



## Cura e riabilitazione dei pazienti stomizzati

*Adalgisa Marullo*

*IP, Az. Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro*

### *1ª parte*

Avendo ormai fatto mio il pensiero espresso del Pontificio Consiglio sulla Carta degli Operatori Sanitari: "Salvaguardare recuperare e migliorare lo stato di salute significa servire la vita nella sua totalità" è maturata in me la convinzione che professionalità è sinonimo non solo di preparazione culturale ed umana ma anche capacità discernente delle risorse che si hanno a disposizione e al fine di comunicare le conoscenze apprese, presento alcuni progetti che mirano all'aggiornamento professionale e all'educazione sanitaria sulla stomaterapia che porterebbero, a mio avviso ad una buona riabilitazione del paziente stomizzato e da ciò al miglioramento della sua qualità di vita ed anche ad un contenimento dei costi di gestione aziendale.

Ho scelto di scrivere e codificare alcuni atti infermieristici in quanto ciò rappresenta una necessità per lo sviluppo della professione, dove l'identificazione di un problema, la responsabilità, la formulazione di regole scritte, ma ovviamente flessibili e soggettive, possono garantire livelli omogenei ed uniformi di prestazioni.

Da ciò la nascita di elaborati da me sviluppati, per l'utilità, la condivisione e il confronto di alcune procedure, protocolli e linee guida. Lavori estratti dalla tesi sul tema: *Stoma-care: Cura e riabilitazione dei pazienti colon-ileo stomizzati* (da me presentata agli esami per il conseguimento dell'Attestato di Stomaterapista nel marzo 1998).

### **Creazione di un piano assistenziale ai pazienti colon-ileo-stomizzati**

L'assistenza infermieristica consiste, come troviamo in *Harnet Bertha and Henderson Virginia: Textbook of the Principles and Practice of Nursing, 5<sup>th</sup> Ed., The Macmillan Company, New-York, 1955*, nell'"Assistere l'individuo sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o alla guarigione o a prepararlo ad un morte serena, atti che compirebbe da solo se disponesse della forza e della volontà o delle cognizioni necessarie e a favorire la sua partecipazione attiva in modo da aiutarlo a riconquistare il

più rapidamente possibile la propria indipendenza". L'assistenza infermieristica è dunque un servizio derivante dall'analisi dei bisogni individuali e delle esigenze di ogni singola persona.

Nel momento in cui l'individuo perde il suo stato di salute si aspetta che gli vengano suggerite modificazioni che lo aiutino a ristabilire l'equilibrio della salute, perciò è indispensabile che l'infermiere conosca il processo che lo metterà in grado di eseguire un piano di cura individuale o collettivo. L'elaborazione di un piano di assistenza presuppone l'applicazione di idee fondamentali o di metodi scientifici attraverso un approccio che è comunemente chiamato "Problem Solving". Il termine "problema" è un fatto che può avere una risposta alla sua risoluzione. Il metodo del Problem Solving permette di valutare gli scopi immediati e a lungo termine del piano d'assistenza che richiedono procedimenti di programmazione, attuazione, valutazione e revisione dei programmi assistenziali stessi. La cura e la riabilitazione del paziente stomizzato è un cammino di équipe dove per iniziare bene ed insieme si devono condividere concetti chiari di pianificazione assistenziale.

Lo Stoma-care prevede diverse tappe che ogni paziente percorre durante la fase di accettazione della malattia e dalle difficoltà che nascono con la presenza di uno stoma. L'équipe potrà ottenere che ogni paziente se la cavi un po' da solo, ritrovando quegli elementi di forza che gli daranno la possibilità di scoprire in se stesso energia. Deve saper infondere coraggio, fornire elementi di speranza, esprimere vitalità e disponibilità con uniformità di linguaggio e la corretta conoscenza di tutte le pratiche assistenziali, prendendo in considerazione anche una serie di problemi socio-culturali.

### **Processi nursing durante la fase pre-operatoria**

#### ***Processi nursing***

Nel processo di Nursing si deve saper rispondere ai bisogni di un portatore di stomia per poter creare un Piano Assistenziale.

### **Bisogni e Obiettivi riabilitativi**

#### *Sul piano emozionale*

- Alterazione dello stato di salute sfera-psichica
- Informazione iatrogenesi (eziologia che lo ha portato ad essere incontinente)
- Sicurezza cambiamento corporeo
- Conoscenza modificazione di evacuazione

#### *Sul piano fisico*

- Accettazione della stomia
- Gestione della stomia con tecniche corrette
- Corretto utilizzo dei presidi stomali
- Capacità di riconoscere le complicanze

#### *Sul piano sociale*

- Reinserimento del paziente alla vita familiare, sociale, lavorativa
- Chiarezza relativa ai propri diritti sul lavoro ed eventuali agevolazioni
- Informazioni sui presidi stomali e sulle modalità di approvvigionamento

Lo stoma-care prevede:

- a. l'accoglienza del paziente e l'anamnesi inf.,
  - b. il colloquio,
  - c. il posizionamento,
  - d. la preparazione all'intervento.
- a. La riabilitazione è un percorso circolare che vede l'intervento degli operatori dal momento dell'accettazione e continuare a livello domiciliare o ambulatoriale. Per garantire questa "ruota" le strutture e le figure che garantiscono questo percorso sono varie e l'insieme di attività multidisciplinari integrate e sequenziali finalizzate al recupero della salute della persona si intersecano tra di loro.
  - b. Durante il colloquio, una corretta e tranquilla informazione eviterà l'ulteriore frustrazione di un soggetto già defedato e psicologicamente depresso. Si aiuta il paziente ad adattarsi accettare il suo cambiamento corporeo ed a ripristinare una percezione realistica ed integrata di sé.
  - c. L' E . T. è a conoscenza che un buon posizionamento della stomia mira a:
    - facilitare alle persone le cure e le manovre;
    - favorire la corretta applicazione dei presidi;
    - ridurre i rischi di complicanze da mal posizione.

Il posizionamento della stomia va personalizzato e valutato dal chirurgo, dallo stomaterapista con il paziente ed eventualmente un familiare.

### **Sede di uno stoma**

Le zone da evitare sono l'arcata costale, l'ombelico, presenza di pregresse cicatrici, pieghe adipose, linea della vita, cresta iliaca. Dopo aver individuato il punto ideale si disegna dove verrà confezionata la stomia.

- d. La preparazione all'intervento colon-rettale ha lo scopo di assicurare una buona pulizia del colon per favorire una buona osservazione delle lesioni presenti e per prevenire complicanze post-operatorie quali la deiscenza anastomotica e sepsi. Il metodo va scelto in

base al criterio e requisiti oggettivi (misure dietetiche, clismi di pulizia, purganti).

Per la preparazione del paziente, ileo-stomizzato trattandosi in genere di situazioni in cui la parete del colon è fragile o la mucosa facilmente *sanguinante*, in linea di massima è opportuno astenersi dall'uso di purganti, *dell'irrigazione isoperistaltica* di clisteri evacuativi, onde evitare di sovraccaricare l'intestino o forzare la peristalsi e provocare sanguinamenti. In genere per ottenere una buona preparazione, è sufficiente, mettere a riposo l'intestino compensando l'alimentazione per via parenterale. Buoni risultati si ottengono anche con l'uso di diete alimentari, costituite da zuccheri, aminoacidi grassi, che vengono assorbiti in totalità dall'intestino tenue, quindi senza scorie. Effettuare, per almeno due settimane, un trattamento di nutrizione parenterale, soprattutto nei pazienti che abbiano perso peso nella misura del 15% rispetto allo stato premorboso.

### **Protocolli nursing e linee guida nella fase post-operatoria**

Una buona organizzazione assistenziale rende il paziente a tutto soddisfacente, l'E.T. deve favorire l'apprendimento di nuovi metodi di regolazione dell'evacuazione e di nuovi metodi di igiene dello stoma. La riabilitazione prevede informazioni necessarie che rendono il paziente cosciente che anche a casa non sarà abbandonato a se stesso e che potrà reinserirsi nel proprio contesto familiare e sociale. Il periodo dell'ospedalizzazione, è finalizzato a rendere il paziente sicuro sotto una guida costante dopo il ritorno a casa.

#### **1° fase - Apparecchiatura post-operatoria della stomia**

L'apparecchiatura viene sempre eseguita in sala operatoria utilizzando il sistema a 2 pezzi.

La placca a protezione totale può essere lasciata in sito per 3-4 gg.

La sacca deve essere trasparente per controllare le complicanze.

La sacca deve essere a fondo aperto per consentire lo svuotamento senza rimuoverla.

Il piano assistenziale deve prevedere il controllo non solo delle condizioni generali con la rilevazione dei parametri vitali nel post-intervento, ma anche il controllo della stomia se è ben apparecchiata e se presenta complicanze precoci o tardive.

Le complicanze precoci insorgono dal momento in cui il paziente arriva in corsia, fino a 15-20 giorni dall'intervento. Le complicanze tardive possono insorgere dopo circa 3 settimane dall'intervento o durante il ciclo vitale del paziente. Le complicanze precoci delle stomie possono interessare:

1. lo stoma propriamente detto (edema, emorragia intra o peristomale, ischemia, necrosi viscerale o mucosa, eviscerazione, retrazione);
2. giunzione muco-cutanea (suppurazioni);
3. la cute peristomale (dermatite).

### Post-Operatorio Tardivo

Fase conclusiva della riabilitazione che mira a raggiungere l'apprendimento di regolazione dell'evacuazione e di igiene personale e peristomale. Per verificare il grado di autonomia acquisito, prima della effettiva dimissione si assiste più volte il paziente durante la esecuzione del cambio della sacca della pulizia locale e il riposizionamento del presidio in modo corretto tutto ciò per favorire una buona gestione della stomia e quindi una migliore qualità di vita evitando anche condizioni di incertezza e insicurezza. Sarà lo staff infermieristico il personale qualificato e competente che potrà aiutare il paziente stomizzato a meglio gestire la sua nuova funzione organica delle vie escrettrici e adeguarsi ad accettare tale cambiamento. Nello sviluppo del presente piano d'assistenza infermieristica presento i seguenti protocolli nursing nelle complicanze tardive.

### Linee guida

#### **Lavaggio dello stoma e scelta del presidio**

Allo stoma, nuovo organo, occorre dedicare la stessa cura e igiene come veniva eseguita per l'ano. Per quanto riguarda il materiale per la toilette: carta igienica per asportare i residui fecali della stomia, spugna morbida, sapone leggermente acido (sapone di marsiglia), due pinze ferma indumenti.

Si rimuove il presidio dall'alto verso il basso usando entrambe le mani (fermare gli indumenti in modo che non intralcino) si ripiega la sacca su se stessa onde evitare cattivo odore persistente, gettarla in un sacchetto igienico. Con la carta igienica o carta assorbente si asportano le feci residue dall'esterno all'interno dello stoma con la spugna si lava delicatamente sia lo stoma che la cute peristomale insaponando e risciacquando, si asciuga tamponando con un panno morbido. Asciugare bene per fare aderire la sacca misurare con le dime il diametro esatto dello stoma per evitare complicanze e inconvenienti che nascono da mal gestione dei presidi. La scelta dei presidi deve essere fatta tenendo in considerazione la frequenza e la consistenza delle feci, il posizionamento dello stoma, predisposizione della pelle alle irritazioni, sensibilità agli adesivi tradizionali, lavoro ed attività svolta.

Al momento delle dimissioni il paziente prende contatto con il centro che lo instruirà sulle protesi, sull'irrigazione, sul follow-up e incontri per gli stomizzati. Per la scelta del presidio presento lo schema sulle tipologie delle sacche.

#### **La tecnica dell'irrigazione**

*L'irrigazione è la metodica che, restituendo un ritmo alla motilità colica, offre un periodo di riposo intestinale. Sussistono però le seguenti controindicazioni all'irrigazione che possono essere legate al colon residuo (regolarità e ritmicità spontanea delle evacuazioni; patologia pregressa: malattia diverticolare, Morbo di Crohn; colon irritabile), alla colostomia (ernia peristomale; prolasso; stenosi;*

*recidiva stomale); alle condizioni generali del paziente (inabilità fisica, psichica, chemio-radioterapia).*

#### **Tecnica di esecuzione**

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

#### **Materiale occorrente**

È costituito principalmente da una sacca di plastica con capacità di circa due litri, fornita di un gancio per essere sospesa ad un sostegno. In basso la sacca si continua con un tubo di scarico, munito di valvola per la regolazione del flusso e termina con un cono da introdurre nella stomia. Se questa è stenotica in alcuni casi il cono può essere sostituito con una sonda molle, tipo Nelaton. Una pomata lubrificante-anestetica.

Acqua calda a temperatura di 37°. Una sacca di raccolta delle deiezioni normalmente di materiale plastico e di forma tronco-conica. Anello di plastica con cintura a vita e con parte terminale di scarico, munita di morsetto regolabile (da introdurre nel water).

#### **Esecuzione**

Si riempie la sacca con un litro e mezzo-due litri circa di acqua potabile a 37°.

Si esplora il lume della stomia al fine di individuare esattamente la posizione del lume intestinale, in quanto se il cono non è ben indirizzato nel lume colico, l'acqua introdotta non potrà diffondersi e, dopo aver urtato contro la mucosa, verrà respinta all'esterno.

Dopo aver indirizzato il cono, lubrificato nella giusta direzione si inizierà ad introdurre l'acqua nel tempo di 5 - 10 '(all'inizio della pratica partire con un flusso dell'acqua a bassa pressione per poi procedere gradatamente all'aumento).

Il paziente può eseguire tale metodica seduto, si alzerà al termine dell'introduzione dell'acqua eseguendo alcuni esercizi di contrazione del torchio addominale al fine di facilitare l'espulsione fecale, attraverso la sacca di drenaggio già posizionata.

In circa 15-30 minuti verranno evacuate tutte le feci e durante questo tempo si può completare la pulizia personale, truccarsi, radersi, il movimento aiuterà l'evacuazione.

Terminato il deflusso dell'acqua e del materiale fecale, si passerà alla pulizia dello stoma, ricoprendolo con adeguata sacca.

**Protocollo infermieristico nelle complicanze precoci: stoma propriamente detto**

<p><b>DENOMINAZIONE DEFINIZIONE CAUSA</b></p>	<p><b>OBIETTIVO</b></p>	<p><b>RESPONSABILE PROTOCOLLO TEMPO</b></p>
<p><b>Edema</b> Componente idrica interstiziale dello Stoma da ostacolato reflusso venoso-linfatico (stiramento del vaso), dovuto a: - eccessiva trazione dell'ansa - Scarso diametro del foro fasciale o cutaneo - Presidi con foro troppo stretto</p> <p><b>Emorragia</b> Perdita di sangue dal viscere o dalla zona peristomale (giunzione - punti di sutura), dovuta a: - Eccessiva esterizzazione dell'ansa - Lesione di arteriola - caduta di escara - Coagulopatie - Traumi da mal gestione</p> <p><b>Retrazione</b> Slivellamento dello stoma al di sotto del piano cutaneo, dovuto a: - Malconfezionamento della stomia - Eccessivo spessore della parete addominale - Inadeguata mobilizzazione dell'ansa stomale - Ischemia - Necrosi - Distacco muco-cutaneo - Sequele di suppurazione peristomale - Moncone corto</p>	<p>Ridurre l'edema</p> <p>Riduzione dell'emorragia</p> <p>- Riduzione dello slivellamento - Prevenzione (a seconda del grado) di eventuali alterazioni cutanee (es. dermatite, suppurazione, ecc.) - Riabilitazione enterostomale</p>	<p>- I. P. - E.T. - O.T.A. - L' I. P. - E.T. deve controllare subito dopo l'intervento al rientro in corsia del paziente, se il presidio è posizionato in modo corretto; se il diametro non è inferiore al diametro dello stoma; se la sacca è trasparente - Controllare stomia due volte al giorno nelle prime 72 ore dall'intervento</p> <p>I. P. - E.T. - Controllo stomia nelle prime 48-72 ore dall'intervento - Rilevazione dei parametri vitali (PA, Fc) - Controllare presidio posizionato correttamente (trasparente) - Somministrazione eventuale terapia se il paziente è affetto da coagulopatia, sotto prescrizione medica - Controllare nelle prime ore dall'intervento due volte al di la zona peristomale, la giunzione, i punti di sutura</p> <p>I. P. - E.T. - Controllare la stomia una volta al di nelle prime 48 ore dall'intervento; una volta la settimana fino alle dimissioni e una volta al mese al controllo ambulatoriale</p>

**Protocollo infermieristico nelle complicanze precoci: giunzione muco-cutanea**

<p><b>Suppurazione ascesso</b> Flogosi purulenta del complesso stomale, dovuto a: - Eccessiva esterizzazione del viscere - Difetto di sutura muco-cutanea - Possibili esiti in fistola, deiscenza dello stoma, stenosi (complicanze tardive)</p>	<p>- Guarigione suppurazione e prevenzione complicanze tardive</p>	<p>I. P. - E.T. - Controllare la stomia due volte al di entro le prime 72 ore dall'intervento</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

MATERIALE OCCORRENTE	PROCEDURE TECNICA INFERMIERISTICA TEMPO	INDICATORI DI VALUTAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ghiaccio con contenitore</li> <li>- Telino</li> <li>- Presidio: sacca con diametro da ritagliare, trasparente, preferibile sistema a due pezzi</li> <li>- Dime</li>   <li>- Presidio: sacca trasparente</li> <li>- Sfigmomanometro</li> <li>- Anticoagulanti</li> <li>- Borsa di ghiaccio</li>   <li>- Pasta protettiva</li> <li>- Sacca convessa</li> <li>- Materiale per irrigazione come da protocollo per tecnica dell'irrigazione</li> <li>- Polvere e film protettivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posizionare borsa di ghiaccio, avvolta da un telino, sullo stoma per un tempo non maggiore di venti minuti ad intervalli da 60 a 90 minuti</li> <li>- Misurare con le dime il diametro della stomia e</li> <li>- Ritagliare la sacca del diametro rilevato</li> <li>- Applicare presidio con la tecnica prevista nel protocollo pulizia dello stoma</li>   <li>- Praticare l'emostasi per tamponamento, dopo qualche minuto applicare borsa di ghiaccio per un tempo massimo di 20 minuti</li> <li>- Somministrare terapia anticoagulante dietro prescrizione medica</li>   <li>- Livellare la zona peristomale con paste protettive</li> <li>- Posizionare presidio con barriera autoportante convessa</li> <li>- Eseguire tecnica di irrigazione come da protocollo</li> </ul>	<p>Diametro dello stoma ridotto = riduzione dell'edema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ridotta emorragia</li> <li>- Parametri vitali nella norma</li>   <li>- Slivellamento ridotto</li> <li>- Buona riabilitazione enterostomale</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasta protettiva</li> <li>- Placca più sacca</li> <li>- Occorrente necessario per medicazione ascesso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controllare drenaggio chirurgico della raccolta</li> <li>- Medicare due volte al dì l'ascesso con lavaggio e zaffatura della cavità, dietro indicazione medica</li> <li>- Applicare le placche protettive per isolare la parte drenata dalle deiezioni utilizzando la pasta riempitiva-protettiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione della suppurazione</li> <li>- Assenza di fistola, descesa dello stoma, stenosi nei successivi controlli ambulatoriali</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------