

UROSTOMIE E UROSTOMIZZATI



"La stomia non è un ostacolo alla vita, al rapporto di coppia, alle relazioni sociali, al piacere dell'amicizia, della serenità, dell'attività sportiva, a un lavoro appagante, alla speranza, all'entusiasmo di una vita completa e armoniosa".

PREMESSA

Obiettivo di questa ricerca è illustrare alcuni aspetti dell'assistenza infermieristica alle persone portatrici di urostomia, che riconosce - quale finalità principale - il raggiungimento della massima qualità di vita possibile.

Evitare il confezionamento di un'urostomia con dispositivo protesico esterno rappresenta a tutt'oggi la sfida principale per urologi ed infermieri. Significativo è infatti l'impatto negativo che tali derivazioni comportano sull'immagine corporea della persona assistita, impatto che si manifesta nella diminuzione di tutte le forme di relazione sociale, compresa quella connessa alla sfera sessuale.

Le derivazioni esterne continenti sono il risultato di interventi chirurgici ad elevato rischio operatorio e non scevri da un consistente numero di complicanze. Come per le neovesciche ortotopiche, tali derivazioni necessitano di accurati *follow-up* e di specifici programmi riabilitativi da parte del personale infermieristico, non sempre realizzabili. Rimane pertanto elevata la percentuale di pazienti sottoposti ad urostomia diretta o indiretta non continente, che necessitano di un reinserimento totale nella famiglia, nella società e nel mondo del lavoro.

Il termine stomia deriva dal greco "stoma" e significa bocca, apertura. Nel linguaggio medico significa connessione di un viscere cavo dell'apparato digerente (colostomia, ileostomia) o dell'apparato urinario (urostomia) con la superficie corporea. In Italia oltre 6.000 interventi si concludono con la confezione di una stomia e i soggetti stomizzati viventi nel nostro paese sono circa 35.000.

La riabilitazione degli stomizzati è una realtà complessa che, oltre agli aspetti medici, ha risvolti sociali, educativi ed organizzativi che devono essere considerati dagli operatori sanitari e quindi coinvolge vari specialisti quali medici di base, chirurghi, oncologi, infermieri professionali, enterostomiste ed eventualmente psicologi.

La riabilitazione del paziente portatore di stomia inizia già dalla fase preoperatoria e non si conclude certo con la dimissione del paziente dopo l'intervento. Essa va continuata fino alla completa accettazione della stomia e della conseguente modificazione dell'immagine di sé, al corretto

utilizzo dei presidi protesici e al ritrovamento di un nuovo equilibrio fisico-psico-affettivo che il soggetto può gradualmente raggiungere. La figura dell'infermiere enterostomista è abilitata all'accompagnamento del paziente in questo percorso molto soggettivo e diverso da persona a persona e correlato a fattori molto personali (età, attività lavorativa, attività fisica, stile di coping, assetto familiare, relazioni sociali, ecc.). Gli obiettivi, che il processo riabilitativo del paziente stomizzato si pone, sono principalmente il recupero funzionale, l'accettazione della stomia, l'autonomia nella gestione della stomia, il reinserimento nell'ambito familiare e sociale del soggetto, la prevenzione delle complicanze.

A fronte di ciò è fondamentale l'attivazione delle tempestive procedure per l'erogazione di una assistenza protesica adeguata. Il processo educativo si sviluppa anche attraverso indicazioni igieniche sull'igiene stomale e il corretto utilizzo dei presidi. Ricordiamo che la sacca per stomia può essere monopezzo o a due pezzi, che deve presentare caratteristiche di ottima adesione cutanea, impermeabilità, confezionata con materiale non irritante per la cute, non fruscante, confortevole, di forme e dimensioni adatte (a fondo aperto o chiuso) e con il diametro del foro esattamente corrispondente al diametro della stomia..

Per quel che riguarda l'assistenza protesica occorre fare riferimento al D.M. 332/99 pubblicato sul supplemento ordinario n. 176/L alla G.U. n. 277 del 27/09/99 che determina gli aventi diritto all'assistenza e alla fornitura gratuita dei presidi protesici (sacche per stomia, sacchetti per irrigazione, ecc), le modalità di erogazione, il collaudo e la definizione dei presidi. In ogni caso è l'azienda unità sanitaria locale che, dietro prescrizione dello specialista, autorizza la fornitura dei dispositivi per il periodo indicato dal medico prescrittore, prevedendo idonee modalità di consegna frazionata.

Il miglioramento delle tecniche chirurgiche, la maggiore disponibilità di accessori per stomia, la più approfondita conoscenza dei problemi che questa comporta non sono che una minima parte delle condizioni che determinano l'accettazione della stomia da parte del paziente.

Occorre preparare il paziente, la sua famiglia, il suo ambiente a questo evento.

Il modo in cui una persona vede se stesso o se stessa e si percepisce dal punto di vista di chi l'osserva, può costituire una delle problematiche principali dei pazienti che hanno a che fare con la stomia.

L'informazione è forse una delle cose più importanti per chi deve affrontare una stomia; una risorsa a cui attingere, per avere più sicurezza, più serenità, più fiducia. Informare è il nostro compito come infermieri, unendo alla conoscenza consigli, suggerimenti, nozioni per migliorare la qualità della vita di un futuro stomizzato.

I PRINCIPALI TIPI DI UROSTOMIA

In relazione alla sede di istituzione della stomia si distinguono:

- la nefrostomia;
- la vescicostomia;
- l'uretero-cutaneo-stomia;
- l'uretero-ileo-cutaneo-stomia.

La nefrostomia

Mette in comunicazione il calice o la pelvi renale con l'esterno tramite un catetere autostatico. Si esegue per via chirurgica o percutanea e viene indicata per lo studio delle vie escrettrici, per proteggere le anastomosi da infiltrazioni urinarie in caso di interventi ricostruttivi dopo chirurgia percutanea, in caso di nefrostasi con danno renale secondario ad uropatia ostruttiva, in attesa di risoluzione definitiva, o quando, per le gravi condizioni cliniche del paziente, non è possibile eseguire altro tipo di derivazione.

La cistostomia o vescicostomia

Rappresenta un'alternativa di necessità al cateterismo quando questo risulti controindicato per ostacoli a livello uretrale o patologia tumorale. Trova indicazione anche per il completamento provvisorio nella chirurgia dell'uretra.

Si esegue per via transcutanea in anestesia locale.

L'uretero-cutaneo-stomia

Consiste nell'abboccamento diretto alla cute dell'uretere, isolato in genere nel tratto lombo-iliaco, mono o bilateralmente.

Si avvale dell'uso di cateteri di piccola dimensione o sonde che permettono di mantenere pervio lo sbocco cutaneo.

Sono utilizzati attualmente due tipi di tutori:

1. cateteri con alette in gomma, che si mantengono in sede per ancoraggio e devono essere sostituiti ogni trenta giorni.

2. *stent ureterali a single J*, dotati di un ricciolo che viene ancorato al bacinetto renale



LINEE GUIDA PER L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA, L'APPROCCIO ASSISTENZIALE SPECIFICO E LA CONTINUITA' DI CURA AI SOGGETTI PORTATORI DI STOMIE INTESTINALI ED URINARIE: ANALISI E PROPOSTE DEL GRUPPO INTERAZIENDALE COMPOSTO DA INFERMIERI, STOMATERAPISTI E MEDICI

Il lavoro è frutto della collaborazione dei seguenti professionisti:

Iuri Alloisio -

Marilena Lancellotti (A.O. Desenzano D/G)

Simona Bertoli - Annunciata Gasparotti -

Patrizia Roda (A.O. Mellino Mellini)

Mauro Bergamelli - Eva Contrini - Andrea Pasinetti - Bartolomea Sola (A.O. Spedali Civili)

Arianna Bandera - Elisabetta Gorni (ASL Brescia)

Stella Calatafimi - Antonino Isaia
(Clinica S. Rocco di Franciacorta)
Danila Maculotti (Fondazione Poliambulanza)
Piera Maria Baiguera (Ospedale S. Orsola FBF)
coordinato da: Stefania Beruffi -
Simonetta di Meo
(Dip. Cure Primarie e SITRA - ASL)

Premessa

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

Tutto ciò è fortemente influenzato, in relazione ai progressi ed orientamenti delle tecniche chirurgiche ed ai programmi di politica sanitaria, dalla tendenza a ricoveri sempre più brevi e dalla scelta di confezionare elettivamente stomie temporanee.

La raccolta dei dati e l'analisi dei bisogni nel territorio dell'ASL ha portato ad evidenziare che spesso si presentano delle criticità alla dimissione dalle strutture e nel periodo successivo, legate a:

- limitato utilizzo di procedure di preparazione all'intervento;
- ridotta attenzione all'educazione terapeutica relativa alla gestione della stomia e alle norme igienico-comportamentali correlate;
- ridotta personalizzazione dei percorsi di dimissione e riabilitazione;
- interruzione del percorso assistenziale alla dimissione, con assenza di riferimenti competenti per l'attività di orientamento, consulenza e sostegno alle problematiche assistenziali, psicologiche, burocratiche quando il soggetto è al domicilio;
- vincoli nella prescrizione/fornitura dei presidi, per assistiti con esigenze non costantemente standardizzabili (almeno nel primo periodo) con, in alcuni casi, inadeguato utilizzo delle forniture protesiche a disposizione.

Queste criticità diventano evidenti soprattutto laddove non siano presenti, nelle strutture, ambulatori dedicati e/o infermieri formati in modo specifico.

Il percorso ha visto una prima analisi delle realtà che si occupano dell'assistenza e cura dei soggetti stomizzati, della loro distribuzione territoriale, organizzazione e delle figure professionali coinvolte, attraverso la distribuzione a tutte le strutture di ricovero e cura esistenti nell'ASL di Brescia di un questionario conoscitivo per il censimento delle attività clinico assistenziali rivolte ai pazienti portatori di stomie intestinali ed urinarie.

Successivamente è stato fatto un incontro con tutti i professionisti, medici ed infermieri, direttamente coinvolti nell'assistenza e cura alle persone stomizzate segnalati dalle Aziende di appartenenza e con alcuni rappresentanti di questi si è creato un gruppo interaziendale di lavoro.

L'obiettivo del lavoro nasce dall'esigenza di definire linee guida uniformi per l'assistenza, nel processo di cura dal ricovero, alla dimissione e riabilitazione.

Per raggiungere tale obiettivo il gruppo ha:

- condiviso le criticità del percorso assistenziale e definito gli obiettivi comuni;
- identificato i criteri assistenziali ritenuti vincolanti, suddivisi secondo le fasi assistenziali principali;
- elaborato, in sottogruppi, gli strumenti di supporto al protocollo;
- condiviso, tramite circolazione del documento, il lavoro completo.

PROCESSO ASSISTENZIALE

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

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

1.1 FASE PREOPERATORIA

E' importante che venga identificato l'infermiere di riferimento per il paziente, che si occuperà del:

- Counselling preparatorio all'intervento e agli aspetti immediatamente successivi, con l'obiettivo di instaurare il rapporto di fiducia necessario ad una relazione efficace con il paziente , soddisfare il bisogno di sicurezza e conoscenza e ridurre l'ansia;
- Disegno preoperatorio con l'obiettivo di prevenire le complicanze e facilitare lo stoma care;
- Piano di assistenza tramite cartella/scheda infermieristica con l'obiettivo di esplicitare il progetto assistenziale e garantire la continuità di cura all'interno del team professionale (a tal proposito si allegano i campi ritenuti fondamentali in una cartella infermieristica rivolta al paziente stomizzato).

1.2 FASE POSTOPERATORIA

Far acquisire le capacità pratiche per la cura della stomia è tra gli aspetti fondamentali dell'assistenza postoperatoria, per favorire la gestione attiva, l'indipendenza del soggetto e la capacità di adattamento alla nuova condizione.

Essa deve essere finalizzata:

1) al self care per quanto riguarda:

- Stoma care
- Alimentazione e idratazione adeguate
- Attività fisica
- Abbigliamento
- Prevenzione e riconoscimento delle complicanze

2) alla scelta dei dispositivi di raccolta.

E' in questa fase che si può valutare se il soggetto non è in grado di effettuare autonomamente le attività di cui sopra e necessariamente identificare e coinvolgere il care giver e/o il supporto territoriale (il medico di medicina generale, le Unità di Continuità Multi-dimensionali dell'ASL per l'orientamento/attivazione dei servizi di supporto della rete del territorio che si rendessero eventualmente necessari) in funzione della dimissione.

Il medico di medicina generale dovrebbe sempre essere contattato/informato al momento della dimissione di ogni soggetto stomizzato, autosufficiente e non.

1.3 DIMISSIONE

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

Al soggetto dovrebbero essere forniti degli strumenti di supporto scritti per facilitare l'apprendimento che non devono comunque essere un'alternativa all'effettiva attività educativa, che gli deve essere garantita; parallelamente dovrebbero essergli forniti i riferimenti del tutor/ambulatorio per le eventuali consulenze che si rendessero necessarie.

Strumenti di supporto alla dimissione :

- *valutazione delle conoscenze, da compilarsi da parte del paziente prima della dimissione;*
- *valutazione dell'apprendimento dello stoma care, da compilarsi da parte dell'infermiere tutor prima della dimissione;*
- *indicazioni per il paziente ileo/colo/urostomizzato, da consegnare al paziente alla dimissione;*
- *modello O3 e programma terapeutico, da compilarsi da parte del medico specialista prescrittore autorizzato dall'ASL, ove presente;*

- certificazione dei presidi protesici necessari, *da compilarsi da parte del medico specialista e/o dall'infermiere tutor del caso, per le strutture ove non siano presenti medici specialisti prescrittori autorizzati dall'ASL;*
- fornitura dei presidi protesici, *da utilizzare come riferimento da poter dare al paziente per l'autorizzazione della prescrizione.*

1.4 FOLLOW UP

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

Le funzioni principali per l'infermiere sono identificabili nel:

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

AMBULATORIO PER UROSTOMIZZATI - ENTEROSTOMIZZATI

Per gestire al meglio il processo assistenziale e garantire la continuità di cura necessaria, è opportuno che sia istituito in ogni U.O./Dipartimento un ambulatorio dedicato alle esigenze/problematiche di questi soggetti, con personale medico e infermieristico dedicato (eventualmente da inserire in un percorso formativo specifico, se non ancora effettuato), che possa diventare tutor del processo di assistenza e cura di questi pazienti.

L'ambulatorio è punto di riferimento coordinato ed in grado di affrontare e risolvere i problemi legati alla gestione e alla riabilitazione conseguenti all'intervento subìto.

Al suo interno sono identificabili le seguenti attività infermieristiche:

- counselling pre e post operatorio;
- disegno preoperatorio;
- presentazione e prova degli ausili stomali;
- gestione e cura della stomia e dello stato psico-emotivo nel periodo postoperatorio;
- educazione all'autonomia (self care);
- educazione riguardo il regime alimentare;
- coinvolgimento/addestramento dei familiari;
- esecuzione di procedure amministrative per il percorso di fornitura degli ausili e l'esenzione del ticket;
- sostegno per il reinserimento nel contesto familiare e sociale;
- controlli periodici e verifica delle capacità e abilità del paziente;
- riabilitazione intestinale;
- promozione dell'uso oculato ed appropriato degli ausili protesici;
- lavoro in rete (con specialisti, strutture del territorio, altri ambulatori per stomizzati, gruppi e associazioni).

Ogni struttura dovrebbe valutare come riconoscere e rendicontare le attività infermieristiche svolte all'interno dell'ambulatorio.

FASE DI AVVIAMENTO E VERIFICA

Il progetto è considerato a carattere sperimentale per la durata di un anno, con la previsione di una verifica dell'andamento complessivo e degli strumenti a 6 mesi, tramite un incontro con i professionisti che hanno collaborato all'elaborazione dello stesso.

È prevista una verifica sul singolo paziente alla dimissione tramite lo strumento di verifica dell'apprendimento delle conoscenze e abilità necessarie all'auto cura e una verifica di sistema sul processo tramite la rendicontazione trimestrale del percorso assistenziale pazienti stomizzati.

Protocollo operativo medico infermieristico, elaborato e utilizzato presso U.O. Urologia Ospedale del Delta, elaborato da Finessi Ilenia, Infermiera presso U.O Chirurgia-Urologia Ospedale del Delta.

Gestione urostomie

Premessa:

L'UROSTOMIA è l'abboccamento di un tratto dell'apparato urinario alla parete dell'addome che permette la fuoriuscita dell'urina all'esterno; se gli ureteri sono direttamente collegati alla cute viene detta **URETEROCUTANEOSTOMIA**,

se vi è l'utilizzo di segmenti intestinali adeguatamente isolati, interposti tra gli ureteri e la cute invece viene detta **URETEROILEOCUTANEOSTOMIA**

O

DERIVAZIONE NON CONTINENTE

O BRICKER.

Oggetto:

L'istruzione operativa in oggetto descrive in maniera sistematica l'esecuzione delle irrigazioni a bassa pressione delle **URETROSTOMIE** attraverso dei cateterini o stent che vengono posizionati negli orifizi della stomia per evitarne la chiusura.

Scopo/obiettivo:

Mantenere la cute integra.

Garantire l'adesione del sistema di raccolta e quindi la continenza.

Prevenire l'infiltrazione di secreti e urina al di sotto della placca.

Educare la persona alla gestione e igiene personale della stomia.

Definizioni e sigle:

I.O. = istruzione operativa

O.S.S. = operatore socio sanitario

Materiale Occorrente:

- Sacchetto dei rifiuti
- Carrello servitore

- Sistema di raccolta monopezzo o due pezzi con diametro che sia il più vicino possibile a quello dello stoma, per evitare il più possibile che la pelle peristomale entri a contatto con le urine
- Forbicine a punta ricurva per modellare e tagliare su misura il foro della placca
- Pasta barriera o polvere protettiva
- Garze non sterili o panno di carta da dedicare esclusivamente alla pulizia dello stoma
- Acqua tiepida potabile
- Sapone neutro o di Marsiglia per evitare che saponi troppo forti siano irritanti o provochino dermatiti
- Guanti monouso
- Bacinella reniforme
- Rasoio monouso
- Fiale di fisiologica sterile da 10cc
- Siringhe monouso da 2,5cc
- Mercurio cromo o soluzione di eosina

Descrizione della attività :

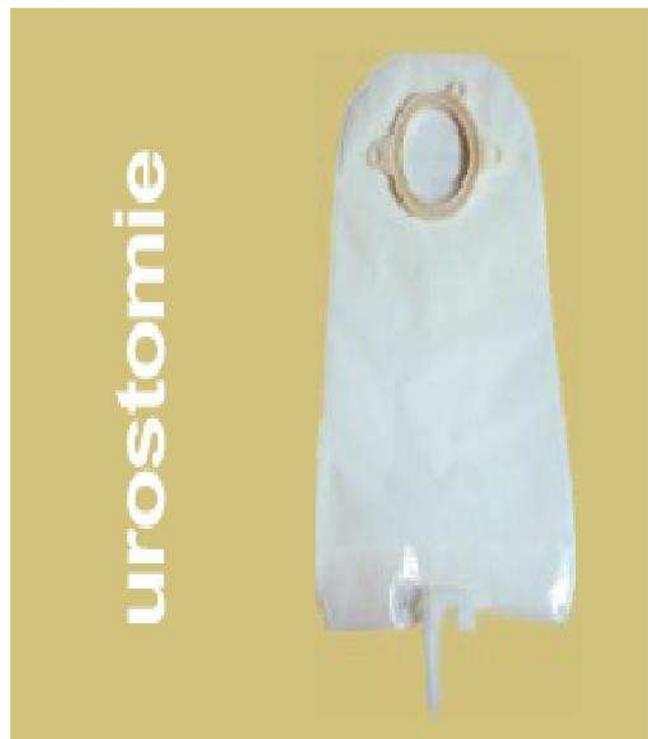


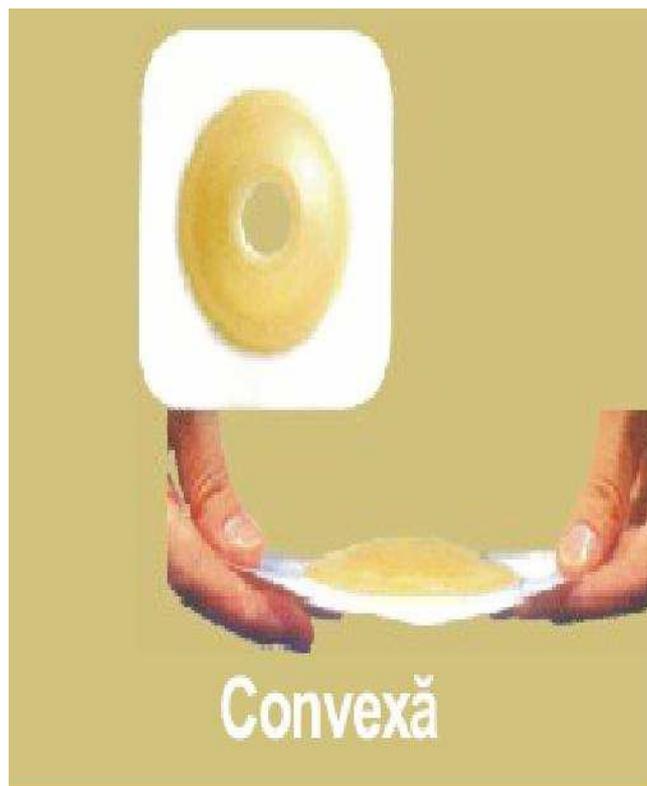
- Informare l'utente e spiegare la prestazione che stiamo compiendo;
- Posizionare l'utente in posizione supina ;
- Lavarsi le mani;
- Indossare i guanti non sterili;
- Svuotare la sacca di raccolta controllando il colore e la quantità delle urine, annotandola poi in grafica;
- Rimuovere il presidio in situ staccando la placca dall'alto verso il basso tenendo con le dita la cute e umidificando, non far fuoriuscire i tutori ureterali se presenti;
- Appoggiare sulla stomia un tampone di garza o di panno carta;
- Detergere la cute peristomale con movimenti circolari partendo dalla giunzione muco cutanea verso l'esterno;

- Il momento del cambio del sacchetto è il momento più adatto al controllo della stomia per verificare la presenza di qualche problema o complicanza;
- Asciugare la cute con panno carta o garza;
- Se presenti peli cutanei nella zona peristomale radere per facilitare l'aderenza della placca o del sacchetto monopezzo;
- Tamponare la cute peristomale con mercurio cromo o eosina;
- Controllare la pervietà dei tutori ureterali e la corretta posizione;
- Se necessario controllare la pervietà dei cateteri uretrali, prima aspirando lentamente con la siringa, poi introducendo nel catetere ureterale 2cc di fisiologica sterile e aspirare nuovamente;
- Rimuovere il tampone di garza o panno carta;
- Asciugare la cute peristomale con salvietta morbida o panno carta senza sfregare, ma tamponando;
- Applicare la pasta barriera o la polvere sulla giunzione muco-cutanea se necessario;

SCEGLIERE SEMPRE IL DIAMETRO DELLA FLANGIA CHE PIU' SI AVVICINA A QUELLO DELLO STOMA...UTILIZZANDO L'APPOSITO MISURATORE...

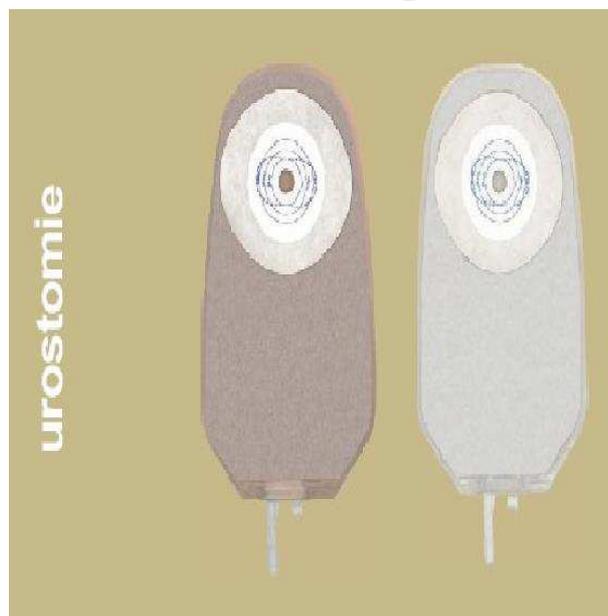
CON SACCA DUE PEZZI





- Rimuovere la pellicola che protegge la placca;
- Introdurre i tutori all'interno del foro della placca;
- Far aderire la placca alla cute con movimenti circolari;
- Introdurre i tutori nella sacca di raccolta;
- Agganciare la sacca di raccolta alla placca;
- Controllare la chiusura del rubinetto di scarico della sacca;
- Completare l'adesione con movimenti dal basso verso l'alto.

CON SACCA MONOPEZZO



- Rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo;
- Introdurre i tutori all'interno della sacca;
- Piegarla a metà la superficie adesiva della sacca;
- Appoggiare il margine inferiore del foro al margine inferiore della stomia;
- Chiudere il rubinetto di scarico della sacca;
- Eliminare i rifiuti;
- Riordinare il materiale.

Durante la notte è preferibile raccordare il sacchetto dell'urostomia ad un sacchetto di raccolta urine da agganciare al letto, per evitare continue sveglie notturne.

**TEMPO PER L'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA:
20 MINUTI**



A cura delle Divisioni:

- Urologia
- Ginecologia



Istituto Europeo di Oncologia
Via Ripamonti, 435 - 20141 MILANO
Comitato Educazione Sanitaria

<http://www.ieo.it>

CED DO 1133 A

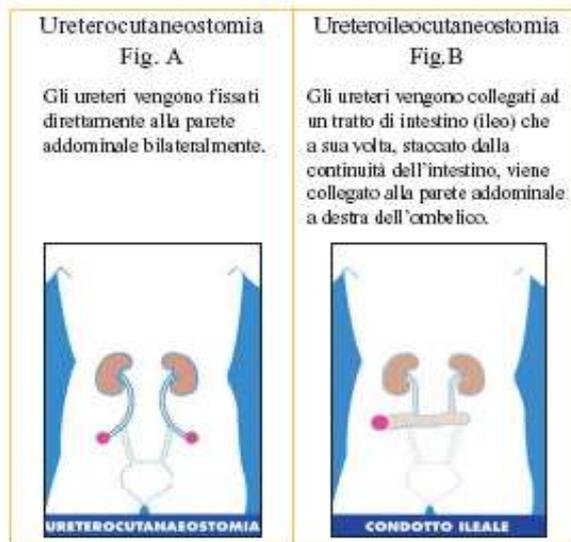
 Our Booklets

Che cos'è un'urostomia

La neoplasia vescicale può richiedere l'asportazione della vescica e la creazione di una diversione urinaria (urostomia), che comporta la fuoriuscita delle urine in modo diverso da quello fisiologico, ciò rende necessario l'impiego di dispositivi di raccolta delle urine (il sacchetto), da dove fuoriesce l'urina senza un controllo volontario.

Tipi di stomie

Le stomie si differenziano a seconda della tipologia di abboccamento degli ureteri alla parete addominale.



La differenza sostanziale tra i due tipi di stomie è che nel caso dell'ureterocutaneostomia il paziente avrà due stomie che determineranno la raccolta delle urine in due sacchetti (una a destra e una a sinistra dell'ombelico) mentre nella ureteroileocutaneostomia il paziente avrà un'unica stomia che convoglierà l'urina in un unico sacchetto (parete addominale

destra). Nei pazienti con ureterocutaneostomia bilaterale, vengono posizionati dei cateteri ureterali che hanno il ruolo di impedire la stenosi (il restringimento) dello stoma. I cateterini vanno sostituiti con una cadenza che dipende dal tipo stesso del catetere.

Tipi di presidi

Un passo importante per la gestione delle stomie è la scelta dei dispositivi di raccolta: l'utilizzo di presidi idonei facilita la ripresa di una vita normale. I sistemi di raccolta a disposizione possono essere di due tipi: sistema monopezzo e sistema due pezzi. Il sistema monopezzo è costituito da un sacchetto a fondo aperto con una superficie adesiva integrata che aderisce direttamente alla pelle. E' un presidio di facile utilizzo, poco ingombrante e che può essere applicato facilmente; l'utilizzo di questo sacchetto è indicato solo quando la cute peristomale è completamente integra poiché la durata di questo presidio è abbastanza limitata nel tempo (infatti bisogna sostituirlo ogni 24 ore) ed è consigliabile quando le condizioni climatiche non determinano una sudorazione profusa della cute.

Il sistema a due pezzi, invece, prevede una placca protettiva munita di flangia di vario diametro ed un sacchetto a fondo aperto anch'esso dotato di flangia; ovviamente il diametro della flangia di placca e sacchetto deve essere lo stesso. La placca viene attaccata alla stomia e può rimanere in sede almeno 72 ore; il sacchetto di raccolta viene sostituito ogni 24 ore.



*sistema a due pezzi
e monopezzo*



Cura e pulizia della stomia

La zona di pelle peristomale è molto delicata e necessita d'attenzioni e cure igieniche particolari ogni giorno: infatti è continuamente esposta a sollecitazioni meccaniche durante il cambio del sacchetto o della placca e ad irritazioni chimiche causate dalle urine.

E' importante occuparsi in prima persona delle cure igieniche della stomia: provvedendo in modo autonomo al cambio del sacchetto e alla pulizia della stomia. Prima di procedere alle cure igieniche, è necessario preparare il materiale occorrente, che consiste in:

- ◆ **DISPOSITIVO DI RACCOLTA** con diametro che sia il più vicino possibile a quello dello stoma, non troppo grande per evitare il più possibile che la pelle peristomale entri a contatto con le urine;
- ◆ **FORBICINE A PUNTA RICURVA** per modellare e tagliare su misura il foro della placca;
- ◆ **SAPONE NEUTRO O DI MARSIGLIA** per evitare che saponi troppo forti siano irritanti o provochino dermatiti;
- ◆ **GARZE MORBIDE O SPUGNETTA** da dedicare esclusivamente alla pulizia della stomia e da rinnovare frequentemente;
- ◆ **SALVIETTA MORBIDA** per asciugare la cute peristomale accuratamente senza sfregare, ma tamponando;
- ◆ **ACQUA CORRENTE**;
- ◆ **UN SACCHETTO PER LA SPAZZATURA.**

Si consiglia di procedere alle operazioni di pulizia in posizione confortevole, possibilmente in bagno. Prima di tutto va rimosso il sacchetto di raccolta e vanno allontanati dalla stomia residui di muco o di urine con carta igienica morbida, mettendo nel sacchetto della spazzatura il materiale di scarto. Il cambio del sacchetto è il momento più adatto al controllo della stomia per verificare la presenza di qualche problema o complicanza.

Si procede poi lavando accuratamente la cute circostante la stomia con acqua tiepida e sapone, utilizzando una spugna morbida. Si risciaqua accuratamente. Una volta pulita bene la zona si asciuga tamponando e, se c'è della peluria, è utile rimuoverla con un rasoio per facilitare l'aderenza della placca o del sacchetto monopezzo alla cute. E' necessario far combaciare il più possibile il foro del sistema di raccolta

con il diametro della stomia. Se si utilizza un sistema a due pezzi viene applicata alla cute prima la placca e su di essa si posiziona il sacchetto, prestando attenzione a che le due flange siano completamente agganciate. Se si usa un sistema monopezzo, bisogna applicare bene alla cute la parte adesiva.

Ad ogni cambio sacca è auspicabile il controllo qualitativo/quantitativo delle urine.

Se si desidera fare una doccia è preferibile effettuarla prima del cambio del sacchetto.

Sono consigliati vestiti comodi che non determinano compressione a livello dello stoma.

Durante la notte è preferibile raccordare il sacchetto dell'urostomia ad un sacchetto di raccolta urine da agganciare al letto, per evitare continue sveglie notturne.

Si ricorda che il sacchetto delle urine non è sterile e quindi risulta privo di fondamento eseguire l'urinocoltura sulle urine raccolte al suo interno.

Indicazioni dietetiche

Nei portatori di urostomia, la nutrizione gioca un ruolo importante. La scelta di una corretta alimentazione ha lo scopo di trovare l'equilibrio che faciliti la ripresa delle forze ed il mantenimento di uno stato di forma ottimale. Vi sono alimenti consigliati che riducono l'odore delle urine quali yogurt e succo di mirtillo. Sono sconsigliati alimenti carichi di spezie, asparagi, cipolla, aglio e cavolfioni che aumentano la produzione di urine acide e con cattivo odore. Importante è che l'apporto idrico sia di almeno 2000 ml al giorno.

Controllare periodicamente il proprio peso mantenendolo possibilmente costante. È consigliabile mantenere una dieta che permetta un buon transito intestinale ed eviti la stitichezza.

Complicanze

Dopo il confezionamento chirurgico di una urostomia, possono verificarsi delle complicanze, le cui cause possono essere ricercate in alterazioni della struttura e della funzione dello stoma (talora legate ad imprecisioni della tecnica chirurgica, talora dovute a una congenita o acquisita lassità

dei tessuti della parete addominale, oppure infine attribuibili ad errori di gestione della stomia).

Alcune complicanze possono insorgere nell'immediato post-operatorio e per monitorizzarle è consigliabile l'utilizzo di sacche trasparenti.

Edema	Nelle prime 24/48 ore si applica la borsa del ghiaccio; si sostituisce il tipo di presidio se non idoneo.
Emorragia intra e peristomale	Si procede con emostasi e posizionamento di borsa del ghiaccio; ove necessario, si ricorrea ad una emostasi chirurgica.
Ischemia e/o necrosi	Sorvegliare l'eventuale comparsa di esiti quali stenosi o distacco dello stoma e curare la cute peristomale con pasta idrocolloidale per creare una barriera di protezione ed evitare l'insorgenza di suppurazione.
Lesioni cutanee e dermatiti	In questo caso è necessario scegliere materiale più idoneo (placche, paste, films protettivi), non utilizzare assolutamente sostanze istolesive, praticare irrigazioni.
Retrazione	Si applicano paste protettive per livellare la zona peristomale; si utilizzano placche convesse e si praticano irrigazioni.
Suppurazione e ascessi	Si applicano placche protettive per isolare la parte drenata e si possono applicare paste riempitive e protettive.
Complicanze da mal posizionamento	Non è una vera e propria complicanza, ma può dare difficoltà di gestione con necessità di utilizzare presidi e ausili protettivi particolari; l'irrigazione può risolvere il problema.
Ernie	Utilizzare presidi con una maggiore adesività e consigliare l'uso della cintura; ove necessario, si ricorrea a intervento chirurgico.
Fistola	Facilitare il drenaggio delle secrezioni, mantenendo sempre deterso il tramite della fistola.
Prolasso	Se di piccole dimensioni insegnare al paziente la tecnica di riduzione e l'utilizzo di presidi adeguati.
Stenosi	Dilatazione progressiva della stomia con dilatatori.



BIBLIOGRAFIA

<http://www.lauriedizioni.com>

<http://www.ieo.it>

<http://www.aiio.it>

(FOGLIO NOTIZIE- IL PAZIENTE PORTATORE DI STOMIA- BRUNA GRASSO)

www.aslbrescia.it

(DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE -SERVIZIO ASSISTENZA PROTESICA E SERVIZI SANITARI COMPLEMENTARI Brescia - DIREZIONE SANITARIA SITRA-Brescia)

<http://www.ipasvife.it>

(INFERMIERE COLLEGIO-ANNO XVII N.3- OTTOBRE 2006)

Procedure per ottenere i presidi del SSN

Durante la degenza vengono forniti i materiali necessari alla gestione della stomia e gli infermieri insegnano come gestirla.

Dopo la dimissione, la prima necessità a domicilio per il paziente è poter disporre gratuitamente dei presidi per la gestione della stomia che si ottengono facendo domanda presso l'ufficio apposito della propria ASL presentando:

- Modello 03 e Programma Terapeutico
- il certificato di residenza in carta semplice;
- la fotocopia del verbale attestante l'invalidità (rilasciato dalla commissione medica per l'invalidità civile) o la certificazione medica relativa all'intervento chirurgico.

I presidi per legge vengono forniti dall'ASL senza alcun onere economico e possono essere ritirati sia nella farmacia ospedaliera della propria ASL che in qualsiasi farmacia pubblica.

I presidi vengono forniti in base al Nomenclatore Tariffario delle Protesi che stabilisce le quantità prescrivibili secondo il piano riabilitativo prescritto dal chirurgo sull'apposito modulo-richiesta. Soprattutto nell'immediato post-intervento e nei primi tempi a domicilio, ogni stomizzato ha esigenze fisiologiche e di apprendistato nella gestione della stomia diverse e, ciò fa sì che alcuni abbiano bisogno di un numero di sacche di raccolta maggiore rispetto a quelli forniti dall'ASL; per questi motivi, l'A.I.STOM. (Associazione Italiana Stomizzati), presente in tutto il territorio nazionale con centri di riabilitazione enterostomale, fornisce assistenza e presidi anche gratuiti integrando così la fornitura del SSN.

Altre informazioni utili per il paziente e per gli operatori vengono fornite dalle "linee verdi" istituite dalle aziende produttrici di presidi e prodotti per il paziente stomizzato, i cui numeri le saranno forniti in sezione ma sono facilmente reperibili sull'elenco dei numeri verdi della Telecom.