterazione della cute peristomale;
- Ridurre il meteorismo e odori;
- Aumentare il livello di confort e benessere della persona;
- Favorire un rapido inserimento familiare, sociale e lavorativo;
- Riduzione dei costi per la stomia;

Il luogo consigliato e che da maggior privacy e confort al paziente per effettuare l'irrigazione, è il bagno. A fronte di questo è utile preparare anticipatamente il seguente materiale che prevede[7] :

- Una sacca di plastica con capacità di circa 2000 ml;
- Sostegno per agganciare l'irrigatore;
- Set per l'irrigazione dotato di flangia, cintura e sacca di scarico;
- 2000 ml di acqua potabile tiepida alla T di 36-37°C;
- Dispositivo di raccolta standard o mini sacca;
- Lubrificante idrosolubile;
- Carrello o vassoio;
- Materiale per l'igiene e apparecchiatura per la stomia (sapone isocutaneo a ph 5-6, panno carta o garze non sterili, telino monouso, acqua tiepida, sistema di raccolta monopezzo, misuratore di diametro e forbici con punta arrotondata);

- Sacco per i rifiuti;

Per poter eseguire l'irrigazione, come ribadito anche dall'Associazione Italiana Stomizzati (AISTOM) e dall'Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomaterapia (AIOSS), è utile seguire le seguenti istruzione operative[7]:

- Riempire la sacca dell'irrigatore con circa 2 lt di acqua potabile (Acqua del rubinetto) ad una T di 36-37°C;
- Far sedere la persona su una sedia adiacente al water, scoprirgli l'addome e posizionare il telo monouso sulle gambe per proteggere gli indumenti;
- Appendere la sacca ad un'altezza di circa 40 cm al di sopra delle spalle della persona per favorire il regolare deflusso di acqua dalla sacca;
- Far defluire l'acqua nel tubo collettore e chiudere il morsetto;
- Indossare i guanti;
- Staccare il sistema di raccolta dall'alto verso il basso, tenendo e umidificando con acqua tiepida la cute peristomale con garza o panno bagnato rimuovendo le eventuali feci;
- Applicare la sacca di scarico e sistemare nel water l'estremità inferiore della stessa;
- Lubrificare il dito mignolo e l'indice con il gel ed eseguire l'esplorazione della stomia per localizzare la direzione dell'ansa stomale;
- Lubrificare il cono dell'irrigatore, aprire il morsetto di chiusura del deflussore, inserire ed estrarre delicatamente il cono nel lume della stomia per circa 5-6 volte;
- Con movimenti circolari riposizionare e mantenere ben saldo il cono secondo la direzione dell'ansa;
- Introdurre nell'intestino in circa 5 minuti una quantità di acqua variabile dai 700 ai 1000 ml;
- Se durante l'introduzione dell'acqua la persona accusa dolori addominali, crampi, sudorazione e nausea, l'irrigazione va interrotta; non appena la sintomatologia scompare, si ricomincia con il flusso impostandolo ad un'intensità minore di quella di partenza;
- Ultimata l'introduzione, chiudere il morsetto del deflussore e mantenere il cono in posizione per circa dieci secondi prima di rimuoverlo;

- Ripiegare e chiudere l'apertura superiore della sacca di scarico con due mollette;
- Durante la fase di evacuazione invitare la persona ad effettuare lievi massaggi all'addome con movimenti circolatori in senso orario per stimolare la peristalsi intestinale;
- Attendere la completa evacuazione delle feci che avviene in circa trenta minuti e rimuovere le mollette che richiudono la sacca;
- Introdurre il cono all'interno della sacca di scarico, aprire il morsetto del tubo collettore e lavare la stomia con l'acqua rimasta;
- Rimuovere la sacca di scarico applicata per eseguire la pratica ed effettuare l'igiene del complesso stomale;
- Terminata l'igiene applicare il dispositivo di raccolta più appropriato;
- Eliminare i rifiuti e riordinando il materiale;
- Togliere i guanti e lavarsi le mani;

In definitiva, risulta importante seguire ed educare accuratamente i pazienti o i caregiver per una corretta applicazione e gestione a domicilio di questa tecnica, ai fini di facilitare il rientro lavorativo, familiare e sociale della persona stomizzata.

### 1.4.2) L'igiene della stomia

La stomia viene considera come un "nuovo organo" e come tale è necessario dedicare la stessa cura ed attenzione destinata alle altre parte del corpo[6]. Di conseguenza l'infermiere ha l'importante compito di educare e seguire il paziente, ma anche l'eventuale caregiver, nella gestione della patologia, spiegando che l'igiene della stomia è un atto fondamentale per evitare possibili complicanze, poiché la cute peristomale è continuamente esposta a sollecitazioni meccaniche durante il cambio del sacchetto o della placca ed irritazione chimiche causate dal passaggio delle feci. Ragion per cui sia il paziente sia l'eventuale caregiver, vengono responsabilizzati ad occuparsi della stomia, insegnando quali sono le cure igieniche più appropriate che dovranno eseguire una volta a domicilio.

Il luogo più ideale per effettuare l'igiene, il cambio della sacca e della placca è il bagno. Di conseguenza il materiale che occorre preparare preventivamente è il seguente[7]:

- Sistema di raccolta monopezzo o a due pezzi, con sacca a fondo chiuso e con placca piana o convessa (il foro della placca o della sacca va ritagliato con un diametro di egual misura della stomia);

- Acqua corrente tiepida;
- Sapone isocutaneo con ph di 5/6 o detergente privo di oli;
- Carta igienica o garze non sterili;
- Telo monouso;
- Forbici con punta arrotondata;
- Misuratore di diametro;
- Eventuali paste protettive;
- Guanti monouso
- Sacco dei rifiuti;

Le linee guida redatte dall'associazioni italiane AISTOM e AIOSS per la gestione dell'igiene della stomia prevedono i seguenti passi[7]:

- Eseguire il lavaggio sociale delle mani;
- Far assumere alla persona la posizione supina o seduta;
- Indossare i guanti monouso;
- Rimuovere delicatamente la placca dall'alto verso il basso, se necessario aiutandosi con una spugna bagnata e tenendo la cute ben tirata in modo da non ledere la zona circostante la stomia;
- Eliminare la sacca sporca nell'apposito sacchetto per i rifiuti;
- Rimuovere gli eventuali residui di feci attorno alla stomia utilizzando la carta igienica;
- Lavare la cute intorno alla stomia con la spugna morbida, bagnata con acqua e sapone neutro, esercitando dei movimenti circolari partendo dall'esterno verso la stomia;
- Asciugare bene la cute tamponando con delicatezza la cute con una salvietta da bagno o asciugamano morbido;
- Rilevare il diametro della stomia con l'apposito misuratore;
- Ritagliare il foro della placca uguale o maggiore di 2 mm massimo, rispetto alle dimensioni della stomia;
- Riscaldare sfregando sulle mani la placca ritagliata precedentemente;
- Rimuovere la carta protettiva dall'adesivo;

- Far aderire ottimamente l'adesivo alla pelle accostando il bordo inferiore del foro al bordo inferiore dello stoma, proseguendo dal basso verso l'alto;
- In caso di sistema a due pezzi applicare la sacca alla placca appoggiandola alla flangia e chiudere il sacchetto se a fondo aperto;
- Valutare in posizione supina e seduta il complesso stomale e il profilo addominale del paziente;
- Eliminare il sacchetto dei rifiuti e lavarsi le mani;

Ai fini di ottenere un buon risultato e la corretta gestione dell'igiene da parte del paziente stomizzato è utile che questi consigli si adeguino alle esigenze di vita del singolo individuo e che l'infermiere spieghi al paziente stesso come prevenire eventuali complicanze come arrossamenti, irritazioni o dermatiti da contatto ad opera dei presidi di raccolta o placche.

### 1.4.3) Dispositivi di raccolta

Per gestire correttamente una stomia è importante scegliere bene i dispositivi di raccolta che poi il paziente dovrà utilizzare, visto che a seguito del confezionamento della stomia non sarà in grado di controllare volontariamente la fuoriuscita delle feci. La loro scelta deve avvenire tenendo in considerazione[6]:

- La frequenza e la consistenza delle feci;
- Il posizionamento dello stoma;
- La predisposizione della pelle alle irritazioni;
- Sensibilità agli adesivi tradizionali;
- Lavoro ed attività svolta;

Ad oggi si dispone di una vasta gamma di dispositivi ed accessori in grado di rispondere alle esigenze di sicurezza e confort della persona, in quanto una delle maggior paure della persona stomizzata è legata al timore di produrre odori, rumori, di sporcarsi in pubblico per il distacco del sacchetto e di non essere in grado di riprendere la propria vita quotidiana. Per cui diventa importante che la sacca di raccolta abbia le seguenti caratteristiche:

- Perfetta adesività alla cute;
- Capacità di garantire la massima protezione dell'area peristomale;
- Impermeabilità totale ai liquidi ed agli odori;
- Silenziosità del materiale di cui è composta;

- Forma e dimensioni tali da consentire una completa mimetizzazione sotto gli abiti;
- Praticità e maneggevolezza per il cambio

I sistemi di raccolta che si hanno a disposizione sono di due tipologie: il sistema monopezzo e il sistema a due pezzi. Di conseguenza è compito dell'enterostomista valutare e consigliare al paziente il sistema di raccolta migliore da adottare tenendo conto delle sue esigenze.

**SISTEMA MONOPEZZO**

Il sistema monopezzo è costituito da un sacchetto a fondo chiuso o aperto con una superficie adesiva integrante del dispositivo di raccolta che aderisce direttamente alla pelle. E' un presidio di facile utilizzo, poco ingombrante che può essere applicato facilmente, ed è consigliato anche per quelle persone che presentano problemi, per esempio alla vista, che richiedono un sistema facile da applicare e rimuovere. L'utilizzo del presidio a fondo chiuso è indicato solo quando la cute peristomale è integra e la frequenza delle scariche è ridotta ad un giorno; tale sistema va sostituito in base alle necessità. Di conseguenza viene indicato prevalentemente per i pazienti portatori di colostomia, in quanto, essendo presente il riassorbimento intestinale si ha l'emissione di feci formate e meno acide. Questi sacchetti generalmente dispongono di un filtro al carbone attivo per controllare l'emissione di gas in modo da evitare che il sacchetto si gonfi d'aria.

**SISTEMA A DUE PEZZI**

Il sistema a due pezzi è costituito da una placca protettiva munita di flangia di vario diametro ed un sacchetto a fondo aperto o chiuso, anch'esso dotato di una flangia. Il sacchetto viene collegato alla placca incastrando fra loro le flange che devono essere della stessa misura. La placca, un volta collegata alla stomia, può rimanere in sede almeno 72 ore, ma può variare aumentando o diminuendo a seconda delle condizioni della cute, riducendo così il rischio di irritazione della cute peristomale; il sacchetto invece viene sostituito in base alle necessità. La scelta finale tra il sacchetto a fondo aperto o chiuso ricade sulla consistenza delle feci. Ad esempio, il paziente ileostomizzato che avrà feci molto liquide gli sarà consigliato di utilizzare i sacchetti a fondo aperto, che posso essere svuotati regolarmente senza necessariamente sostituirli; di contro ordine un paziente colostomizzato, come ribadito in precedenza, avendo feci semisolide/solide gli sarà indicato di utilizzare i sacchetti a fondo chiuso, dotati appunto di un filtro di carbone attivo utile ad assorbire e filtrare i gas.

Inoltre, in commercio, sono disponibili accessori per facilitare la gestione delle stomie, soprattutto quelle che presentano problemi di apparecchiatura, quali [8]:

- **Paste protettive**: utili per poter riempire depressioni ed eventuali avvallamenti della cute peristomale garantendo una completa uniformità della superficie cutanea grazie alla consistenza pongosa e al materiale in idrocolloide di cui sono costituite;
- **Gel**: agiscono come una pellicola sulla cute e prevengono irritazioni e forniscono protezione contro l'asportazione dello strato corneo della cute;
- **Polveri protettive**: garantiscono una protezione cutanea in caso di cute particolarmente escoriata o irritata, in quanto assicurano un corretto assorbimento e aiutano a mantenere l'adesività della placca;
- **Detergenti**: sono lozioni specifiche per la cura della pelle peristomale, detergono mantenendo normali i lipidi cutanei e la tonicità della pelle eliminando i residui della cute;
- **Lozioni filmogene**: usate a scopo preventivo ed evitano la formazione di alterazione cutanee fornendo alla pelle uno strato protettivo impermeabile che impedisce il contatto con le deiezioni. Si trovano sia in forma liquida sia in salviette;
- **Dischi adesivi**: sono ipoallergenici, utili per proteggere la cute favorendo la cicatrizzazione nel caso di erosione ed ulcerazione;

In definitiva, per gestire bene una stomia è fondamentale coinvolgere il paziente nella scelta del presidio più adeguato tenendo conto delle sue abitudini di vita e ricordando che prima di utilizzarli è consigliabile effettuare una buona igiene dello stoma.

### 1.5) Alimentazione del paziente con colostomia

Le patologie a carico del colon-retto che richiedono opportuna l'asportazione dell'apparato sfinterico e il confezionamento di una stomia, comportano nelle persone che si sottopongono a questo tipo di intervento, un'alterazione del proprio schema corporeo con la conseguente necessità di dover adattarsi sia sul piano fisico ma soprattutto su quello psicologico a questa nuova situazione di vita. Uno degli aspetti più delicati e fonte di preoccupazione per il paziente portatore di colostomia ma allo stesso tempo anche per i familiari o caregiver è appunto l'alimentazione. Ragion per cui, fin dal post-operatorio, è importante educare questi pazienti a ritrovare un nuovo equilibrio nutrizionale anche per poter regolarizzare la fuoriuscita quotidiana delle feci dalla stomia e continuare

quantomeno a vivere una buona qualità di vita. Ad oggi però non esistono linee guida che parlano di diete specifiche, ma danno indicazioni rispetto alla tipologia degli alimenti suggeriti che non creino problemi all'intestino ma allo stesso tempo che siano funzionali per l'organismo. Come sostiene**" *Jennie Burch"*** [9], una dieta equilibrata è in grado di fornire tutte le sostanze nutritive richieste dal nostro corpo per permettergli di funzionare in maniera efficace e prevenire eventuali complicazioni che ne possono derivare dalla non assunzione di esse, come per esempio la malnutrizione. Questi nutrienti dovrebbero includere una giusta quantità di carboidrati, proteine, grassi, fibre, vitamine e minerali, proprio per questo motivo, visto che un singolo alimento non può fornire tutte queste sostanze e consigliabile adottare una dieta varia ed equilibrata. Poiché i pazienti portatori di colostomia devono adattarsi a questa nuova situazione è importante che l'enterostomista dia sostegno e indicazioni su come nutrirsi evitando quei cibi che potrebbero causare problemi (produzione eccessiva di gas, di odori, la costipazione) o che potrebbero irritare la cute della stomia e creare diarrea in modo da poter condurre una vita quantomeno dignitosa. A fronte di tutto ciò l'Associazione Stomizzati degli Stati Uniti d'America (UOA)[10] ha pubblicato una guida nutrizionale, nella quale sono presenti indicazioni utili su come alimentarsi e quali cibi sono più utili da mangiare o quali da evitare. E' importante quindi fornire queste regole:

- Cercare di mangiare regolarmente senza saltare i pasti, magari suddividendo in 3 pasti e 2 spuntini ad intervalli regolari perché l'intestino (viscere) vuoto produce gas;
- Masticare bene e lentamente dato che alcuni cibi vengono digeriti in bocca mentre altri si trasformano in una massa omogenea per essere digeriti successivamente;
- Aggiungere nuovi alimenti un po' alla volta, in piccole quantità, in modo da individuare quelli che possano creare dei problemi;
- Evitare di bere bevande gassate o troppo fredde per evitare l'eccessiva produzione di gas;
- Evitare cibi ricchi di grassi derivanti dall'assunzione di cibi fritti, carni e pesce grassi;
- Cercare di bere circa 1,5/2 lt di liquidi (acqua) al giorno, salvo eventuale restrizione idrica;

- Limitare l'assunzione di bevande alcoliche e di cibi piccanti, in modo da non creare irritazione intestinale;
- Limitare i cibi che contengono zuccheri semplici come dolci o bevande zuccherate, perché possono aggravare la diarrea;
- Evitare di ingerire cibi troppo caldi perché possono danneggiare la mucosa intestinale;
- Cercare di evitare di coricarsi subito dopo i pasti;
- In caso di stipsi aumentare l'assunzione di scorie/fibre presenti nella frutta, verdura, alimenti integrali in aggiunta all'acqua;
- In caso di persistenza di problemi consultare lo specialista per eventuale terapia correttiva;

In aggiunta a questi semplici consigli, come ribadito dall'Associazione Stomizzati degli Stati Uniti d'America[10], è importante sapere anche quali cibi sono da evitare e quali sono consigliati.

- **Cibi che irritano la cute stomale**: verdure orientali, verdure crude, cocco, cibi piccanti e frutta secca;
- **Produttori di gas**: bevande alcoliche, fagioli, soia, cavoli, verze, bevande gassate, cocomeri, gomma da masticare, latte, noccioline, cipolle, latticini e ravanelli;
- **Produttori di odori**: asparagi, fagioli in salsa, broccoli, cavoli, olio di fegato di merluzzo, uova, pesce, aglio, cipolla, burro di arachidi, alcune vitamine, formaggi forti;
- **Cibi che aumentano le feci:** cereali integrali, crusca di cereale, cavoli cotti, frutta fresca, verdure a foglia larga, latte, prugne, uvetta, spezie, verdure crude;
- **Cibi che producono diarrea:** brodo di carne, grassi animali, cibi fritti, insaccati, latte e alcuni tipi di frutta come le susine, fichi, uova e cachi;
- **Cibi che ostruiscono**: bucce di mela, cavoli crudi, sedano, verdure orientali, mais, frutta secca, cocomeri, funghi, noccioline, arance, ananas, popcorn, semi;
- **Cibi che modificano il colore:** asparagi, coloranti alimentari, barbabietola, liquerizia, fragole, salsa di pomodoro;

- **Cibi che limitano l'odore**: succo di mirtillo, aranciata, prezzemolo, succo di pomodoro, yogurt;
- **Cibi che portano sollievo dalla costipazione**: caffè caldo o freddo, frutta e verdura cotta frutta fresca, succhi di frutta, acqua.

Questi consigli sono utili al fine di permettere alle persone portatori di colostomia di seguire liberamente una dieta equilibrata in base alle richieste del proprio corpo variando le pietanze giornalmente, avendo la consapevolezza di eliminare quelle che creano delle problematiche al fine di adattarsi alla nuova situazione di vita.

# CAPITOLO II

## 2.1) Ruolo educativo dell'infermiere nella gestione della salute

L'importanza educativa dell'infermiere rientra nel concetto di assistenza infermieristica, in cui l'infermiere osserva, sostiene, comunica, amministra, insegna e contribuisce al mantenimento della salute facilitando il soddisfacimento dei bisogni durante la malattia fino a che i pazienti non riescano a soddisfarli in maniera autonoma[11]. Come anche ribadito dal D.M 739/94 istitutivo del profilo professionale[12], l'infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica preventiva, palliativa, riabilitativa, relazionale ed educativa. Ragion per cui, mediante l'attività educativa, l'infermiere contribuisce a supportare ogni persona, famiglia o comunità ad autogestire i propri problemi di salute dove l'educazione del paziente o/e caregiver risulta importante non solo per la prevenzione di eventuali complicanze che possono derivare dalla malattia, ma riflette anche una nuova interpretazione del ruolo da parte del paziente o del suo caregiver nella gestione della stessa. Tuttavia una buona educazione terapeutica strutturata e pianificata porta a ridurre o prevenire l'insorgenza di complicazioni, ridurre i costi di gestione, ridurre lo stato di dipendenza dell'assistito dall'operatore, ma allo stesso tempo garantisce all'infermiere l'attuazione di un piano predefinito in modo da ottimizzare le risorse umane e/i materiali, valutare e documentare il risultato dell'intervento educativo[13]. In definitiva, l'educazione terapeutica risulta di notevole importanza nella gestione dei pazienti con patologie croniche, tra cui quelli portatori di stomia, dove l'infermiere gioca un ruolo fondamentale nell'educazione, nell'acquisizione di competenze e comportamenti idonei per una corretta gestione della stomia da parte del paziente e/o caregiver.

## 2.2) Infermiere stomaterapista: aspetti educativi nella gestione del paziente colostomizzato

Come ben noto i pazienti portatori di stomia, subiscono una menomazione che richiede un adattamento psico-fisico in quanto percepiscono una modifica del proprio schema corporeo, delle proprie abitudini di vita e di conseguenza risulta necessario promuovere il benessere fisico, psicologico e sociale di questa tipologia di pazienti. A fronte di questo diventa necessaria la scelta di un piano assistenziale individuale, che a seconda delle fasi e degli aspetti specifici riabilitativi, preveda l'intervento multidisciplinare di più operatori sanitari in modo da far acquisire al paziente e/o caregiver un nuovo approccio dello stile di

vita, cercando di mantenerlo quantomeno simile a quello antecedente l'intervento chirurgico[14]. Tra il team multidisciplinare gioca un ruolo fondamentale l'infermiere stomaterapista che ha il compito di fornire un'assistenza olistica personalizzata, pianificare l'assistenza focalizzandola al raggiungimento dell'autocura, fornire informazioni ed insegnare nuove abilità, promuovere la conoscenza approfondita degli aspetti fisici, psicologici ed emotivi del vivere con una stomia. Ad oggi esistono percorsi formativi dedicati per gli infermieri che prendono in carico questa tipologia di pazienti (vedi master) pur tuttavia non essendo sempre presenti nei contesti dove afferiscono i colostomizzati. Quindi gli aspetti educativi fondamentali per la gestione del paziente in questione devono essere condivisi con tutti gli infermieri di contesto per l'impatto che l'intervento educativo trova nel paziente.

L'aspetto educativo nel paziente colostomizzato ha inizio nella fase pre-operatoria con la completa presa incarico dell'assistito, prosegue nella fase post-operatoria e permane dopo la dimissione[13]. Entrando nello specifico, nell'assistenza pre-operatoria è opportuno che l'infermiere si occupi del counseling preoperatorio all'intervento e agli aspetti che ne possono derivare successivamente in modo da instaurare un rapporto di fiducia, attraverso la comunicazione, con il paziente stesso e nel ridurne ansia; e del disegno pre-operatorio con l'obbiettivo di individuare il punto più idoneo per confezionare la stomia, di prevenire le possibili complicanze e facilitarne l'autogestione una volta dimesso. Nella fase post-operatoria si occupa di far acquisire le capacità pratiche per la gestione della stomia, e l'abilità di adattamento alla nuova situazione. Queste capacità devono essere finalizzate all'autocura nella gestione della stomia (che include l'igiene, il cambio della sacca, l'irrigazione transtomale e la scelta dei dispositivi di raccolta), prevenzione e riconoscimento delle complicanze, l'alimentazione, l'abbigliamento ed eventuale attività fisica. Questa fase permette anche di verificare se il paziente è in grado di autogestirsi e nel caso non lo fosse è importante coinvolgere il caregiver. La fase della dimissione coincide con il momento di verifica dell'autonomia nella gestione della nuova condizione da parte del soggetto e/o eventuale caregiver, che devono aver ricevuto tutte le informazioni ed i consigli su come gestire completamente la stomia, sugli aspetti principali dell'igiene, abbigliamento, ritorno all'attività lavorativa, vita sessuale e sociale che poi dovranno essere rafforzati nelle attività di follow up. L'attività di follow up permette all'infermiere (stomaterapista) il monitoraggio e prosecuzione del percorso riabilitativo, la gestione di

eventuali complicanze stomali, verifica dell'idoneità e tollerabilità dei presidi scelti, il corretto utilizzo dell'irrigazione transtomale ed eventuale counseling per i problemi che possono insorgere in un secondo momento quando la persona riprende le attività di vita quotidiana. Concludendo, per gestire al meglio il processo assistenziale e garantire la continuità di cure necessarie è opportuno che siano istituiti in ogni unità operativa o dipartimento un ambulatorio dedicato all' esigenze specifiche per questo tipo di pazienti, con personale medico e infermieristico dedicato.

**2.3) Descrizione del contesto dell'esperienza**

La necessità di adattamento fisico, psicologico e sociale delle persone che subiscono un intervento chirurgico che li porta al confezionamento di una stomia, come descritto precedentemente, rende fondamentale la scelta di un piano assistenziale personale in modo da instaurare un rapporto di fiducia con il paziente stesso ma anche nel far acquisire appropriate abilità che dovrà utilizzare nella gestione della stomia. A fronte dell'esperienza dello scrivente svolta presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale nell'ULSS 13 e l'ambulatorio Stomizzati connesso, l'infermiere stomaterapista svolge un ruolo molto importante nel seguire con continuità il paziente e curare la sua educazione coinvolgendo quando necessario anche il caregiver. Entrando nello specifico, la presa in carico del paziente inizia nel pre-operatorio dove, in un primo momento, è il chirurgo con l'equipe che spiega al paziente perché è fondamentale sottoporsi all'intervento e in che cosa consiste; dopodiché subentra l'infermiere che pianifica un piano assistenziale personalizzato fornendo supporto educativo ed informativo attraverso la comunicazione e l'utilizzo di strumenti informativi (come gli opuscoli). Una volta che si entra in relazione con il paziente l'infermiere cerca di far accettare la nuova situazione che si verrà a creare, attraverso il dialogo, mostrando dove si confeziona la stomia mediante il disegno pre-operatorio (questo permette al paziente di farsi un'idea iniziale di come si vedrà con la stomia) ma allo stesso tempo la corretta posizione del disegno permette di ridurre il rischio di complicanze dal mal posizionamento favorendo l'adesione dei presidi e l'autogestione della stomia. Successivamente vengono fornite indicazioni di massima rispetto a come avviene l'igiene della stomia mostrando quali presidi dovrà utilizzare, come per esempio il sistema a due pezzi, utilizzato inizialmente perché la cute risulta delicata ed edematosa, e successivamente il sistema monopezzo che userà dopo un mese dall'intervento; inoltre si

introduce il concetto dell'irrigazione transtomale, educando il paziente sullo scopo di tale procedura, perché diventa utile eseguirla e dopo quanto tempo va iniziata. In questa fase è importante fornire ascolto al paziente e invitarlo ad esprimere le eventuali preoccupazioni sull'intervento in modo da ridurre l'ansia pre-operatoria e nel far trovare le giuste motivazioni per poter gestire la situazione dopo l'intervento. La fase post-operatoria, per molti di questi pazienti, risulta difficile perché non tutti accettano la nuova situazione e rifiutano sia di guardare la stomia sia nell'iniziare a prendersene cura e di conseguenza è fondamentale che l'infermiere dia il tempo di assimilare e coinvolga fin da subito il caregiver per poter portare ulteriori motivazioni a spingere l'assistito verso la considerazione della nuova situazione di vita e all'autonomia nella completa gestione della stomia, attraverso anche la consegna di opuscoli informativi contenenti gli aspetti del caso in modo da garantire ulteriori stimoli nel acquisire certe informazioni. La vera formazione del paziente e caregiver inizia all'ottavo giorno di ricovero (la durata del ricovero dura mediamente dieci giorni, salvo eventuali complicazioni) dove l'infermiere educa a partire dalla gestione dell'igiene della cute stomale elencando il materiale necessario e dimostrando la corretta procedura con il relativo cambio della sacca che il paziente e/o caregiver dovrà eseguire una volta dimesso e procede poi con la consegna di una scheda alimentare contenente consigli dietetici e tipologia di cibi consigliati e non a cui dovrà attenersi a domicilio. Prima della dimissione (che coincide con il decimo giorno dall'intervento) l'infermiere valuta i feedback provenienti dal paziente e/o caregiver o eventuali dubbi e consegna qualche materiale come il sistema a due pezzi (costituito dalla sacca più la placca) e il sistema monopezzo (dove la sacca e la placca sono già integrate in un unico sistema), ed invita il paziente a presentarsi una settimana dopo in ambulatorio Stomizzati per esprimere eventuali problematiche riguardanti l'igiene e/o il cambio della sacca. Una volta dimesso, ed effettuata la prima visita di controllo, viene ricontatto dopo un mese dall'intervento dallo stomaterapista per istruirlo sull'irrigazione transtomale, mostrando sia il materiale necessario sia la corretta procedura, eseguendo appunto la prima irrigazione. Una volta dimostrato il tutto, il paziente dovrà effettuare l'irrigazione a casa tutti i giorni alla stessa ora (preferibilmente di mattina dopo colazione per evitare eventuali lipotimie) per i primi sette giorni e dopodiché la si esegue a giorni alterni uno sì e uno no per il resto della vita se la stomia è permanente. Successivamente il paziente ritorna dopo una quindicina di giorni in ambulatorio per esprime eventuali problematiche riscontrate

nell'irrigazione e per un ulteriore controllo. A questo punto l'infermiere stimola l'autonomia del paziente nella gestione della propria stomia e lo si invita a presentarsi due volte all'anno per i controlli salvo eventuali problematiche che possono insorgere a domicilio e che richiedono le giuste cure da parte dello specialista come le lesioni dello stoma.

### 2.4) Realizzazione di uno strumento alternativo

Di fronte al fondamentale requisito che richiede un'accurata gestione dell'assistenza del paziente colostomizzato, il quale si ritrova ad affrontare un cambiamento di vita importante ed a imparare nuove tecniche per la gestione della stomia, si è idealizzato con la collaborazione dell'infermiere esperto del contesto dove si è svolta l'esperienza, uno strumento informativo interattivo (DVD) da consegnare al paziente/caregiver alla dimissione.

Lo scopo di tale strumento è quello di guidare/supportare il paziente nella gestione della propria colostomia dopo la dimissione, previa educazione da parte dell'infermiere enterostomista.

Lo strumento interattivo proposto consiste in un video della durata di 20 minuti; lo stesso è suddiviso in sei parti dove vengono affrontati tutti gli aspetti della gestione stomale in autonomia. Tale strumento offre risposta anche nel caso di dubbi/dimenticanze rispetto alle informazioni precedentemente ricevute grazie alla visione del filmato che può essere visto nel proprio domicilio.

Entrando nella struttura dello strumento, la prima parte è composta da un quadro generale relativo all'anatomia dell'intestino crasso che mostra tutte le singole parti anatomiche che lo compongono attraverso un'immagine dell'intestino, partendo appunto dal cieco, passando nelle varie sezioni del colon fino ad arrivare al retto (ultima parte con cui termina l'intestino crasso); questa parte è supportata da un breve spiegazione di che cos'è una colostomia e da un'immagine contenente le possibili zone in cui si può abboccare la stomia (ovvero colostomia ascendente, trasversa, discendente, sigmoidea) (**Allegato 4, Fig.1)**.

La seconda parte fornisce indicazioni sull'igiene della stomia e il cambio della sacca, dei relativi materiali da utilizzare (ogni materiale e seguito da un'immagine per rendere l'idea di che cosa si usa), si prosegue poi con le istruzioni operative di come si esegue, e si conclude con un video illustrativo della procedura relativa (**Allegato 4, Fig.2**).

La terza parte elenca i dispositivi di raccolta e presidi complementari eventualmente necessari; essa inizia dando una spiegazione della sacca di raccolta e da quali caratteristiche la compongono oltre a descrivere il sistema monopezzo e il sistema a due pezzi entrambi a fondo chiuso (con allegato una foto ciascuno). Questa parte si conclude elencando i presidi che possono essere utilizzati per la stomia come la pasta protettiva, la polvere protettiva, il gel e i detergenti (**Allegato 4, fig.3**).

La quarta parte dello strumento illustra le modalità da seguire per l'irrigazione transtomale (praticata dopo un mese dall'intervento chirurgico), lo scopo dell'esecuzione, i materiali utilizzati (ogni materiale e seguito dalla relativa immagine), e si conclude con la visione di un filmato sulla procedura dell'irrigazione (**Allegato 4, Fig.4**).

La quinta parte affronta la tipologia di alimentazione consigliata (aspetto fondamentale per un paziente con colostomia) e risulta composta da una serie di indicazioni dietetiche alle quali è opportuno che il paziente si attenga, supportate da una lista di alimenti consigliati e non suddivisi per tipologia: cibi che irritano la cute stomale, cibi che producono gas, cibi che producono odori, cibi che aumentano le feci, cibi che producono diarrea, cibi che possono ostruire, cibi che modificano il colore e cibi che portano sollievo alla costipazione (ambiti sostenuti tutti da immagini) (**Allegato 4, Fig.5**) .

La sesta, ed ultima parte, affronta le eventuali complicanze dello stoma che possono insorgere nel post-operatorio che si suddividono in precoci (entro trenta giorni dall'intervento) e tardive (dopo trenta giorni dall'intervento); ad ognuna di essa è stata fornita una breve spiegazione seguita dal possibile specifico trattamento con allegata un'immagine che fornisce un'indicazione di massima di come la complicanza si potrebbe presentare (**Allegato 4, Fig.6**).

Tutto lo strumento è accompagnato da una musica di sottofondo che rende piacevole la visione e l'ascolto. Il DVD termina con i riferimenti delle associazioni a cui ci si può rivolgere in caso di informazioni o problematiche, seguite dalla bibliografia e sitografia di riferimento che ha permesso di realizzare in maniera accurata il filmato. Si è cercato di utilizzare una terminologia semplice e comprensibile anche per chi non è esperto dell'argomento.

Altra particolarità dello strumento è che se pur prodotto in DVD, lo stesso può essere facilmente replicabile in altri dispositivi mobili (vedi chiavetta USB).

## 2.5) Fattibilità del progetto

Lo strumento informativo proposto è stato realizzato in collaborazione con l'infermiere esperto del contesto dove si è svolta l'esperienza oltre all'utilizzo di letteratura di riferimento reperita tramite la consultazione di testi che affrontano il tema e di database elettronici (banche dati) come PubMed, Google Scholar, utilizzando stringhe di ricerca come Colostomy, Diet Therapy, Nurse's Role, Patient Education, Quality of Life oltre all'utilizzo di termini Mesh correlati.

Grazie alla fattiva collaborazione della professionista sopracitata (correlatrice del presente elaborato), lo strumento è stato provato con alcuni pazienti che lo hanno ritenuto di facile comprensione ed utilizzo definendolo una buona guida per la loro situazione nella previsione della gestione della stomia in autonomia.

Le stesse considerazioni sono state fornite dalla stessa esperta che ha ipotizzato l'utilizzo dello strumento anche nella sua attività educativa dei pazienti in oggetto oltre a risultare di supporto anche per i professionisti (infermieri) di contesto qualora prendessero in carico pazienti con stomie.

Il passo successivo ora previsto, è il testaggio dello strumento con un campione significativo di pazienti ad opera della professionista esperta, oltre che all'estensione dell'uso agli infermieri di contesto che si potrebbero approcciare non costantemente con il problema sopra citato.

Altro aspetto non da sottovalutare è che lo strumento è facilmente archiviabile e quindi utilizzabile in qualsiasi momento, a differenza degli opuscoli cartacei che possono essere smarriti come anche gravare il bilancio dal punto di vista ecologico, dato il maggior utilizzo di carta.

Nell'attuale società in cui viviamo lo strumento risponde ampiamente alle esigenze di un target di popolazione sempre più informatizzata dove l'utilizzo di dispositivi mobili e non (tablet, telefoni cellulari, smartphone, personal computer…) è entrato nella prassi del quotidiano.

## Conclusioni

Da quanto esposto, le persone che subiscono il confezionamento di un stomia, si ritrovano ad affrontare una modifica del proprio schema corporeo con la conseguente necessità di doversi adattare sul piano fisico e psicologico alla nuova situazione di vita. A fronte dell'esperienza dello scrivente svolta presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale nell' ULSS 13 e l'ambulatorio Stomizzati connesso, ha sottolineato l'importanza dell'infermiere stomaterapista all'interno del contesto nel svolgere un intervento multidisciplinare clinico-assistenziale per favorire un nuovo approccio sia per quanto concerne l'aspetto tecnico che del nuovo stile di vita legato alla presenza della colostomia. In alcune realtà dove presente la figura dell'infermiere stomaterapista, parte di questi aspetti vengono gestiti dallo stesso in termini educativi e di continuità assistenziale.

Grazie allo collaborazione dell'infermiere esperto di contesto e della bibliografia consultata, la realizzazione dello strumento proposto (DVD) racchiude possibili risposte a conoscenze/dubbi per la gestione della stomia (l'igiene della stomia e/o cambio della sacca, i dispositivi di raccolta, l'irrigazione transtomale, l'alimentazione e la gestione di eventuali complicanze stomali), con l'auspicio che ciò possa guidare/supportare il paziente all'autonomia dopo la dimissione, non slegando tutto ciò comunque dalla contemporanea educazione dell'infermiere esperto, sia da coloro che si approcciano in maniera incostante con questa tipicità di paziente.

Inoltre le caratteristiche dello strumento risponde alle esigenze di un target di popolazione sempre più in evoluzione dove l'utilizzo di dispositivi mobili (tablet, telefoni cellulari, smartphone, personal computer...) rientra nella quotidianità; oltre a ciò lo strumento garantisce facile archiviazione e utilizzo, rispetto a supporti cartacei e che possono smarrirsi facilmente e gravare sul bilancio ecologico dato il maggior utilizzo di carta.

**Sitografia**

1. Tumore colon-retto-http://www.airc.it/tumori/tumore-al-colon-retto.asp; A.I.R.C 27/07/2015 h 15.00.

2. I tumori in italia- cancro colon-retto- http://www.tumori.net/it3/; 25/8/2015 h.11.

3. Indici demografici e struttura popolazione italia-http://www.tuttitalia.it/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/; I.S.T.A.T 26/8/2015 h. 14.

**Bibliografia**

4. Zanotti R. *Coloproctologia, stomia e incontinenza: Diagnosi infermieristica e percorsi di assistenza;* AIOSS ed. Carucci; 2006.

5. Porret T, McGrath A. *La persona stomizzata: Assistenza, cura e riabilitazione;* McGraw-Hill Education; 2006.

6. Canese GC. Atti del Corso di stomaterapia per la gestione del paziente stomizzato; AIOSS e CONVATEC,2009.

7. Saracco C. *Clinica infermieristica in Stomaterapia**:** Dalle evidenze agli strumenti operativi;* Gruppo di ricerca AIOSS ed. AIOSS Hollister, 2007.

8. Burch J, Sica J. Stoma care accessories: An overview of a crowded market; *Br J Community Nurs*. 2005;10(1):24.

9. Burch J. Providing information and advice on diet to stoma patients; *Br J Community Nurs*. 2011;16(10):479-80, 482, 484.

10. Pasia M. Diet and nutrition guide; United Ostomy Associations of America, 2011.

11. L' educazione terapeutica in ambito stomaterapico; Hollister Italia,2011.

12. Profilo professionale dell'infermiere, D.M 739/94 (ultima revisione 17/01/09); Federazione Nazionale Collegi Infermieri, Ipasvi.

13. Beruffi S, Di Meo S. Linee guida per l'educazione terapeutica: L'approccio assistenziale specifico e la continuità di cura ai soggetti portatori di stomie intestinali ed urinarie; ASL (Azienda sanitaria locale Brescia),2013.

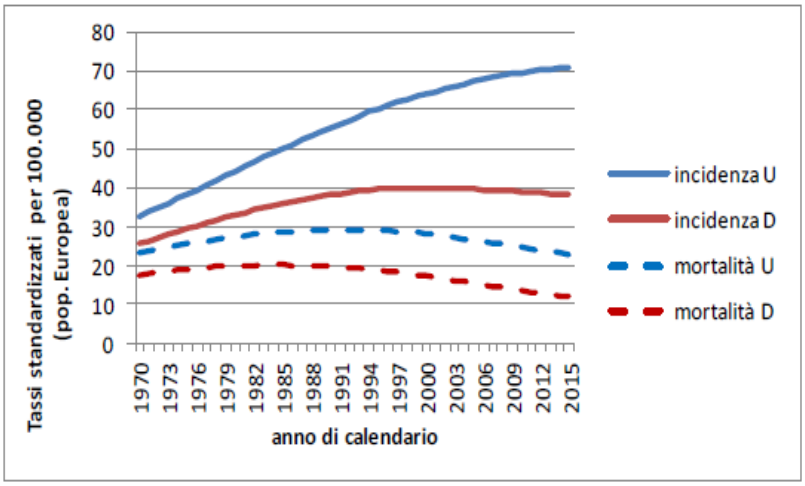
14. Grinspun D. Ostomy care and management-clinical best practice guidelines; RNAO-Registered Nurses's Association of Ontario, 2009.

# ALLEGATI

## ALLEGATO 1

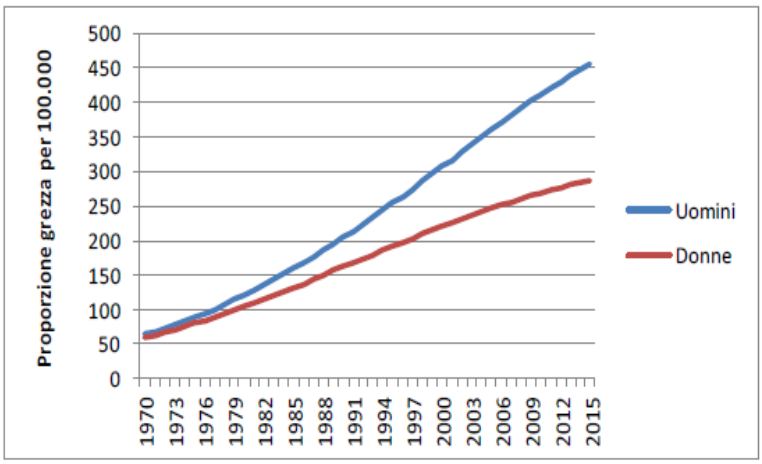
### Fig. 1

**Figura 1: stime di incidenza e mortalità per tumore del colon-retto in Italia negli uomini e nelle donne. Tassi standardizzati per 100.000 persone/anno (popolazione standard europea), età 0-99 anni.**



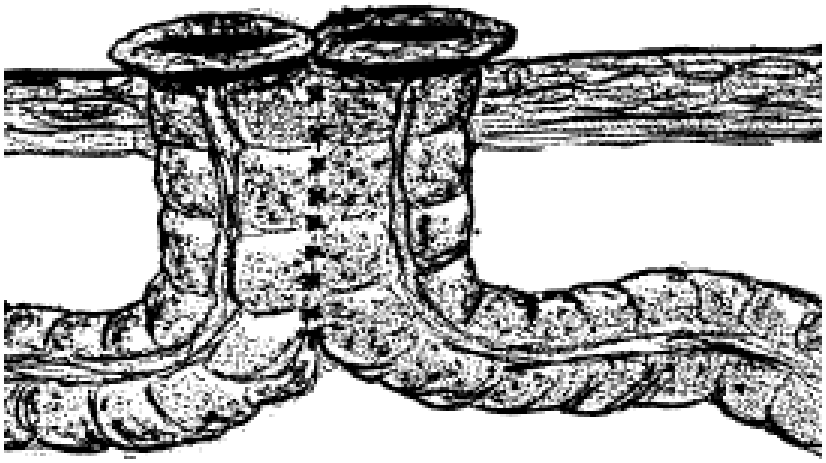

### Fig. 2

**Figura 2: stime di prevalenza per tumore del colon-retto in Italia negli uomini e nelle donne. Proporzione grezza per 100.000 abitanti, età 0-99 anni.** (La prevalenza è espressa come proporzione grezza poiché fornisce informazioni sul reale carico sanitario della patologia oncologica)



**ALLEGATO 2**

**Colostomia a doppia canna di fucile (permanente o temporanea)**



**ALLEGATO 3**

**Fig.1- Edema**

**Fig.2- Emorragia**

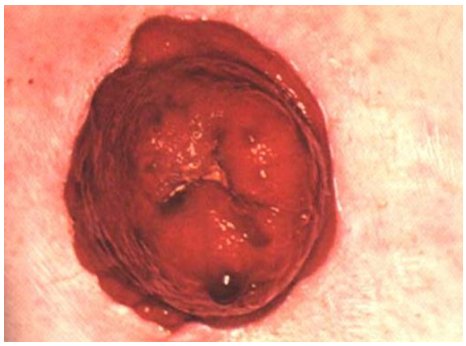


**Fig.3- Ischemia e/o necrosi**

**Fig.4- Retrazione**

**Fig.5- Ascesso**

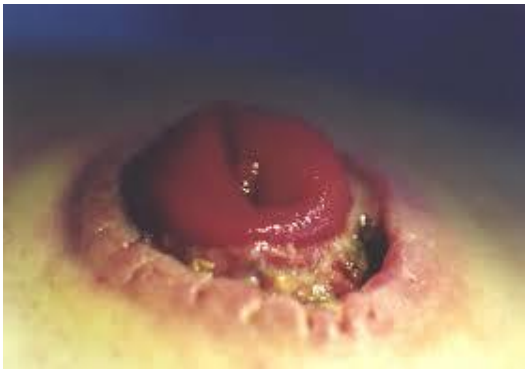


**Fig.6- Ernia**

**Fig.7- Fistola Viscero-cutanea**

**Fig.8- Prolasso**

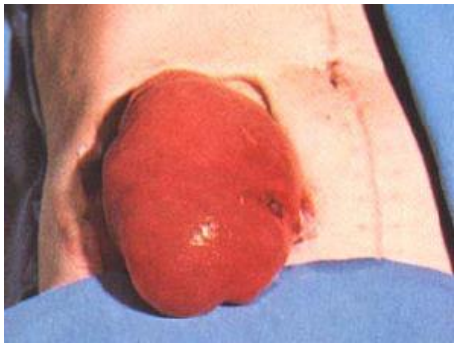


**Fig.9- Stenosi**

**Fig.10- Granulomi**

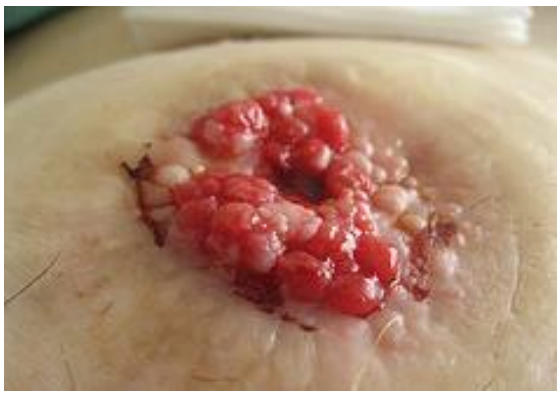
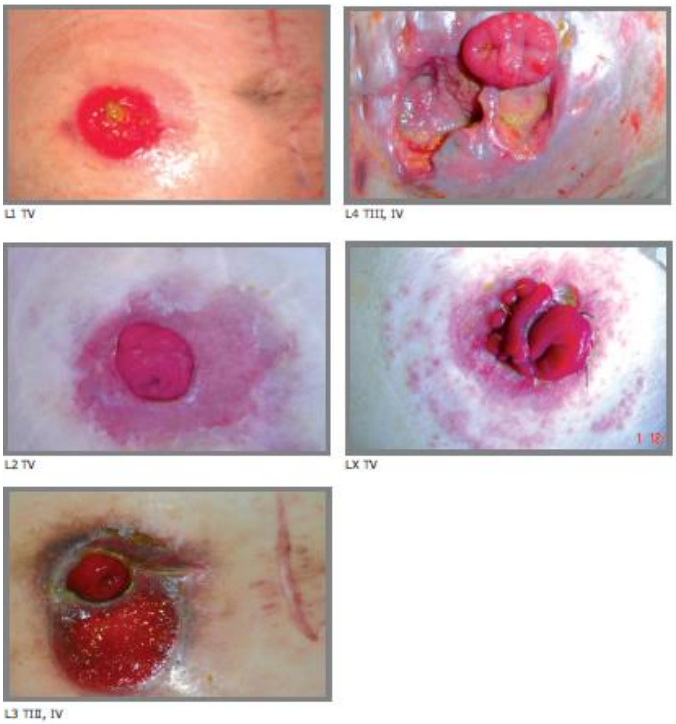


**Fig.11- Dermatiti (Classificazione internazionale SACS)**



**ALLEGATO 4**

**(Dvd Interattivo)**

**Fig. 1**

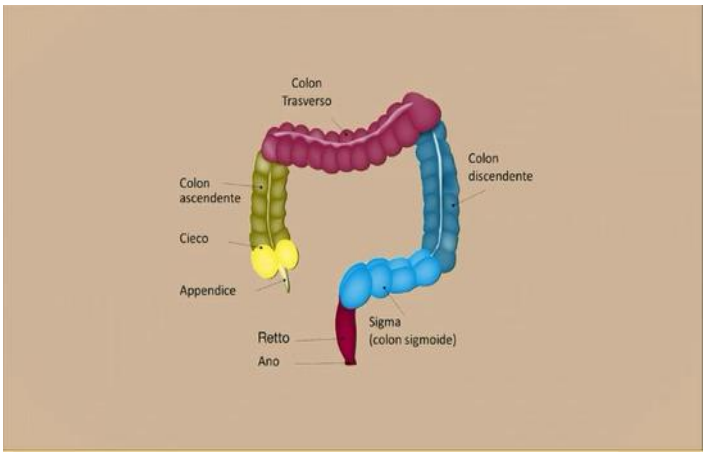
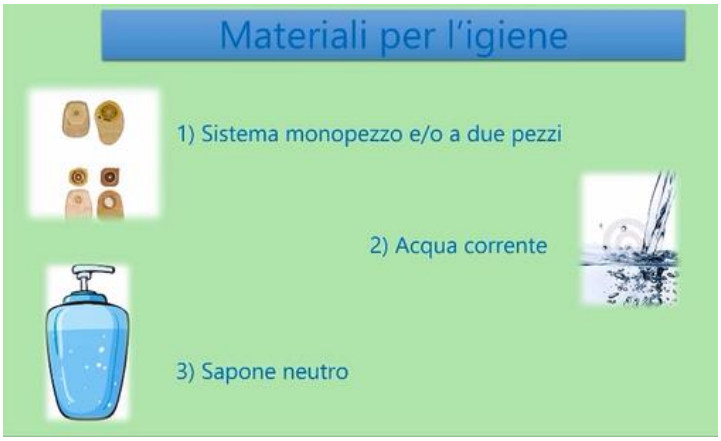


**Fig. 2**


Materiali per l'igiene
1) Sistema monopezzo e/o a due pezzi
2) Acqua corrente
3) Sapone neutro

Indicazioni operative
1) Eseguire il lavaggio sociale delle mani
2) Predisporre il materiale sul carrello o vassoio
3) Assumere la posizione seduta
4) Indossare i guanti
5) Rimuovere il dispositivo di raccolta dall'alto verso il basso
6) Eliminare eventuali feci con un panno carta

**Fig. 3**

Che cos'è una sacca di raccolta?
La sacca serve per contenere la fuoriuscita delle feci e presenta le seguenti caratteristiche:
✓ Perfetta adesività alla cute
✓ Protezione della stomia
✓ Impermeabilità totale ai liquidi ed agli odori
✓ Adattamento sotto gli abiti
✓ Praticità nel cambio

Sistema monopezzo a fondo chiuso
✓ Il sistema monopezzo è costituito da un sacchetto a fondo chiuso con una superficie adesiva integrante del dispositivo di raccolta che aderisce direttamente alla pelle
✓ Dispongono di un filtro al carbone attivo per controllare l'emissione di gas
✓ Vanno sostituiti in base alla necessità

Accessori per i presidi
Polvere protettiva: Garantisce una protezione cutanea in caso di cute particolarmente irritata
Pasta protettiva: Utile per riempire depressioni ed eventuali avvallamenti della cute intorno allo stoma
Gel: Agisce come una pellicola sulla cute e previene irritazioni
Detergente: Lozione specifica che deterge mantenendo normale i lipidi della cute e la tonicità della pelle

**Fig.4**

Che cos'è l'irrigazione?
✓ L'irrigazione è una pratica che si basa sull'introduzione nello stoma di 700/1000 ml di acqua tiepida (del rubinetto) in modo da garantire la completa evacuazione del contenuto fecale.
✓ Viene praticata dopo un mese dall'intervento con lo scopo di far conseguire la continenza all'emissione di feci.

Materiali per l'irrigazione
1) Una sacca di plastica da 2 lt
2) Sostegno per agganciare l'irrigatore
3) Set per l'irrigazione dotato di flangia, cintura e sacca di scarico

Indicazioni operative
1) Riempire la sacca dell'irrigatore con 2 lt di acqua ad una T di 36-37°C
2) Assumere la posizione seduta adiacente al water
3) Appendere la sacca ad un'altezza di circa 40 cm al di sopra delle spalle
4) Fare defluire l'acqua nel tubo collettore e chiudere il morsetto

**Fig.5**

Consigli dietetici
Mangiare regolarmente senza saltare i pasti
Limitare l'assunzione di bevande gassate o troppo fredde
Aggiungere nuovi alimenti un po' alla volta, in piccole quantità per capire quali possano dare dei problemi
Masticare bene e lentamente

Tipologia di cibi consigliati e sconsigliati
Cibi che irritano la cute della stomia:
Verdure orientali
Verdure crude
Cocco
Cibi piccanti
Frutta secca
Cibi che producono gas:
bevande alcoliche, fagioli, soia, cavoli, verze, bevande gassate, cocomeri, gomma da masticare, latte, noccioline, cipolle, latticini e ravanelli

Cibi che producono diarrea:
Brodo di carne, grassi animali, cibi fritti, insaccati, latte e alcuni tipi di frutta come le susine, fichi, uova e cachi
Cibi che ostruiscono:
Bucce di mela, cavoli crudi, sedano, verdure orientali, mais, frutta secca, cocomeri, funghi, noccioline, arance, ananas, popcorn, semi

**Fig.6**

Complicanze
PRECOCI
Possono insorgere entro 30 giorni dall'intervento chirurgico
TARDIVE
Possono insorgere dopo 30 giorni dall'intervento chirurgico

Complicanze Precoci
Edema : Aumento della componente idrica interstiziale dello stoma dovuto ad un ostacolo del flusso venoso.
Trattamento : Applicazione della borsa del ghiaccio e sostituzione del presidio se non idoneo

Complicanze Tardive
Stenosi: Si intende un restringimento del diametro dell'ansa stomizzata
Trattamento: consiste nella dilatazione digitale manuale o con dilatatori, altrimenti si opta per la terapia chirurgica