

MATERIALE DIDATTICO AD ESCLUSIVO USO INTERNO

LABORATORIO INFERMIERISTICO IN AMBITO SPECIALISTICO II° ANNO DI CORSO CdL in INFERMIERISTICA

Docente dott.ssa Luisa BERTIZZOLO

IL BISOGNO DI ELIMINAZIONE INTESTINALE

LE STOMIE

Sono il risultato di un intervento chirurgico mediante il quale viene creata un'apertura sulla parete addominale (chiamata appunto stomia o stoma), che raccorda un tratto di intestino o del sistema urinario, con l'esterno.

I tipi di stomie che vengono praticati sono diversi fra loro, e di norma prendono il nome del tratto di intestino o dell'apparato urinario, con cui sono costituite. Ricordiamo che tutte le stomie modificano, in forma diversa, sia la funzione intestinale che quella urinaria.

La stomia si presenta con caratteristiche simili alla mucosa della bocca: umida, lucida e di colore rosso; non è dotata di terminazioni nervose, di conseguenza non provoca dolore, e non c'è controllo nell'emissione di feci o di urine. Essendo una zona molto vascolarizzata, può sanguinare lievemente ma anche abbondantemente se irritata o sfregata durante le manovre di sostituzione del presidio o durante le pratiche igieniche.

Ogni anno vengono effettuati nel mondo decine di migliaia di interventi che prevedono il confezionamento di una stomia, e le persone stomizzate, che attualmente conducono una vita regolare ed attiva, sono centinaia di migliaia: ogni giorno potreste incontrarli senza riconoscerli tra impiegati, professionisti, artigiani, artisti, pensionati; tutte queste persone hanno ripreso le loro normali attività e vivono qualitativamente come prima di essere sottoposti all'intervento chirurgico.

L'infermiere con il suo appoggio e con il suo coinvolgimento, aiuta la persona e/o i care-giver, a riacquistare autonomia e sicurezza, e a vivere una vita indipendente e di qualità.

L'infermiere, per le sue conoscenze e competenze, è direttamente coinvolto nelle fasi pre, intra e post-operatoria della persona stomizzata, e nel successivo percorso riabilitativo.

LE STOMIE INTESTINALI

Le condizioni cliniche che possono rendere necessario il confezionamento di una stomia addominale sono:

- ◆ Neoplasie del colon e del retto;
- ◆ Malattie infiammatorie dell'apparato gastroenterico (Morbo di Chron, Rettocolite ulcerosa);
- ◆ Malattia diverticolare colica complicata;
- ◆ Poliposi dell'apparato gastroenterico (poliposi familiare);
- ◆ Malformazioni ano-rettali neonatali;
- ◆ Traumi.

Le principali STOMIE INTESTINALI sono: l'ILEOSTOMIA, la CECOSTOMIA, la TRAVERSOSTOMIA e la SIGMOIDOSTOMIA.

Nell'ILEOSTOMIA lo stoma viene realizzato fissando, temporaneamente o definitivamente, l'ileo alla parete addominale, nella regione addominale inferiore destra; le principali indicazioni al suo confezionamento riguardano la deviazione temporanea o definitiva del transito intestinale; il contenuto emesso si presenterà fluido e ricco di enzimi digestivi irritanti per la cute.

La CECOSTOMIA O COLOSTOMIA DESTRA, pur interessando il colon, presenta le stesse caratteristiche dell'ileostomia.

La TRASVERSOSTOMIA, conosciuta anche come colostomia traversa, è un tipo di stomia molto spesso temporanea; è localizzata di norma nella regione centrale dell'addome, in modo da formare due stomi vicini.

Infine ricordiamo la SIGMOIDOSTOMIA O COLOSTOMIA SINISTRA che è localizzata nella regione inferiore dell'addome. E' la stomia temporanea o definitiva più comune e comporta l'asportazione di una parte del retto e la fissazione del colon discendente alla parete addominale. Le feci evacuate sono formate e del tutto simili a quelle emesse dalla persona prima dell'intervento.

L'ESAME ENDOSCOPICO

Gli esami endoscopici sono di fatto gli strumenti preventivi più utilizzati e importanti nella prevenzione al cancro del colon.

La PANCOLONSCOPIA è un esame diagnostico, ben tollerato ma a volte piuttosto fastidioso per la persona sottoposta a questo tipo di indagine, durante il quale l'endoscopio viene fatto avanzare dal medico endoscopista in collaborazione con l'infermiere, per circa 180 cm attraverso l'ano, fino a raggiungere la valvola ileo-cecale. A volte l'esame è mirato ad esplorare solo il retto e il sigma, parliamo quindi di RETTOSIGMOIDOSCOPIA, in quest'ultimo caso il medico sospende l'introduzione dello strumento a 65 cm circa dal margine anale.

Entrambi gli esami endoscopici sono mirati ad individuare l'eventuale presenza di anomalie all'interno del tratto intestinale esplorato, come la presenza di malattie infiammatorie, polipi, diverticoli o lesioni cancerogene.

Si spera nei prossimi anni di sostituire completamente l'esame endoscopico, semplicemente con l'ingestione di una videocapsula (lunga 31 mm e con diametro di 11 mm), contenente due telecamere, due sorgenti luminose ed un'antenna, in grado di fornire delle immagini nitide della mucosa intestinale, e scoprire per tempo lesioni o alterazioni che potrebbero degenerare in malattie più gravi.

Prima di eseguire gli esami endoscopici sopra citati, la persona dovrà essere sottoposta ad una preparazione, che consiste in una pulizia profonda dell'intestino associando per i tre giorni precedenti una dieta povera di fibre associata a assunzione di più buste di una soluzione lassativa osmotica per bocca.

Ricordiamo che esistono ulteriori esami radiologici o strumentali che vengono utilizzati nella diagnostica delle patologie del tratto gastro-intestinale, come ad esempio la TAC (tomografia assiale computerizzata addominale), rx addome, il tubo digerente, il clisma opaco a doppio contrasto, la RMN, ecc.

LE UROSTOMIE

L'UROSTOMIA consiste nell'abboccare un tratto dell'apparato urinario alla parete dell'addome, permettendo così la deviazione dell'urina all'esterno. Ciò può avvenire direttamente dagli ureteri collegati alla cute, in questo caso parliamo di URETEROCUTANEOSTOMIA (che può essere singola o doppia): la caratteristica di questa tecnica è data dalla necessità di inserire all'interno della stomia urinaria, dei cateterini o stent, per evitarne la chiusura; oppure tramite l'utilizzo di un segmento intestinale opportunamente isolato, denominato URETEROILEOCUTANEOSTOMIA.

La NEFROSTOMIA mette invece in comunicazione il calice o la pelvi renale con l'esterno, tramite un cateterino autostatico.

Da tutte le urostomie l'urina esce in maniera costante e continua.

Nella scelta del tipo di stomia urinaria da confezionare, l'equipe chirurgica prende in considerazione più elementi e cioè:

- ◆ la patologia;
- ◆ l'età e il sesso della persona;
- ◆ le condizioni generali di salute della persona e l'aspettativa di vita.

Fra le patologie, che possono causare il confezionamento di una stomia urinaria, ricordiamo:

- ◆ Idronefrosi;
- ◆ Neoplasie;
- ◆ Perdita irreversibile, e non altrimenti recuperabile, della funzione vescicale (come gravi fistole vescico-vaginali o vescico-rettali, malformazioni congenite, lesioni traumatiche, cistite cronica, etc).

CLASSIFICAZIONE DELLE STOMIE

Le stomie possono essere definite a seconda della durata:

TEMPORANEE: quando si prevede di eliminarle a medio o a lungo termine, ricostituendo la normale continuità gastro-intestinale;

DEFINITIVE: quando rimangono confezionate per sempre, come ad esempio nell'intervento di Amputazione Addomino-Perineale secondo Miles.

Un'altra classificazione definisce la stomia:

TERMINALE: con completa deviazione gassosa e fecale;

LATERALE: con deviazione fecale non totale, anche se viene assicurata la decompressione gassosa;

A CANNA DI FUCILE: o a doppia canna essendo caratterizzata dal confezionamento di due stomi separati, ravvicinati; lo stoma prossimale è quello funzionante, mentre lo stoma distale non ha funzione di eliminazione del contenuto intestinale.

STOMIA SU BACCHETTA

A volte nel confezionamento di una stomia il chirurgo, per prevenire l'affondamento del segmento intestinale abboccato alla parete addominale o il reflusso di materiale fecale, posiziona tra la cute addominale e l'ansa esteriozzata, una bacchetta di plastica (detta baguette) fissata alla cute con alcuni punti di sutura), che viene rimossa indicativamente 21 giorni dopo l'intervento chirurgico. La presenza della bacchetta inizialmente può rendere più difficoltosa la gestione della stomia: in questo caso sarà sicuramente opportuno utilizzare dei presidi sufficientemente grandi, a due pezzi, che evitino qualsiasi trazione sulla bacchetta per evitare che decubiti sul viscere.

MODALITA' DI CONFEZIONAMENTO

Le stomie possono essere confezionate come trattamento chirurgico in urgenza e/o in elezione: comunque esse siano realizzate richiedono esperienza ed accuratezza da parte del chirurgo; infatti la tecnica chirurgica prima e gli errori nella gestione della stomia dopo, possono essere identificati quali cause principali delle complicanze stomali, che vanno ad incidere pesantemente sulla qualità di vita del nostro assistito.

IGIENE ED APPARECCHIATURA DELLE STOMIE INTESTINALI

OBIETTIVI:

Assicurare il massimo confort alla persona e promuovere dove possibile il raggiungimento dell'autonomia della persona nell'effettuare l'igiene della cute peristomale e la sostituzione del presidio; assicurare il mantenimento dell'integrità cutanea peristomale, assicurare l'adesività del presidio e il suo mantenimento in loco.

PROTOCOLLI:

Per soddisfare il bisogno di igiene della cute peristomale utilizzare sempre e solo acqua tiepida potabile, escludendo qualsiasi sostanza irritante come etere, alcool, antisettici per la cute, amuchina, ect.

E' importantissimo che la "prima apparecchiatura" della stomia venga praticata dall'infermiere-enterostomista in sala operatoria, subito dopo l'intervento chirurgico e/o comunque prima che la persona operata esca dalla sala.

Nell'immediato post-operatorio è consigliabile utilizzare presidi a due pezzi, di diametro sufficientemente largo in modo da consentire l'inserimento della bacchetta all'interno della placca, se presente, con sacca trasparente, a fondo aperto, *sprovvista* di filtro per la fuoriuscita dei gas.

Sostituire il presidio dopo 48 ore, se non ci sono indicazioni a farlo prima. Dalla ripresa della canalizzazione e fino alla completa guarigione della ferita chirurgica, sarebbe opportuno utilizzare un sistema di raccolta a due pezzi.

L'infermiere dovrà coinvolgere prima possibile la persona stomizzata e/o i care-givers, per permettere l'acquisizione delle procedure di sostituzione del presidio e delle cure igieniche, assicurandosi che la persona abbia raggiunto la completa abilità nei gesti, prima della dimissione.

Sarà cura dell'infermiere consegnare sempre linee guida e brochure da consultare a domicilio.

TIPOLOGIE DI PRESIDII

La scelta del dispositivo di raccolta dipende dal tipo di stomia confezionata, e dal materiale emesso. A volte nella scelta del presidio, si rende necessario considerare anche la forma della stomia (che si potrebbe presentare rotonda, ovale o irregolare) e dalle caratteristiche anatomiche dello stoma e della parete addominale (utilizzare in questo caso una placca piana o convessa).

Di norma si utilizzano:

- ◆ Sacche a fondo chiuso per colostomie (feci formate);
- ◆ Sacche a fondo aperto per ileostomie (feci liquide e irritanti!);
- ◆ Sacche con sistema di scarico (rubinetto) per urostomia (considerare anche la possibilità di collegare il presidio ad un'apposita sacca di raccolta esterna per permettere alla persona di riposare durante la notte).

I presidi possono essere:

- ◆ Monopezzo dove la sacca e la barriera cutanea sono integrate (offrono massima discrezione, semplicità e flessibilità, e sono disponibili nella versione ritagliabile e/o pretagliata, si sostituiscono una/due volte il giorno);
- ◆ Due pezzi dove la sacca si unisce alla placca mediante una flangia di aggancio (ciò permette la sostituzione della sacca al bisogno almeno una volta al giorno e/o al bisogno, mantenendo in sito la placca, che deve essere sostituita invece ogni due/tre giorni e/o al bisogno).

L'IGIENE STOMALE E PERISTOMALE

Il posto sicuramente più comodo ed ideale, dove provvedere al bisogno di igiene della persona stomizzata è la stanza da bagno, dove verrà conservato il materiale occorrente.

Utilizzare delle spugne morbide o fazzolettini da naso soffici (è sconsigliato l'utilizzo del cotone idrofilo o della carta igienica).

Passati alcuni giorni dall'intervento chirurgico, la persona può immergersi nella vasca da bagno, o se preferisce può lavarsi sotto la doccia.

Lo stoma va asciugato eseguendo delle tamponature, e mai frizionando con forza, per evitare che sanguini.

Il foro della placca deve avere lo stesso diametro dello stoma o al massimo 2-3 mm più grande, per evitare che lesioni o traumatizzi lo stoma; per aiutarci possiamo utilizzare calibratori di vario genere. Con il tempo lo stoma modifica le sue dimensioni: tende a restringersi nei mesi successivi all'intervento chirurgico.

MATERIALE NECESSARIO

- ◆ contenitore con acqua tiepida o acqua corrente della stanza da bagno;
- ◆ sapone neutro;
- ◆ spugnetta o fazzoletti;
- ◆ sacchetto in plastica;
- ◆ forbici punta arrotondata;
- ◆ eventuale foglio guida per verificare diametro stoma (calibratore);
- ◆ un nuovo dispositivo di raccolta;
- ◆ i dispositivi non vanno smaltiti nel water! (alcuni di nuova generazione sì perché sono biodegradabili!).

SEQUENZA DEGLI ATTI

- ◆ lavaggio sociale delle mani;
- ◆ predisporre il materiale;
- ◆ rimuovere il presidio con un movimento dall'alto verso il basso;
- ◆ riporlo in un contenitore;
- ◆ rimuovere eventuali residui di feci;
- ◆ effettuare la detersione della cute peristomale (CON MOVIMENTI CIRCOLARI DALL'ESTERNO VERSO LO STOMA!) con i fazzolettini imbevuti di acqua e passati leggermente con il sapone neutro;
- ◆ risciacquare ed asciugare la cute per permettere adesività del presidio;
- ◆ misurare il diametro con il calibratore;
- ◆ ritagliare il foro della placca delle stesse dimensioni della stomia;
- ◆ rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo;
- ◆ piegare a metà la placca ed appoggiare il margine inferiore del foro al margine inferiore dello stoma;
- ◆ completare l'adesione della placca dal basso verso l'alto, evitando di formare pieghe e tirando eventuali pliche cutanee per permettere alla placca la perfetta adesività;
- ◆ massaggiare la parte adesiva con le dita per alcuni secondi in modo da riscaldarla e permettere una migliore adesività.

CARATTERISTICHE DEL PRESIDIO IDEALE

- ◆ perfetta adesività alla cute;
- ◆ protezione della zona peristomale;
- ◆ assenza di residui alla rimozione;
- ◆ anallergicità;
- ◆ impermeabilità totale agli odori e ai liquidi;

- ◆ silenziosità;
- ◆ discrezione.

DIFFERENZE TRA IL SISTEMA MONOPEZZO ED IL SISTEMA A DUE PEZZI

MONOPEZZO: presenta sicuramente maggiori vantaggi sia per quanto riguarda la praticità, la facilità d'uso, minore visibilità, maggiore vestibilità;

DUE PEZZI: maggiore protezione cutanea (si utilizza ad esempio nel caso di presenza di lesioni cutanee); minore rischio di irritazione cutanea, è il sistema ideale per stomie con effluenti irritanti e pelli molto sensibili.

ACCESSORI

In commercio sono disponibili alcuni prodotti, che possono essere utili alle persone nella gestione quotidiana dello stoma. Tra questi ricordiamo:

LA PASTA che presenta la stessa formulazione del materiale di cui sono costituite le placche, con una leggera componente alcolica, aiuta a livellare la superficie cutanea se presenta irregolarità, protegge la cute peristomale, coadiuvandone la cura se si presenta irritata o lesa;

LA POLVERE anche la polvere contiene la stessa formulazione delle placche, previene l'eventuale sensazione di bruciore provocato dalla pasta, riduce le irritazioni ed assorbe, se prodotto, eventuale essudato, favorendo l'adesività delle placche;

LE SALVIETTINE PROTETTIVE che creano un invisibile film protettivo sulla cute peristomale, preparandola per l'applicazione della placca e/o della sacca monopezzo, proteggendola da eventuali infiltrazioni;

LE SALVIETTINE RIMUOVI ADESIVO che eliminano completamente ogni traccia di adesivo dopo la rimozione della barriera cutanea, assicurando un'applicazione sempre ottimale del dispositivo.

FORNITURA DEI PRESIDI

I presidi per le persone stomizzate, sono erogati gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale; per ottenerli la persona deve recarsi presso il proprio Distretto munito di:

- ◆ lettera di dimissione (redatta dal medico del reparto, dove la persona è stata sottoposta all'intervento),
- ◆ certificazione del medico specialista competente per la menomazione, attestante diagnosi e tipo di presidio,
- ◆ prescrizione del Medico Curante con codice europeo iso, specificando il quantitativo necessario mensile e il periodo di tempo previsto di fornitura.

L'IRRIGAZIONE INTESTINALE

L'irrigazione intestinale consiste in una particolare tecnica riabilitativa atta al recupero della continenza passiva provocata dal confezionamento dello stoma; essa va eseguita regolarmente, di norma ogni 48 ore e consta in un semplice clistere di pulizia praticato attraverso la stomia.

Tecnicamente consiste nell'introduzione di 700-800 ml di acqua tiepida (37°-38° C) attraverso la stomia, e grazie all'azione meccanica dell'acqua, si provoca un'evacuazione massiva ed immediata di feci.

E' indicata in persone portatrici di sigmoidostomia o di colostomia sinistra, indipendentemente se trattasi di stomia definitiva o temporanea, dopo almeno un mese dall'intervento chirurgico.

Prima di procedere verificare eventuali controindicazioni, anche se è sempre necessario avere la **prescrizione del chirurgo che ha eseguito l'intervento.**

E' controindicata nelle persone portatrici di ileostomia, colostomia destra e in presenza di patologie quali le malattie infiammatorie del colon, enteriti post-attiniche, nelle malattie diverticolari.

E' assolutamente controindicata anche in persone inabili fisicamente o psicologicamente.

Il recupero ovviamente è soggettivo ed avviene in tempi variabili; all'inizio la pratica viene eseguita in un centro dedicato, assieme all' infermiere che si occupa di stomaterapia, e una volta raggiunta l'autonomia la persona potrà attuarlo autonomamente a domicilio.

MATERIALE NECESSARIO

Sono disponibili in commercio degli appositi set che contengono:

- sacca per irrigazione,
- cono introduttore,
- pomata lubrificante,
- sacca di raccolta/svuotamento,
- morsetti,
- guanti monouso,
- materiale necessario all' igiene stomale,
- dispositivo di raccolta mini midi o regolare.

Anche il materiale per l'irrigazione viene fornito gratuitamente dal S.S.N.

COMPLICANZE LEGATE ALL'IRRIGAZIONE

- ◆ incontinenza post-irrigazione,
- ◆ piccole perdite di sangue,
- ◆ oppure complicanze più gravi come: dolori intestinali crampi-formi, senso di nausea, non completa evacuazione dell' acqua introdotta con l' irrigazione, nei casi più gravi la persona potrebbe presentare una perforazione intestinale.

L' irrigazione se eseguita correttamente, e se ad essa viene associato un regime alimentare adeguato, i benefici ottenuti dalla persona possono venire ampiamente compensati dall' impegno richiesto permettendo un controllo ottimale delle evacuazioni.

L'infermiere impegnato nel percorso riabilitativo della persona stomizzata, deve tener presenti alcuni fattori importantissimi:

- ◆ di proporre alla persona stomizzata la possibilità di riabilitazione mediante irrigazione quando possibile,
- ◆ considerare gli aspetti psicologici che coinvolgono queste persone,
- ◆ l'operatore deve garantire tempo e disponibilità alla persona che ha preso in carico,
- ◆ garantire la fornitura della campionatura per testare il presidio più adatto per quella persona,
- ◆ **ricorrere quando necessario alla consulenza infermieristica.**

COMPLICANZE STOMALI

Le complicanze stomali determinano un importante peggioramento della qualità di vita della persona stomizzata; importantissimo è riconoscerle precocemente o istruire la persona a farlo.

Le complicanze possono determinare:

- ◆ un reintervento chirurgico,
- ◆ un ritardo nella dimissione,
- ◆ il protrarsi della convalescenza,
- ◆ l'uso di una maggior quantità di presidi.

Dal punto di vista temporale, le complicanze stomali, possono essere definite:

PRECOCI

- Entro 10-12a giornata post operatoria,

TARDIVE

- Dopo la 12a giornata post operatoria.

Fra le principali complicanze ricordiamo: l'edema, la necrosi, la retrazione, il prolasso, le irritazioni cutanee, la stenosi e le ernie parastomali.

BIBLIOGRAFIA:

“L'infermiere tra teoria e prassi, un manuale per la didattica di laboratorio”, Albinelli, Cottafavi, Ferri, ed. Athena, 2008;

“Conoscere le Lesioni Cutanee” prodotto da Convatec- Divisione Bristol-Myers Squibb;

“Gli strumenti operativi per l'Assistenza in Stomaterapia” prodotto da Aioss-Hollister;

“La Stomaterapia” prodotto da B/Braun.