

Clinical Best Practice Guidelines

AUGUST 2009

Ostomy Care and Management

Cura e Gestione delle Stomie



Disclaimer

Queste linee guida non sono vincolanti per gli infermieri o le organizzazioni che le utilizzano. Queste linee guida non sono obbligatorie per gli infermieri ed il loro uso dovrebbe essere flessibile per adattarsi ai bisogni degli individui e delle situazioni locali. Esse non costituiscono un dovere o l'esenzione da un dovere. Nonostante sia stato fatto ogni sforzo per assicurare l'accuratezza dei contenuti al momento della pubblicazione, nessuno degli autori né la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) danno garanzie sull'accuratezza delle informazioni in essa contenute né accettano responsabilità rispetto a perdita, danno, infortunio o esborsi derivati da errori od omissioni nei contenuti di questo lavoro.

Copyright

Fatta eccezione per alcune parti, per le quali appare la proibizione o la limitazione di copia, il resto di questo documento può essere riprodotto senza modifiche nella sua interezza e pubblicato in ogni modalità, anche elettronica per scopi formativi o non commerciali. Qualsiasi adattamento del materiale deve essere richiesto alla RNAO.

Deve apparire su tutte le copie la seguente citazione:

Registered Nurses Association of Ontario (2009). **Cura e Gestione delle Stomie**
Toronto, Canada. Registered Nurses Association of Ontario.

Il programma finanziato dal Ministero della Salute e delle Lungo Degenza.

Contatti per le Informazioni
Registered Nurses' Association of Ontario

58 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3 Website:
www.rnao.org/bestpractices

Greetings from Doris Grinspun,

Executive Director Registered Nurses' Association of Ontario

It is with great excitement that the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) presents this guideline, *Ostomy Care and Management*, to the health care community. Evidence-based practice supports the excellence in service that nurses are committed to delivering in our day-to-day practice.



RNAO is delighted to provide this key resource to you.

RNAO offers its heartfelt thanks to the many individuals and institutions that are making our vision for Nursing Best Practice Guidelines (BPGs) a reality: the Government of Ontario for recognizing our ability to lead the program and providing multi-year funding; Irmajean Bajnok, Director, RNAO International Affairs and Best Practice Guidelines (IABPG) Programs, for her expertise and leadership in advancing the production of the BPGs; each and every Team Leader involved, and for this BPG in particular – Kathryn Kozell – for her superb stewardship, commitment and, above all, exquisite expertise. Also thanks to Rishma Nazarali, RNAO's IABPG Program Manager, for her intense work to see that this BPG moved from concept to reality. A special thanks to the BPG Panel – we respect and

value your expertise and volunteer work. To all, we could not have done this without you!

The nursing community, with its commitment and passion for excellence in nursing care, is providing the knowledge and countless hours essential to the development, implementation, evaluation and revision of each guideline. Employers have responded enthusiastically by nominating best practice champions, implementing and evaluating the guidelines and working towards a culture of evidence-based practice.

Successful uptake of these guidelines requires a concerted effort from nurse clinicians and their health care colleagues from other disciplines, from nurse educators in academic and practice settings and from employers. After lodging these guidelines into their minds and hearts, knowledgeable and skillful nurses and nursing students need healthy and supportive work environments to help bring these guidelines to practice actions.

We ask that you share this guideline with members of the interdisciplinary team as there is much to learn from one another. Together, we can ensure that the public receives the best possible care every time they come in contact with us. Let's make them the real winners in this important effort!

A handwritten signature in dark ink, reading "Doris Grinspun". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD(c), O. ONT.
Executive Director
Registered Nurses Association of Ontario



Tavola dei Contenuti

BACKGROUND	Come usare questo documento	6
	Obiettivo e scopo	7
	Sommario delle Raccomandazioni	8
	Interpretazione delle Evidenze	11
	Membri del Panel di Sviluppo	12
	Ringraziamento verso gli Stakeholder	14
	Background	17
RECOMMENDATIONS	Raccomandazioni Core	19
	Raccomandazioni per la pratica	26
	Raccomandazioni per l'Educazione	46
	Raccomandazioni per la Politica e l'Organizzazione	49
	Ricerca di Gaps e Implicazioni Future	52
	Valutazione/Monitorizzazione delle Linee guida	53
	Strategie d'Implementazione	55
	Processo d'Aggiornamento/Revisione delle linee guida	56
REFERENCES	Lista di Referenze	58
	Bibliografia	64

Appendice A: Glossario dei termini	68
Appendice B: Glossario dei Termini Clinici	69
Appendice C: Processo di sviluppo delle Linee Guida	77
Appendice D: Processo di Revisione Sistematica/Strategia di Ricerca	78
Appendice E: Semplice Record per l’Insegnamento della Gestione della Stomia	81
Appendice F: Informazioni sulla Sessualità	84
Appendice G: Semplice Form per la Valutazione	85
Appendice H: Farmaci e Funzioni della Stomia	88
Appendice I: Punti per la Gestione Nutrizionale in Ostomy Care	94
Appendice J: Foglio per l’Insegnamento delle gestione della stomia	98
Appendice K: Capitolo dell’Ontario, United Ostomy Association of Canada	103
Appendice L: Informazioni Risorsa	104
Appendice M: Form per la Cura della Stomia	108
Appendice N: Bisogni speciali e strategie di cura	109
Appendice O: Lista di prodotti per le stomie	110
Appendice P: Contenuto del Programma Educazionale Stomizzati per erogatori di cure	112
Appendice Q: Erikson’s Developmental Stages	115
Appendice R: Programmi Istruttivi Riconosciuti	116
Appendice S: Carta dei Diritti degli Stomizzati	117
Appendice T: Descrizione del ToolKit	118

Come Usare questo Documento

Questa linea guida di miglior pratica infermieristica è un documento che fornisce le necessarie risorse per il supporto della pratica infermieristica basata sulle evidenze. Il documento richiede la revisione e l'applicazione in base alle specifiche necessità dell'organizzazione o della pratica nei setting di cura, così come il rispetto delle necessità e dei desideri del cliente. Le linee guida non dovrebbero essere applicate come un “il libro di cucina” ma usate come strumento del decision making per l'individualizzazione della cura del cliente. Allo stesso modo è necessario che vi siano strutture e supporti adatti per fornire la miglior cura possibile.

Gli infermieri e gli altri operatori sanitari, gli amministratori che stanno conducendo e facilitando il cambio della pratica, troveranno questo documento prezioso per lo sviluppo di politiche, procedure, protocolli, programmi istruttivi, valutazione, oltre agli strumenti adatti per la documentazione. Si raccomanda di utilizzare le linee guida come una risorsa. Gli infermieri che forniscono le cure dirette al cliente trarranno beneficio nel fare una revisione delle raccomandazioni, dell'evidenza in supporto alle raccomandazioni e del processo che è stato utilizzato per sviluppare la linea guida. È raccomandabile che i setting di cura e gli ambienti lavorativi adattino questa linea guida in modo da renderla “amica” all'uso quotidiano. Questa linea guida può suggerire alcuni formats in modo che vengano sistemati in base alle pratiche locali.

Le organizzazioni che desiderano usare la linea guida possono decidere di farlo in diversi modi:

- a) Valutando la pratica infermieristica e le pratiche sanitarie in vigore, usando le raccomandazioni della linea guida di riferimento.
- b) Identificando le raccomandazioni che indirizzano verso i bisogni individuati o le lacune del servizio.
- c) Organizzando sistematicamente un piano per l'implementazione delle raccomandazioni impiegando gli strumenti e le risorse associate.

Per condividere con Noi la Tua storia contattaci pure. Per fornire aiuti agli individui e alle organizzazioni nell'implementazione delle linee guida di miglior pratica, le risorse per l'implementazione saranno disponibili attraverso il sito web RNAO all'indirizzo www.rnao.org/bestpractices.

Obiettivi e Scopi

Le linee guida di miglior pratica sono sviluppate sistematicamente con asserzioni, per assistere gli operatori e i clienti in merito alle decisioni da intraprendere in virtù della cura appropriata (Field & Lohr, 1990).

Gli scopi di questa linea guida sono di assistere gli infermieri nel loro lavoro, nei differenti setting di pratica relativamente alla valutazione e gestione delle persone con colostomie, ileostomie e urostomie, includendo la valutazione e la gestione della cute perilesionale.

La linea guida si focalizzerà su tre aree di cura: pre-operatoria, post-operatoria e il follow up.

Verranno forniti indirizzi per tutti gli individui con stomie, sul continuum di cura, includendo i bisogni della famiglia dei caregiver.

Questa linea guida è intesa per tutti i domini della cura infermieristica, includendo la parte clinica, amministrativa e formativa.



Sommario delle raccomandazioni

Core delle raccomandazioni

Raccomandazioni		Livello delle Evidenze
1.	Sviluppare una relazione terapeutica con il cliente e la famiglia	III
2.	Effettuare una valutazione completa del cliente/famiglia che includa: a) anamnesi e valutazione fisica; b) valutazione psicosociale (coping e adattamento, alterazione dell'immagine corporea, alterata qualità della vita, problemi sessuali e sessualità) e c) norme culturali, spirituali e religiose.	III
3.	Consultare il team interdisciplinare per la valutazione e gli interventi necessari per i clienti o per chi è già portatore di stomie.	IV
4.	Disegnare un piano di cura accettabile tra il cliente/famiglia e operatori sanitari, nel quale si ottimizzi la salute e l'auto efficacia nella gestione della stomia	III

Raccomandazioni Pratiche: Fase Pre-Operatoria

5.	A tutti i pazienti che richiedono l'intervento chirurgico è necessario effettuare una formazione pre-operatoria, anche alla famiglia	Ib
6.	Dovrebbe essere compiuto un segno sul sito in cui viene effettuata la stomia a tutti i clienti che devono sottoporsi alla chirurgia	IIa
7.	Esplorare il potenziale effetto della chirurgia sull'intimità e funzionalità sessuale nei pazienti/partner	Ia
8.	La Muscolo-Terapia Rilassante Progressiva (PMRT) dovrebbe essere proposta a tutti i clienti che subiscono l'intervento chirurgico come parte della normale routine di cura.	Ib

Raccomandazioni Pratiche: Fase Post-Operatoria

9.	Valutare lo stoma immediatamente dopo l'intervento e le condizioni della cute stomale/peristomale con ogni misuratore utilizzando uno strumento per la classificazione validato per monitorare le complicanze	IV
10.	Identificare i fattori di rischio che influenzano le complicazioni stomali e peristomali	III
11.	Rivedere il profilo dei farmaci dei clienti per assicurare che si realizzi il massimo assorbimento e efficacia in relazione al tipo di stomia	IV
12.	Evitare l'inserimento di supposte di glicerina nella colostomia per favorire l'evacuazione	Ib
13.	Dovrebbe essere richiesta una consulenza con un Dietista per i clienti con stomie che sono a rischio o che sviluppano complicanze nutrizionali.	IIa

14.	Preparare il cliente e la famiglia insegnando il minimo di abilità specifiche alle loro necessità prima di dimmetterli dall'ospedale.	IV
15.	Dimettere il paziente e la famiglia con un supporto domiciliare	Ib
16.	Assicurarsi che il piano di cure sia individualizzato ai bisogni del cliente e della famiglia	IV
17.	E' raccomandata una valutazione e un follow up di un infermiere enterostomista (ETN) per il cliente e la famiglia dopo la chirurgia, per diminuire il distress psicologico, per promuovere una qualità di vita ottimale e prevenire le complicazioni.	IIb
18.	Educare il cliente e la famiglia a riconoscere le complicanze che interessano lo stoma e la cute peristomale	IV
19.	L'irrigazione del colon può essere implementata come un metodo sicuro ed efficace per la gestione della colostomia discendente o sigmoidea per clienti adulti selezionati	III

Raccomandazioni Educative

Raccomandazioni		Livello delle Evidenze
20.	L'educazione alla stomia per tutti i livelli degli operatori sanitari dovrebbe essere sistematica, centrata sul cliente, fornita nelle sedi accademiche e sul posto di lavoro	IV
21.	Consultare un ETN per lo sviluppo dei programmi educazionali che individuino gli operatori sanitari, clienti, famiglia e caregivers	IV

Raccomandazioni Politiche e Organizzative

Raccomandazioni		Livello delle Evidenze
22.	Le organizzazioni dovrebbero utilizzare un ETN con riconosciute credenziali per lo sviluppo di politiche e programmi di gestione.	IV
23.	Tutti i clienti con stomie e i loro famigliari dovrebbero avere accesso ad una educazioni completa	IV
24.	Dovrebbe essere posto in essere un meccanismo per il trasferimento delle informazioni tra setting di cura per facilitare l'educazione continua e il supporto clinico al cliente	IV
25.	I setting della pratica devono avere accesso a un team interdisciplinare di professionisti con conoscenze specializzate per indirizzare la qualità nella gestione delle stomie	IV

26.	Le linee guida di miglior pratica possono essere implementate con successo solo dove vi sia un'adeguata pianificazione, risorse, supporti organizzativi e amministrativi così come facilitazioni. Le organizzazioni possono voler sviluppare un piano per l'implementazione che includa: • Una valutazione della prontezza organizzativa e delle barriere all'implementazione, tenendo in considerazione le circostanze locali. • Coinvolgimento di tutti i membri (se in una funzione di supporto diretto o indiretto) che contribuiranno al processo di implementazione • Opportunità di discussione e di educazione per rinforzare l'importanza della miglior pratica • Dedicare un individuo qualificato che fornisca il supporto necessario per l'educazione • Opportunità in itinere per discutere ed educare al rinforzo dell'importanza delle miglior pratiche • Opportunità per riflettere sulle esperienze personali e organizzative nell'implementazione delle linee guida	IV
-----	--	----

Interpretazione delle Evidenze

Ia	Evidenza ottenuta da meta-analisi di revisioni sistematiche o trials randomizzati e controllati
Ib	Evidenza ottenuta da almeno un trial randomizzato e controllato
IIa	Evidenza ottenuta da almeno uno studio ben disegnato senza randomizzazione
IIb	Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio ben disegnato quasi sperimentale, senza randomizzazione
III	Evidenza ottenuta almeno da studi ben disegnati, descrittivi non sperimentali, come studi comparativi, studi correlazionali e studi di casi
IV	Evidenza ottenuta da report di comitati di esperti o opinioni e/o esperienza clinica di autorità rispettate.

Adapted from SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook (2008)

Development Panel Members

Kathryn Kozell, RN, MScN, APN(AC), CETN(c)

Team Leader

Past President, CAET
Coordinator of Quality Initiatives
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Helen Abrams, RD, CNSD

Registered Clinical Dietitian

University Hospital
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Patti Barton, RN, PHN, CETN(c)

Clinical and Education Lead

Specialty ET Services
Toronto, Ontario

Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN

RNAO Champion Facilitator

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Ruth Best, RN, BA, ETN

Skin Wound, Ostomy Nurse Clinician

London Health Sciences Centre
London, Ontario

Karen Bruton, RN, BScN(c), ETN

Clinical Resource Nurse

Northumberland Hills Hospital
Cobourg, Ontario

Helen Fatum, RN, BScN, ETN

Enterostomal Therapist/Patient Educator

North Bay General Hospital
North Bay, Ontario

Louise Forest-Lalande, RN, MEd, ETN

Consulting Manager in Nursing Sciences

CHU Sainte-Justine
Montréal, Québec

Dr. Mikel Gray, RN, PhD, FNP, PNP, CUNP, CCCN, FAANP, FAAN

Professor, Nurse Practitioner

Department of Urology and School of Nursing,
University of Virginia
Charlottesville, Virginia, USA

Connie Lynne Harris, RN, MSc, ETN

Senior Clinical Specialist: Ostomy Wounds

CarePartners
Waterloo, Ontario

Virginia McNaughton, RN, MPA, CETN(c)

Advanced Practice Consultant

Wound, Ostomy, Continence
Saint Elizabeth Health Care
Markham, Ontario

Debbie Miller, RN, BScN, MN, APN(AC), CETN(c)

Ostomy Specialty Practitioner

Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, Ontario

Susan Mills-Zorzes, RN, BScN, MDE, CWOCN, CETN(c)

Director, CAET Enterostomal Therapy Nursing Education Program; Enterostomal Therapy Nurse

St. Joseph's Care Group
Thunder Bay, Ontario

Nancy Parslow, RN, CETN(c)
Wound Specialty Nurse
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, Ontario

Colleen Simpson, RN, BScN
Staff Nurse
Elm Grove Living Centre
Toronto, Ontario

Samantha Mayo, RN, MN
Research Assistant
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Rishma Nazarali, RN, BScN, MN
Program Manager, Best Practice Guidelines
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Catherine Wood, BMOs
Program Assistant
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Declarations of interest and confidentiality were made by all members of the guideline development panel. Further details are available from the Registered Nurses' Association of Ontario.



Ringraziamenti agli Stakeholders

Gli stakeholders rappresentando differenti prospettive fornendo un contributo e un feedback, la RNAO desidera ringraziare le seguenti persone per il contributo nella revisione della Linea Guida:

NAME, CREDENTIALS	TITLE, ORGANIZATION, CITY, PROVINCE
DEBORAH ABNER, RN, BSc, MScN(A), ETN	Enterostomal Therapy Nurse Clinician, MUHC – Royal Victoria Hospital, Montréal, Québec
SYLVIA ALLOY-KOMMUSAAR, RN	Supervisor, Extendicare Van Daele, Sault Ste. Marie, Ontario
JACQUELINE BAPTISTE-SAVOIE, RN, BScN, WOCN, CIC	Wound and Ostomy Nurse Clinician, The Scarborough Hospital, Scarborough, Ontario
JO-ANNE BILLINGS, RN	RN, Ambulatory Care; Primary Nurse, Urology Clinic, The Credit Valley Hospital, Mississauga, Ontario
DI BRACKEN, BA, BED	President, Ostomy Toronto; Immediate Past President, IOA; Past President, UOAC, Ostomy Toronto, Toronto, Ontario
MONA BURROWS, RN(EC), BScN, MSN, PHCNP	Professor, St. Lawrence College/Laurentian University BScN Collaborative Program, Cornwall, Ontario
STEPHANIE CHADWICK, RN, BScN, ET, MSc(C), IIWCC	Wound Care & Ostomy Consultant, St Joseph's Health Centre, Toronto, Ontario
DEBRA CLARKE, RN	Team Leader, 2B, Medical-Surgical, Northumberland Hills Hospital, Cobourg, Ontario
CAROL T. COKER, MSN, ARNP, CWOCN	President/CEO, CTC Healthcare Consulting, Inc., Pembroke Pines, Florida, USA
SUZANNE COLLINS, RN, MS, CWOCN, DAPWCA	Clinical Specialist, Mölnlycke Health Care, Charlotte, North Carolina, USA
LYNN COWDREY-CARROLL, MSW, RSW	Surgical Care Social Worker, London Health Sciences Centre, London, Ontario
GAIL CREELMAN, RN, ET	Enterostomal Therapist, IWK Health Centre, Halifax, Nova Scotia
HEIDI H. CROSS, RN, MSN, FNP-BC, CWOCN	Wound & Ostomy Nurse Practitioner, SUNY Upstate Medical University Hospital, Syracuse, New York, USA
MIKE D'ORAZIO, ET, MMGT	Owner-Consultant, Ostomy Associates, Broomall, Pennsylvania, USA
MICHELLE DAGLORIA, RN	Clinical Educator, Professional Practice Lead, Medicine, Guelph General Hospital, Guelph, Ontario
BARBARA DALE, RN, CWOCN, CHHN	Director of Wound Care, Quality Home Health, Livingston, Tennessee, USA

DIANE GRÉGOIRE, RN, ET, BScN, MScN	Spina Bifida Coordinator, Children's Hospital of Eastern Ontario Ottawa, Ontario
LISA HEGLER, RN, BSN, CWOCN	Enterostomal Therapist Nurse, Providence Health (St. Paul's Hospital), Vancouver, British Columbia
KELLY HERON, RN, BScN, CWCN, COCN, ET	Clinical Practice Manager – Surgery, Enterostomal Therapist, Windsor Regional Hospital, Windsor, Ontario
JO HOEFLOK, RN, BSN, MA, ET, CGN(C)	Advanced Practice Nurse, Gastroenterology/General Surgery St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario
JENNIFER HUITSON, RN, BScN, MDE	Surgical Educator, Ross Memorial Hospital, Lindsay, Ontario
NATHAN KELLY, BScN STUDENT	Student, Brock University, St. Catharines, Ontario
RHODA KELLY-VOOGJARV, RB, BSN, ET	Office Nurse, Dr. Harry M. Voogjarv Medical Professional Corporation, Timmins, Ontario
LORI KING	Consumer Representative, North Bay, Ontario
LISA KIRK, RN, BSN, CWOCN	Registered Nurse, CWOCN, Riley Hospital for Children, Indianapolis, Indiana, USA
ANN KLEIN, RN, BScN, ETN	Wound/Ostomy Specialist, Surgical Services, Southlake Regional Health Centre, Newmarket, Ontario
JANE KORVER, RN, BAS, CWOCN	In-house Wound/Ostomy Nurse, Mercy Medical Center, Cedar Rapids, Iowa, USA
LEE ANN KRAPFL, BSN, RN, CWOCN	Wound/Ostomy Nurse Specialist, Mercy Medical Center, Dubuque, Iowa, USA
LISA C. LYNCH, RN	Team Leader – Surgery Unit, Queensway Carleton Hospital, Ottawa, Ontario
ANTONINI MARIO, ET NURSE	Enterostomal Therapy Nurse, Local Health Authority II Empoli, (Italy), Empoli, Italy
LINA MARTINS, MScN, ET	Clinical Nurse Specialist, Enterostomal Therapy Nurse Skin, Wound, Ostomy Team (SWOT), London Health Sciences Centre, London, Ontario
JOAN A. MCINERNEY, MSN, RN-BC, CWOCN	WOC Nurse Coordinator, NCH Healthcare System, Naples, Florida, USA
ESTRELLA C. MERCURIO, BSN, RN, MA, GNC(C), ET	Care & Service Manager, ParaMed Home Health Care, Toronto, Ontario
FAYE MILITANTE, RN, BSN, ET, CWON	Enterostomal Therapist RN, Providence St. Vincent Medical Center, Portland, Oregon, USA
SUSAN S. MORELLO, BSN, RN, CWOCN, CBN	Clinical Coordinator, Sizewise, Kansas City, Missouri, USA
ELISE NIELSEN, RN, BSN, ET	Clinical Consultant, Wounds/Ostomy, Saint Elizabeth Health Care, Markham, Ontario

LIZA PADILLA, RN, CGN(C), HONS BSc, BScN	Clinical Coordinator, The Ottawa Hospital, Ottawa, Ontario
JOYCE PITTMAN, PhD(C), APRN-BC, CWOCN	Nurse Practitioner/CWOCN, Wound/Ostomy Team, Clarian Health, Indianapolis, Indiana, USA
ROSE RAIZMAN, RN, BScN, MSC, ET	Clinical Nurse Specialist; Enterostomal Therapist, York Central Hospital, Richmond Hill, Ontario
VALERIE J. RZEPKA, RN, BScN, MSc	Nursing Policy Analyst, Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, Ontario
CONNIE SCHULZ, RN, BN(C), ETN	Clinical Specialist/Wound & Ostomy, The Ottawa Hospital – General Campus, Ottawa, Ontario
FAELYNNE SONKE, RN, BScN, CPN(C)	Inpatient Surgical Clinical Manager, Niagara Health System, St. Catharines, Ontario
DIANE ST-CYR, RN, ET, BSc, MED	Enterostomal Therapy Nurse, McGill University Health Centre, Montreal General Hospital Campus, Montréal, Québec
JANE THERIAULT, BSN, RN, CWOCN	Clinical Care Coordinator, University of Michigan Hospital, Ann Arbor, Michigan, USA
KAREN THOMPSON, RN, BScN, MED, CCHN(C)	Clinical Practice Consultant, ParaMed Home Health, London, Ontario
RAMONA TOMSHACK, RN, BSN, CIC, CWOCN, APN-CNS	Infection Preventionist/WOC(ET), Sarah Bush Lincoln Health Center, Mattoon, Illinois, USA
GWEN B. TURNBULL, RN, BS, ET	Consultant, Clearwater, Florida, USA
NANCY S. WALSH, RN, BS, CWOCN	Manager of Nursing Initiatives, Danbury Hospital, Danbury, Connecticut, USA
KAREN WITKOWSKI, RN, BScN, ET	Nurse Clinician/Enterostomal Therapy, Trillium Health Centre, Mississauga, Ontario
LAUREN WOLFE, RN, BSN, CWOCN	CWOCN, Richmond Hospital, Minoru Residence and Lions Manor (Vancouver Coastal Health Authority), Richmond, British Columbia
BONITA YARJAU, RN, BN, ET	Coordinator, Enterostomal Therapy Program, Health Sciences Centre, Winnipeg, Manitoba
MARY M. YODER, RN, MSN, CWON	Wound and Ostomy Consultant, Arkansas Valley Regional Medical Center, La Junta, Colorado, USA

Background

La stomia è relativa ad una procedura chirurgica che determina la fuoriuscita di feci ed urina da uno stoma addominale. Le principali stomie sono la colostomia e l'ileostomia per le feci e l'urostomia per l'urina. Queste procedure sono effettuate in tutti i gruppi d'età, dai neonati agli anziani. Statistiche in merito alla esatta frequenza di stomie in Canada non sono disponibili, comunque uno studio cross-sectional condotto da un gruppo di ricerca privato nel 1999 - 2000 rileva che approssimativamente 13,000 stomie sono state compiute in questo periodo.

Le province che riportano il maggior numero di procedure furono rispettivamente; Ontario, Quebec e British Columbia. Le principali sono colostomie (55%) seguite dalle ileostomie (31%), urostomie (14%). Le stomie possono essere permanenti o temporanee ed essere confezionate per un numero di patologie come: cancro coloretale (36%) malattia infiammatoria dell'intestino (15%), cancro della vescica (12%), diverticoliti (11%), coliti necrotizzanti, anomalie congenite, megacolon e altri cancri e condizioni come le occlusioni, perforazioni e trauma (The Oryx Group, 2001). Il cancro coloretale che determina il confezionamento di stomie è più frequente nei maschi, mentre le stomie confezionate per il cancro addominale sono più frequenti nelle donne. Le urostomie confezionate per il cancro della vescica sono predominanti nei maschi, le stomie relative a malattie infiammatorie come la rettocolite ulcerosa e il morbo di Chron, sono presenti in ugual misura nei maschi e nelle femmine (Colwell, Goldberg & Carmel, 2004).

Il profilo della cura sanitaria in Canada è cambiato drammaticamente. La popolazione anziana, l'aumento dell'incidenza della patologia neoplastica (Canadian Cancer Society/National Cancer Institute of Canada, 2008) e l'aumentata richiesta di cure multiple e di diagnosi simultanee, determina cure a "lungo termine". L'Health Council of Canada ha focalizzato l'attenzione sulla prevenzione e gestione delle condizioni croniche per incoraggiare la discussione sulle modifiche della politica pubblica, gestione della sanità, erogazione dei servizi sanitari per il miglioramento degli outcomes sanitari per i canadesi (Broemeling et al., 2008). Le condizioni croniche affliggono almeno un terzo dei canadesi e questa percentuale aumenta con l'età. Molte diagnosi associate alle stomie sono croniche, i clienti con stomie, formano parte del profilo di queste condizioni, siano esse temporanee o permanenti.

In tutti i settings, dagli acuti alle cure a lungo termine/residenziali o domiciliari, un cliente con stomie richiede cure e gestione specializzate che promuovano l'indipendenza e la qualità della vita per i clienti, famiglia e caregivers. In Canada, un infermiere enterostomista (ETN) è un infermiere professionale che ha avanzate conoscenze e abilità cliniche riconosciute da un programma educativo certificato nella gestione delle stomie, ferite e incontinenze (March 2007), gli ETN forniscono esperienza clinica e cure di supporto ai clienti e ai membri della famiglia durante l'arco della vita. Attraverso la promozione di uno standard d'eccellenza nella cura della stomia attraverso la consultazione di esperti, educazione e delle migliori pratiche basate sulle evidenze, i clienti beneficiano della consistenza e della continuità dell'erogazione della cura di tutti i membri del team interdisciplinare.

La fornitura di cure specializzate per le stomie incominciano nella fase pre-operatoria, continuando attraverso la fase post-operatoria e nel periodo di riabilitazione – in effetti per tutta la vita del paziente. A causa della natura del cliente che “vive con una stomia per tutta la vita”, la cura e la gestione della stomia è supportata dalla disponibilità di cliniche per pazienti con stomie e agenzie di infermieri di comunità. Attraverso la dimensione dello stoma e della stomia, il trattamento delle complicazioni della cute peristomale, le modifiche nell'applicazione della stomia, l'accesso a prodotti per la stomia, l'assistenza finanziaria, la consultazione dietetica e il supporto emotivo sono solo alcuni dei problemi nella gestione dei problemi sanitari richiesti da un cliente in ogni momento. Il supporto al cliente può essere anche fornito attraverso la United Ostomy Association of Canada (UOAC) che ha 48 sedi in tutto il paese e più di 32.000 membri. La UOAC è “un’organizzazione volontaria dedicata all’assistenza di tutte le persone che stanno affrontando la loro vita con problemi legati alle stomie gastrointestinali o urinarie, fornisce supporto emotivo, istruzione e servizi informativi grazie ai membri, le famiglie, i caregivers associati e il pubblico in generale” (United Ostomy Association of Canada, Personal Communication, September 22, 2008).

Ci sono approssimativamente 250 – 300 ETN (The Canadian Association for Enterostomal Therapy, 2008) in Canada, la domanda eccede ancora la disponibilità per questa specialità infermieristica. Anche se il panel di sviluppo ha fatto il possibile per fornire la miglior ricerca nella stesura delle raccomandazioni, è riconosciuto che la ricerca nel campo delle stomie e la pratica evidence-based è limitata. Perciò, il livello delle evidenze spesso riflette le opinioni degli esperti e le referenze dalla letteratura grigia nei quali le presentazioni di documenti non pubblicati, fogli di opinioni e materiali delle conferenze sono d’esempio (University of British Columbia, Searching for Grey Literature, Accessed July 31, 2008). Gli infermieri professionali e gli altri caregivers che forniscono le cure agli stomizzati saranno in grado di riferirsi e di usare queste linee guida essendo consci che rappresentano le migliori conoscenze nella cura delle stomie reperite in letteratura e l’eccellenza nella cura standard.

Questa linea guida è divisa nella fase pratica in modo da presentare la complessità dei problemi delle cure e i bisogni dei clienti in maniera logica. Il panel di sviluppo vorrebbe far capire ai lettori che la gestione e la cura dei clienti non è lineare e che i bisogni frequentemente cambiano e devono riflettere un piano di cura flessibile e comprensivo. Le fasi rappresentano il tragitto unico del cliente e spesso si sovrappongono.

Raccomandazioni core

Le raccomandazioni core sono quelle che forniscono una guida sul continuum della cura, nel periodo pre-operatorio, post-operatorio e ogni interazione con il cliente.

RACCOMANDAZIONE 1

Sviluppare una relazione terapeutica con il cliente e la famiglia

Livello dell'evidenza III

Discussione dell'evidenza

Una relazione terapeutica è fondata da un processo interpersonale che avviene tra l'infermiere e il cliente/famiglia. La relazione terapeutica è decisa e diretta verso una meta per l'avanzamento dei migliori interessi del cliente. (RNAO, 2002).

Le organizzazioni infermieristiche professionali hanno identificato che la relazione terapeutica o d'aiuto è un aspetto centrale della cura infermieristica e ha incorporato la qualità della relazione cliente/famiglia in molte dichiarazioni della pratica (College of Nursing, 1999; RNAO, 2002).

Le qualità delle relazioni terapeutiche includono l'ascolto attivo, la fiducia, il rispetto, la genuinità, l'empatia e la risposta ai problemi del cliente (RNAO 2002).

Gli infermieri richiedono specifiche conoscenze sul cliente con una stomia e i suoi bisogni in modo che la relazione sia efficace.

L'infermiere deve sapere che:

- Le condizioni o i processi della malattia hanno un impatto sul cliente.
- La chirurgia può richiedere il confezionamento di una stomia temporanea o permanente
- Tipo di stomie
- Requisiti di cura basati sul bisogno del cliente
- Le conoscenze del cliente e la prospettiva di vita con una stomia
- La rete di supporto disponibile dei famigliari, di altre persone di riferimento e le risorse della comunità.

Le relazioni terapeutiche iniziano nella fase pre-operatoria per stabilire un rapporto e ottenere accurate informazioni sull'interpretazione dei clienti, i loro sentimenti, l'immagine corporea, la chirurgia proposta, la vita a casa, le circostanze famigliari, i ruoli e le relazioni.

Haugen e coll. (2006) utilizzarono la Ostomy Adjustment Scale (OAS) per misurare l'adattamento degli stomizzati a lungo termine in 146 adulti con

colostomie permanenti, ileostomie e urostomie. Il punteggio dell'adattamento sulla OAS era alto quando il cliente cercò aiuto nella formazione nella fase per e post-operatoria. Lo score era anche alto quando l'educazione era fornita da un ETN.

Persson e Larsson (2005) somministrarono un questionario che misurava la soddisfazione della cura dopo la chirurgia di 49 pazienti sottoposti ad intervento. Evidenziarono anche che il ricevere informazioni soddisfacenti riguardo alla cura della stomia era “pesato” come il più importante indicatore di qualità seguito dalla chirurgia. Questi risultati sono simili ad un vecchio studio riportato da Persson e coll. (2005) che comparava predittori o soddisfazioni versus l'insoddisfazione in 91 clienti che subirono l'intervento sei mesi o più della raccolta dati. La soddisfazione era associata all'opportunità di comunicare con l'ETN in merito alle loro situazioni di salute e di vita, e l'insoddisfazione era invece associata con la presenza di complicazioni relative alla stomia e la scarsa opportunità di comunicare con l'ETN in merito ai problemi di vita e di salute.

Marquis, Marrel e Jambon (2003) misurarono la qualità di vita di 4739 clienti sottoposti a chirurgia per una varietà di neoplasie e condizioni non maligne, come le malattie infiammatorie croniche. Gli intervistati che hanno indicato di essere stati curati da un infermiere e che hanno interesse genuino nel rispondere alla domande, dimostravano di avere uno score elevato dell'indice di qualità di vita rispetto a coloro che hanno indicato una scarsa relazione con gli infermieri che si occupavano della loro cura.

Erwin-Toth (1999) riportano un'etnografia di 10 soggetti giovani che raccontarono le loro esperienze con una stomia tra i 6 e i 12 anni. Tutti gli intervistati affermarono che i familiari furono influenti nell'adattamento alla stomia. I genitori vennero individuati come la più importante fonte di supporto e i fratelli come seconda risorsa. I soggetti che furono separati dai genitori riportarono difficoltà nel ritrovare un senso di normalità dopo la chirurgia, non conosciuto dai bambini che vennero assistiti dai genitori e dai fratelli. Tutti gli intervistati riportarono di avere imparato a curare la loro stomia “subito dopo l'intervento” e che i genitori parteciparono attivamente nella gestione della stomia.

Olejnik e coll. (2005) hanno studiato 30 genitori di bambini (sopra i due anni) sottoposti a chirurgia. Tutti ricevettero le istruzioni per la cura dello stoma prima dell'intervento e durante l'iniziale ospedalizzazione, il 93% dei genitori richiamati sostennero di avere ricevuto adeguate informazioni per la cura della stomia durante l'ospedalizzazione, il 53% riportava di avere ricevuto adeguate informazioni nelle 24 ore dopo la chirurgia e un addizionale 40% riportava di avere avuto sufficienti informazioni per la gestione della stomia prima della dimissione.

L'ottantatré per cento dei genitori riferì che la formazione ricevuta dagli infermieri era comprensibile. L'età e il livello d'educazione dei genitori era associato alla probabilità di ricevere appropriate istruzioni dall'infermiere in ambito della cura stomaterapica. I genitori giovani e con un livello di cultura elevato avevano più probabilità di imparare rispetto a genitori più anziani e con minor cultura.

Questi dati suggeriscono che i genitori sono una fonte molto importante per i bambini, per il modo in cui riescono ad imparare e a superare il problema della stomia. I genitori, a turno, contano sugli infermieri per fornire un'iniziale formazione sulla stomia dopo l'intervento chirurgico e la vasta maggioranza (93%) ha imparato con successo a curare le stomie dei bambini già durante il ricovero. I genitori anziani e meno colti probabilmente richiedono un periodo maggiore di formazione rispetto ai genitori giovani e colti.

Queste ricerche forniscono sostanziali evidenze che la formazione di infermieri/clienti nella relazione terapeutica in collaborazione con la consultazione di un ETN è importante per la soddisfazione della cura dopo l'intervento chirurgico, per l'adattamento a lungo termine alla stomia e per imparare le abilità necessarie per l'autogestione della stomia.

RACOMANDAZIONE 2

Effettuare una valutazione completa del cliente/famiglia che includa: a) anamnesi e valutazione fisica; b) valutazione psicosociale (coping, e adattamento, alterazione dell'immagine corporea, alterata qualità della vita, problemi sessuali e sessualità) e c) norme culturali, spirituali e religiose.

Livello dell'evidenza III

Discussione dell'evidenza

a) Valutazione Anamnestica e Fisica

La valutazione anamnestica e fisica pre-operatoria fornisce informazioni che serviranno come dati di fondo per sviluppare un piano di cura completo. Un consensus di esperti suggerisce che tutto ciò dovrebbe includere:

- dati demografici includendo età e sesso
- diagnosi e problemi dei pazienti
- storia dei problemi dei clienti
- prognosi: curativa o palliativa
- piano chirurgico includendo il tipo di stomia (ileostomia, urostomia, colostomia) e aspettative della durata (temporanea, permanente)
- interpretazione delle prospettive chirurgiche dei famigliari e del cliente
- preparazione psicologica del cliente e della famiglia
- interpretazione della vita con una stomia da parte della famiglia e del cliente
- storia sociale includendo l'occupazione, relazioni interpersonali, sessualità, pratiche culturali, spirituali e considerazioni di ordine economico per i supporti necessari alla stomia
- modificazioni fisiche, psicologiche e condizioni dell'ambiente/vita che potrebbero interferire sulla capacità di imparare e sulla autogestione
- la valutazione funzionale dovrebbe basarsi sulle abilità cognitive e psicomotorie necessarie per l'autogestione della stomia, includendo l'identificazione dei pazienti con specifici bisogni fisici come l'alterazione delle capacità (destrezza), vista e udito
- valutazione dell'addome per segnare il punto dove verrà effettuata la stomia

La chirurgia radicale con alterazione dell'eliminazione urinaria e fecale, forzano il cliente ad imparare nuove abilità fisiche in modo da gestire da se stesso la stomia, la fuoriuscita di urine, feci e la cute peristomale (Persson & Helstrom, 2002). I clienti con una nuova stomia devono padroneggiare abilità psicomotorie multiple per rimuovere la sacca, pulire la stomia e la cute peristomale e svuotare le evacuazioni.

b) Valutazione Psicologica

La stomia è associata a multiple sfide psicosociali che influenzano negativamente qualità della vita (QOL) (Gooszen et al., 2000; de Gouveia Santos, Chaves & Kimura, 2006; Holzer et al., 2005; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Ma et al., 2007; Marquis, Marrel & Jambon, 2003; McVey, Madill & Fielding 2001; Nugent et al., 1999; Ross et al., 2007; Scarpa et al., 2004; Wu, Chau & Twinn, 2007). McVey, Madill e Fielding (2001) hanno esplorato le sfide associate alla stomia e alla vita con una stomia usando un disegno misto che includeva interviste semi-strutturate con otto soggetti e la somministrazione di strumenti vari, validati in 16 soggetti addizionali. Identificarono il fenomeno del “diminuito controllo personale” (lowered personal control) come maggiore sfida che le persone stavano affrontando dopo l'intervento chirurgico e durante l'apprendimento dell'adattamento ad una stomia. Il risultato delle ricerche indica che il confezionamento di una stomia e della patologia di base crea una scomoda dipendenza associata a distress emotivo, includendo depressione e ansietà, stimolando strategie difensive multiple. I fattori abilitanti, inclusi la formazione e il supporto da parte degli infermieri e dei famigliari, stimolano il paziente a recuperare un parziale senso d'autonomia. La formazione prima e dopo la chirurgia deve essere un processo costante (Persson & Hellstrom, 2002). Le cure a lungo termine sono inizialmente caratterizzate dal controllo nella cura dello stoma, in seguito dal tentativo di recuperare un senso di normalità riattivando le attività lavorative e sociali. Il desiderio di riguadagnare un senso di normalità emerge anche come maggiore tema di recupero nell'etnografia Erwin-Toth (1999) di giovani adulti che hanno subito interventi in età infantile.

Coping e Adattamento

Reynaud e Meeker (2002) somministrarono la Scala modificata di Jaloweic Coping che consultò 60 metodi di coping in 27 adulti con ileostomie o colostomie con età compresa tra 50 e 84 anni. Le strategie confrontative di coping (affrontare direttamente il problema) che si focalizzano sull'auto-resilienza nella gestione della stomia erano maggiormente utilizzate per adattarsi a vivere con una stomia associata al cancro o a malattie infiammatorie croniche dell'intestino. Carlsson e coll. (2001) ha anche scoperto che uno stile di coping confrontazionale era comunemente impiegato negli studi di 21 soggetti con ileostomie causate da malattie infiammatorie croniche dell'intestino. Wu, Chua e Twinn (2007) somministrarono una versione cinese del SF-36 e la scala Stoma Self-Efficacy a 96 soggetti da due ospedali per acuti in Cina. Scoprirono anche una correlazione positiva tra un'alta autoefficacia e le QOL. De Gouveia Santos, Chaves e Kimura (2006) compararono gli stili di coping in 42 soggetti con stomie temporanee e 72

soggetti con stomie permanenti, usando il Lazarus & Folkman Coping Strategies Inventory e il Ferrans & Powell QOL Inventory. I soggetti con stomie temporanee tendevano ad usare strategie di fuga/evitamento per affrontare il problema della stomia, mentre quelli con stomie permanenti tendevano ad usare uno stile confrontazionale focalizzandosi sulla pianificazione del problem solving e l'auto-resilienza.

Questi dati suggeriscono che i pazienti con stomie devono armonizzarsi con le sfide associate al “diminuito controllo personale”, specialmente durante l'immediato recupero post-operatorio. Le maggiori strategie di coping usate per le sfide psicologiche sono strategie confrontazionali designate e riguadagnare autonomia nella gestione della stomia e nel ristabilire un senso di auto-efficacia. McVey, Madill e Fielding (2001) Reynaud e Meeker (2002) e Wu, Chan e Twinn (2007) osservano che gli interventi infermieristici che consentono ai clienti di aumentare l'autogestione della stomia funzionano come abilitatori per combattere e ristabilire un senso di normalità dopo l'intervento.

Alterazione dell'immagine corporea

L'immagine corporea è definita come la percezione individuale dell'apparenza fisica e delle funzioni fisiche. I clienti con una stomia riportano spesso un'alterazione dell'immagine corporea come diretto risultato della chirurgia (Holzer et al., 2005; Krouse et al., 2007; Marquis, Marrel & Jambon, 2003; Notter & Burnard, 2006; Persson & Helstrom, 2002; Piwonka & Merino, 1999; Ross et al., 2007). Brown e Randle (2005) revisionarono sistematicamente la letteratura notando che le donne riportavano che la stomia era il maggior aspetto negativo della chirurgia. Un'immagine corporea compromessa è associata a sintomi di debolezza, fragilità, mancanza d'attrazione e sensazione di essere stigmatizzati. Persson e Helstrom (2002) riportano uno studio fenomenologico di nove soggetti che enfatizzano lo shock iniziale e il distress emozionale che sperimentano quando visualizzano per la prima volta la stomia. Uno studio classico pone in evidenza che questo problema sostiene che l'alterazione dell'immagine corporea può persistere per più di 10 anni dopo la creazione della stomia (Orbach & Tallent, 1965).

Compromissione della qualità della vita

Le conclusioni dalle ricerche esistenti dimostrano che in seguito al confezionamento di una stomia si ha una iniziale compromissione delle QOL (Gooszen et al., 2000; Holzer et al., 2005; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Ma et al., 2007; Marquis, Marrel & Jambon, 2003; McVey, Madill, & Fielding 2001; Nugent et al., 1999; Ross et al., 2007; Scarpa et al., 2004; Wu, Chau & Twinn, 2007). Marquis, Marrel e Jambon (2003) somministrarono uno strumento di valutazione delle QOL agli intervistati con colostomie, ileostomie e urostomie alle dimissioni e a tre, sei, nove e 12 mesi dopo la dimissione. Le analisi hanno rivelato che lo score delle QOL era elevato durante il primo anno dal confezionamento della stomia, ma le sole differenze statisticamente significative avvennero tra la dimissione e i tre mesi. Ma e coll. (2007) valutarono l'effetto dell'età sulle QOL nei primi 12 mesi seguenti alla stomia in un gruppo di 49 soggetti (età media 64 anni, range 23 – 86 anni) alla dimissione dall'ospedale e ancora tra i 6 e i 12 mesi. Gli adulti di 70 anni e oltre tendono ad avere un'iniziale elevato score delle QOL rispetto ai giovani ma non

sperimentano il graduale guadagno nelle QOL oltre il primo anno dopo l'intervento. Questa ricerca fornisce un razionale suggerendo che la somministrazione di uno strumento specifico o generico sulle QOL è raccomandabile per stabilire l'immediato effetto della chirurgia sulle QOL e per consentire di misurare in modo longitudinale come i pazienti si adattano o vivono con una stomia.

Sessualità e problemi sessuali

Le esistenti ricerche rivelano che i clienti con stomie sperimentano ansietà ed esprimono preoccupazioni sui problemi sessuali (Campo et al., 2003; Carlsson, Berglund & Nordgren, 2001; Cheng, 2001; Erwin-Toth, 1999; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Nordstrom & Nyman, 1991; Nugent et al., 1999; Persson & Hellstrom 2002; Piwonka & Marino, 1999; Prieto, Thorsen & Juul, 2005; Ross et al., 2007; Salter 1992). Le revisioni sistematiche di Brown e Randle (2005) riportano disfunzioni sessuali nel 45% delle persone sottoposte a chirurgia e disfunzioni erettili nel 90% degli uomini sottoposti a cistectomia radicale e urostomia. Richbourg e coll. (2007) sostengono che il 26% dei pazienti con colostomie, il 17% con ileostomie e il 40% di pazienti con urostomie sperimentano problemi sessuali dopo la chirurgia, determinando un tasso di prevalenza di 26% in tutte le persone con stomie. La sessualità è una parte integrale della qualità di vita ed è strettamente collegata all'immagine corporea. Il gruppo di Persson (Persson & Larsson, 2005; Persson et al., 2005) riporta che i problemi infermieristici in merito alle problematiche sessuali dei clienti sono una componente della percezione e della soddisfazione della cura. Questi dati forniscono un razionale per la valutazione dei problemi sessuali dopo l'intervento chirurgico.

c) Norme Culturali, spirituali e religiose.

La Società di Nursing Transculturale definisce la cultura come un'insieme di norme e pratiche di un particolare gruppo che vengono imparate, condivise e che guidano il pensiero, le decisioni e le azioni. Le cure infermieristiche differenti sono definite come approcci variabili necessari per fornire una appropriata cura che incorpori i valori culturali dei clienti, credenze e pratiche inserendo la sensibilità all'ambiente nel quale gli individui possono alla fine ritornare (Leininger, 1991).

La spiritualità è differente dalla religione: la religione è l'istituzione sociale d'appartenenza, credenze, riti e costumi (Zinnbauer et al., 1997) mentre la spiritualità è uno stato personale di benessere, ottimismo, scopo e credenze del significato della vita (Miller & Thoreson, 2003; Zinnbauer et al., 1997). Baldwin e coll. (2008) in uno studio qualitativo, descrivono l'influenza della vita con uno stoma intestinale sulla qualità di vita spirituale usando il City of Hope QOL Ostomy Measure (<http://prc.coh.org/pdf/Quality%20of%20Life%20Ostomy.pdf>). I partecipanti erano limitati a uomini Veterani degli USA e quindi ovviamente, non risultano applicabili alla popolazione normale. Comunque i risultati indicano che le risposte di questi individui variano enormemente sui temi che erano all'interno dei domini spirituali, come il "senso di pace interiore", "sentirsi fiducioso" e la "ragione dell'esistenza" così come la descrizione del supporto nelle attività spirituali come la meditazione, la preghiera o le attività religiose come il recarsi in chiesa o al tempio. Gli autori forniscono due esempi di variabilità significativa

nelle risposte: un individuo nel quartile in alto ripose esprimendo “modifiche positive” come l’opportunità per cambiare la vita in meglio in opposto ad altri intervistati che nel range del quartile in basso descrivevano le procedure chirurgiche una “cosa positiva ma estremamente negativa” che dopo il risveglio assistevano a “che cosa la vita era”.

Molte religioni e fattori spirituali possono influenzare le risposte degli individui alla chirurgia, includendo le credenze religiose, grado di religiosità e specifici costumi spirituali e religiosi osservati nella vita quotidiana. Sono necessarie ulteriori ricerche per capire il nostro grado di conoscenza su come queste riposte possono cambiare dopo la chirurgia (Baldwin et al., 2008).

Holzer e coll. (2005) somministrarono uno strumento validato per le QOL a 257 persone che vivevano con una stomia in 13 località dell’Europa e del Mediterraneo. Anche se le loro ricerche erano designate a valutare le differenze basate sulle regioni geografiche, riportarono che le persone con una eredità culturale Islamica hanno livelli di QOL più bassi che altri intervistati, riguardo alle origini geografiche. Kazu e coll. (2002) studiarono le QOL in 178 pazienti Musulmani che subirono l’intervento chirurgico per il cancro al retto. Una porzione significativamente elevata di soggetti che subirono una resezione addominoperineale con creazione di colostomia si sentivano costretti a interrompere la preghiera e il digiuno rispetto ai soggetti trattati con una resezione che salvava lo sfintere o una resezione anteriore. Comunque, Kuzu e coll. (2002) scoprirono che per gli individui che interrompevano la preghiera nella Moschea o soltanto nel periodo dopo la chirurgia, le attività sociali furono significativamente compromesse rispetto a coloro che continuavano a fare entrambe le cose ($p < 0,05$).

Anche se le esistenti evidenze sono sparse, questi dati suggeriscono che le considerazioni culturali influenzano l’adattamento ad una stomia e che la valutazione dell’eredità culturale del cliente è un’essenziale componente della completa valutazione infermieristica. Raccomandano che gli individui di fede musulmana siano attentamente valutati nel pre e post-operatorio riguardo alle loro alterazioni nella vita religiosa.

RACOMANDAZIONE 3

Consultare il team interdisciplinare per la valutazione e gli interventi necessari per i clienti o per chi è già portatore di stomie.

Livello dell’evidenza IV

Discussione dell’evidenza

La comunicazione efficace tra i membri del team interdisciplinare è essenziale per abilitare i clienti e la famiglia a ricevere informazioni appropriate e consistenti. Per esempio Notter e Burnard (2006) e McVey, Madill e Fielding (2001) difendono il counselling formale o il supporto psicologico prima o dopo l’intervento chirurgico. Tseng e coll. (2004) raccomandano una consultazione continua con i

membri del team medicale oncologico quando i clienti con lo stoma subiscono trattamenti addizionali per tumori maligni come la chemioterapia o la radioterapia. Gray, Colwell e Goldberg (2005) raccomandano di far visitare i pazienti con ernia peristomale dal chirurgo per valutare la fattibilità di un intervento di riparazione.

RACOMANDAZIONE 4

Disegnare un piano di cura accettabile tra il cliente/famiglia e operatori sanitari, nel quale si ottimizzi la salute e l'auto efficacia nella gestione della stomia

Livello dell'evidenza III

Discussione dell'evidenza

In una revisione sistematica di Brown e Randle (2005) c'erano evidenze tra il coinvolgimento dei clienti nel processo di decision-making e un recupero più veloce dovuto alla percezione di controllo. Informazioni, feedback positivo e il supporto degli infermieri aiutava a sviluppare auto-confidenza permettendo così al cliente di essere il protagonista della cura (Brown e Randle, 2005). Piwonka e Merino (1999) scoprirono che la l'autocura è "la più importante variabile predittiva dell'adattamento positivo" nei maschi e femmine.

I clienti e gli infermieri svilupperanno un piano di cura che avrà mete raggiungibili e nelle quali potranno adattarsi, in base ai bisogni dei clienti (Ma e coll., 2007). Gli infermieri necessitano di promuovere e lavorare verso l'auto-indipendenza dei clienti. Consentendo immediatamente ai membri della famiglia di essere coinvolti nelle azioni di pianificazione facilitando l'adattamento dei clienti con una stomia (Brown & Randle, 2005; Pittman et al., 2008; Piwonka & Merino, 1999).

Raccomandazioni pratiche: Fase pre-operatoria

RACOMANDAZIONE 5

A tutti i pazienti che richiedono l'intervento chirurgico è necessario effettuare una formazione pre-operatoria, anche alla famiglia

Livello dell'evidenza Ib

Discussione dell'evidenza

A causa delle modifiche delle tecniche di chirurgia e del diminuito periodo di ospedalizzazione, Colwell e Gray (2007) sostengono che il periodo di insegnamento pre-operatorio è essenziale se il cliente effettua semplici compiti per la gestione della stomia come svuotare e cambiare la sacca dopo la dimissione.

L'aumento delle ospedalizzazioni di breve durata diminuisce il periodo per l'insegnamento e ancora di più importante limita il tempo per consentire ai clienti e alle famiglie di assimilare le conoscenze e le abilità psicomotorie richieste per una gestione di successo della stomia.

Cowell e Gray (2007) revisionarono la letteratura sistematica ed identificarono un singolo trial randomizzato e controllato, una comparazione di studi di coorte (l'assegnamento dei gruppi non è specificato) e studi crociati che valutavano l'efficacia dell'educazione pre-operatoria. Basandosi sulle ricerche di questi studi, conclusero che le limitate evidenze da questi studi suggeriscono che l'educazione pre-operatoria mediante un ETN migliora le QOL e l'acquisizione di abilità durante l'immediato periodo post-operatorio e l'adattamento a lungo termine della stomia.

Chaudari e coll. (2005) comparano un programma strutturato di formazione pre-operatoria erogato in un setting comunitario a un programma tradizionale post-operatorio in setting per acuti in un trial di 42 soggetti sottoposti a colostomia o ileostomia per la gestione del cancro coloretale. Quando furono misurati gli outcomes sei mesi dopo, i soggetti randomizzati nell'intervento di insegnamento pre-operatorio avevano maggiori abilità nel momento in cui dovevano effettuare la sostituzione della sacca, il periodo di degenza era diminuito ed erano necessari meno ricoveri imprevisti comparati ai soggetti che ricevevano un tradizionale intervento educativo.

Hugen, Bliss e Savik (2006) riportarono una ricerca dalla Ostomy Adjustment Scale (OAS), uno strumento validato che misura l'adattamento a lungo termine in un gruppo di 147 partecipanti con stoma permanente. Multi svariati analisi dimostrano che l'insegnamento pre-operatorio insegnato dagli ETN era associato ad alti punteggi sull'OAS indicando positivi adattamenti alla vita con una stomia. Olejnik e coll. (2005) riporta che i genitori con difficoltà iniziali nell'adattamento allo stoma dei loro bambini riferirono che le informazioni fornite dagli infermieri erano percepite come probabilmente più comprensibili e utilizzabili che le informazioni date dai chirurghi.

Queste ricerche forniscono l'evidenza che l'insegnamento pre-operatorio promuove l'acquisizione di abilità a breve termine necessarie e gestire le stomie e suggerisce che questo beneficio esercita un effetto positivo sull'adattamento a lungo termine sullo stoma permanente. Vedi appendice E per in semplice forma per l'insegnamento della gestione della stomia, pre e post-chirurgica.

RACOMANDAZIONE 6

Dovrebbe essere compiuto un segno sul sito in cui viene effettuata la stomia a tutti i clienti che devono sottoporsi alla chirurgia

Livello dell'evidenza IIa

Discussione dell'evidenza

Colwel e Gray (2007) hanno revisionato sistematicamente la letteratura e identificato tre studi che comparano gli outcomes post-operatori nei clienti a cui veniva effettuato il disegno sulla cute dello stoma rispetto a coloro a cui non veniva praticato il segno. Si trattava di uno studio di coorte comparativo non controllato e di due revisioni retrospettive. Park e coll. revisionarono rispettivamente le complicazioni dello stoma in 1616 clienti con stoma intestinale. Una analisi di regressione logistica rivelava che il segno dello stoma pre-operatorio riduceva le complicazioni a livello dello stoma nel post-operatorio. Il segno nei pressi dello stoma è congiuntamente raccomandato dall'American Society of Colorectal Surgeons e dal Wound, Ostomy, Continence Nurses Society (2007).

Il segno dello stoma dovrebbe essere effettuato da un ETN o da un sanitario che è stato formato sui principali segni da effettuare in prossimità dello stoma, consapevole delle implicazioni della cura dello stoma. Per i pazienti pediatrici molte stomie sono create nelle prime ore di vita e compiute in emergenza quindi non possono essere ricoverati prima in chirurgia.

Anche se le evidenze sono limitate, le esistenti ricerche suggeriscono fortemente che il segno dello stoma effettuato da un ETN o da un professionista formato nelle principali procedure riduce le complicazioni stomali e peristomali. Queste evidenze sono aumentate attraverso l'esperienza clinica dei chirurghi e degli ETN, risultando essere una raccomandazione congiunta promulgata dalla Società WOCN e dalla società americana dei chirurghi del colon-retto. Perciò, tutti i clienti sottoposti a chirurgia elettiva che darà luogo alla creazione di uno stoma dovrebbero subire un disegno dello stoma.

RACOMANDAZIONE 7

Esplorare il potenziale effetto della chirurgia sull'intimità e funzionalità sessuale nei pazienti/partner

Livello dell'evidenza Ia

Discussione dell'evidenza

Dopo la chirurgia, che si tratti di una stomia permanente o temporanea, può risultare un profondo impatto sull'intimità e sulla sessualità. Anche se le funzioni sessuali possono essere alterate, la sessualità può non essere distrutta (Junkin & Beitz, 2005). Le alterazioni della sessualità nell'uomo possono essere il risultato del danno del plesso nervoso prostatico e dei nervi autonomici vicini al retto durante la chirurgia coloretale e vescicale che risulta in una perdita della sensibilità e della funzione erettile. Nelle donne ci possono essere danni nervosi, vascolari e danni ai tessuti che determinano dispaurenia, danno alla vagina, alterazione della lubrificazione vaginale, problemi di congestione, riduzione dello spazio vaginale, possibile prolasso del muro della vagina e della vescica (Black, 2004).

In una revisione sistematica condotta da Brown e Randle (2005) risulta che i pazienti si preoccupano per i problemi sessuali, riportando una diminuzione

dell'attrazione sessuale, includendo impotenza e perdita dell'erezione, mentre nelle donne invece compare dispaurenia, secchezza vaginale e perdita del desiderio. Kilic e coll. (2007) esamina gli effetti delle funzioni sessuali causate dalla stomia permanente come risultato della malattia maligna a livello gastrointestinale o dalla sindrome dell'intestino irritabile in 40 pazienti, comparando la loro esperienza con 20 controlli (no stomie). Usano il Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction, le donne avevano un tasso elevato di disfunzioni sessuali rispetto agli uomini. Il tasso di vaginismo e anorgasmia era elevato nel gruppo dei colostomizzati comparato al gruppo degli ileostomizzati e la differenza era statisticamente significativa. L'impotenza diminuisce comunque col tempo, la disfunzione sessuale era maggiormente pronunciata nel gruppo degli stomizzati comparato al gruppo di controllo e quelli con una migliore immagine corporea avevano migliori funzioni sessuali.

In Danimarca alcuni studi hanno comparato pazienti con e senza stomie come risultato della chirurgia sul colon, Ross e coll. (2007) scoprirono che durante i due anni di follow up con interviste sulle funzioni sessuali, sul piacere sessuale e sui problemi sessuali nelle donne, non erano significativamente interessati dalla presenza della stomia, ma i pazienti maschi con stomia avevano problemi sessuali in modo significativamente più elevati, rispetto ai pazienti senza stomia. Symms e coll. (2008) esaminarono la salute sessuale e le QOL tra uomini veterani con una stomia e senza dopo una resezione dell'intestino usando il City of Hope QOL-Ostomy Questionnaire modificato e i focus group. Dei 481 partecipanti, 224 aveva una stomia. I risultati mostrarono che il 44% degli stomizzati che era sessualmente attivo prima della chirurgia divenne inattivo dopo l'intervento, comparato al 17% di quelli senza stomie. Una vasta proporzione di stomizzati cominciò ad avere problemi di erezione dopo l'intervento comparati al controllo (62% vs 27%). Quelli con una stomia che ripresero l'attività sessuale e furono soddisfatti della loro attività godono più della vita, furono maggiormente soddisfatti del loro aspetto, ed ebbero meno interferenze con le attività sociali e l'isolamento, meno difficoltà ad adattarsi alla stomia, migliori relazioni personali e meno interferenza nell'intimità.

Krouse e coll. (2007) inviò al City of Hope un questionario sulle QOL agli individui con una colostomia causata dal cancro o da patologie non maligne. Dei 599 intervistati (la maggior parte avevano il cancro) non c'erano differenze statisticamente significative sulle domande relative alle funzioni sessuali tra entrambi i gruppi. Metà dei partecipanti in entrambi i gruppi non aveva relazioni sessuali dopo l'intervento. La disfunzione erettile avveniva nel 79% dei pazienti con cancro e nel 76% nel gruppo senza neoplasie. Cheng (2001) adattò la scala del QOL per determinare quali fattori potessero influenzare le QOL dei pazienti con colostomia ad Hong Kong: il 28% dei partecipanti affermò che non avevano rapporti sessuali a causa dell'età, dolore alla ferita, paura di danneggiare lo stoma o impotenza post-operatoria. Nugent e coll. (1999) mandò un questionario a pazienti con stomie (250 con colostomie, 141 con ileostomie): il 43% dei pazienti con colostomia che rispose, aveva problemi con la vita sessuale, il 17% era impotente (20% era impotente prima dell'intervento); il 45% dei pazienti con ileostomie rispose che aveva problemi sessuali, il 32% era impotente. Di 19 femmine, 15 soffrivano di dispaurenia (due avevano questo problema prima dell'intervento).

Anche se la maggior parte della letteratura dei dati si focalizzava sugli individui sottoposti a chirurgia, anche i partners possono subire un notevole impatto. Persson e coll. (2004) esplorarono la percezione delle spose sulla vita con un partner a cui è stato diagnostico un carcinoma coloretale che causava il confezionamento di una stomia. Nove spose furono intervistate durante le sessioni di due focus group. Emersero 5 temi da questi studi, uno dei quali includeva “le alterazioni corporee”. Le spose affermarono che le loro relazioni cambiarono, sentendosi inibite nell'intimità e riferendo problemi relazionali.

Gli operatori sanitari hanno l'obbligo di fornire un indirizzo alla salute sessuale e ai problemi d'intimità dei clienti (Symms e coll., 2008). Per gli infermieri che devono erogare una cura olistica completa, la sessualità e la salute sessuale devono essere incluse nel piano di cura (Junkin & Beitz, 2005). Persson e Larsson (2005) hanno esaminato la percezione dei pazienti alla stomia su numerosi problemi nella qualità della cura in uno studio prospettico e descrittivo. La maggior parte degli intervistati sente che i temi in merito alla partecipazione era importante, comunque il 74% di coloro che aveva una colostomia e il 53% di coloro che aveva una ileostomia erano scontenti di poter parlare della loro vita sessuale con un ETN. Le spose lamentarono scarse informazioni da parte dei caregivers circa i problemi sessuali causati dalla chirurgia (Persson e coll., 2004). Kilic e coll. (2007) esaminarono l'effetto delle funzioni sessuali causate da una stomia permanente dovute a patologie maligne del tratto gastrointestinale o malattie infiammatorie intestinali su 40 individui, comparando la loro esperienza con 20 controlli (no stomie). Usando il Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction, il 40% dei pazienti stomizzati non pensava di essere adeguatamente informato in merito alla chirurgia e sugli outcome.

Gli infermieri necessitano di educazione su come valutare e gestire le domande sulla sessualità in modo da fornire informazioni, supporto e consigli pratici efficaci per i pazienti con una stomia (Persson et al., 2005; Symms et al., 2008). Necessitano di conoscere il tipo di intervento e l'effetto che può avere sui pazienti per sapere quando inviare il paziente per un aiuto addizionale e per capire le limitazioni nel discutere sui problemi sessuali (Black, 2004). Il modello PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestion and Intensive Therapy) come citato da Junkin e Beitz (2005) è una struttura per gli infermieri e altri operatori sanitari da seguire quando si valuta e si determinano gli interventi relativi alla salute sessuale. Fornire il permesso ai clienti/partner di discutere dell'intimità e della sessualità è una cosa critica. Procurare informazioni e specifici suggerimenti su come indirizzare i problemi dei clienti è all'interno dello scopo della pratica, purché si abbiano solide conoscenze di base e livello di comfort per fornire supporto ai clienti.

Per i clienti che richiedono maggiore aiuto (terapia intensiva) è necessario che vengano indirizzati a specialisti (psicoterapisti, sessuologi). In uno studio che esamina l'impatto delle visite domiciliari durante un periodo di sei mesi, i pazienti vennero seguiti mensilmente o (gruppo sperimentale) a tre e sei mesi (gruppo di controllo). Non vi fu diminuzione dei problemi sessuali tra i gruppi (Addis, 2003). Venne ipotizzato che questa mancanza di successo potesse risultare dalla difficoltà di discutere dei problemi sessuali nella società Turca e/o i ricercatori erano in grado di fornire specifici consigli in merito alle difficoltà sessuali.

La chirurgia stomaterapica può interessare significativamente le funzioni sessuali, impattando i rapporti intimi e le relazioni, non solo per i clienti ma anche nei partners. L'opportunità di ascoltare, supportare ed incoraggiare un dialogo aperto con i clienti e i loro partner è un aspetto critico. Vedi Appendice F per ulteriori spunti sulla sessualità.

RACOMANDAZIONE 8

La Muscolo-Terapia Rilassante Progressiva (PMRT) dovrebbe essere proposta a tutti i clienti che subiscono l'intervento chirurgico come parte della normale routine di cura.

Livello dell'evidenza Ib

Discussione dell'evidenza

La PMRT è una terapia comportamentale basata sul progressivo rilassamento di 10 muscoli maggiori e sul controllo della respirazione. Cheung, Molassiotis e Chang (2003) comparano il livello d'ansietà e le QOL in un trial randomizzato controllato di 59 soggetti. I soggetti randomizzati nel gruppo di controllo ricevevano cure tradizionali dopo la chirurgia e quelli del gruppo di sperimentazione ricevevano la cura tradizionale più la PMRT, incominciando dal post-operatorio, in quinta giornata. I soggetti randomizzati con la PMRT hanno significativamente minor ansia e alti livelli di score delle QOL su un generico QOL dopo 10 settimane. Non furono riportati effetti collaterali. Queste ricerche supportano l'uso della PMRT per i clienti sottoposti a chirurgia iniziando nel post-operatorio, in quinta giornata come un mezzo per migliorare le QOL e ridurre l'ansia durante le prime fasi del post-operatorio dopo il confezionamento della stomia. Sono necessarie ulteriori ricerche su questa e altre terapie comportamentali per il miglioramento delle QOL e la riduzione dell'ansietà in questa popolazione.

Raccomandazioni pratiche: Fase post-Operatoria

RACOMANDAZIONE 9

Valutare lo stoma immediatamente dopo l'intervento e le condizioni della cute stomale/peristomale con ogni misuratore utilizzando uno strumento per la classificazione validato per monitorare le complicanze

Livello dell'evidenza IV

Discussione dell'evidenza

Lo stoma e la cute peristomale necessitano di essere valutate immediatamente dopo il periodo post-operatorio (vedi appendice G per un semplice Form di

Valutazione). Questa valutazione è usata per monitorare i progressi verso la guarigione e la futura comparazione dovessero comparire complicazioni.

In una revisione sistematica, Salvadalena (2008) coglie le discordanze nelle definizioni operative delle complicazioni, un inadeguato report sui soggetti e dati mancanti quando veniva riporta l'Incidenza delle complicazioni che danno luogo a gaps nella nostra conoscenza della prevalenza ed dell'Incidenza di complicazioni relative alle stomie, e gaps nella nostra conoscenza dei fattori di rischio e protettivi. Colwell e Beitz (2007) riportano uno studio di convalidazione di contenuti per le definizioni delle complicazioni associate alle stomie basandosi sulle risposte di 686 infermieri che si occupano di ferite, stomie e di continenza. Le complicazioni furono divise in due vaste categorie - complicazioni stomali e peristomali. Le complicazioni stomali colpiscono lo stoma stesso e le complicazioni peristomali colpiscono la cute che circonda immediatamente lo stoma. Le definizioni delle complicazione Stomali convalidate in questo studio erano: 1) ernia parastomale, 2) prolasso, 3) necrosi, 4) separazione mucocutanea, 5) retrazioni, 6) stenosi, 7) fistole, e 8) trauma. Le definizioni delle complicazioni Peristomali convalidate in questo studio erano: 1) varici, 2) candidiasi, 3) follicoliti, 4) trapianto di mucosa, 5) lesioni falso-verrucose, 6) pioderma gangrenoso, 7) granulomi della sutura, 8) dermatite da contatto irritante, e 9) trauma.

La revisione sistematica della letteratura supporta questa linea guida di miglior pratica anche nella variabilità scoperta nelle definizioni operative di complicazioni stomali e peristomali. In aggiunta, le ricerche disponibili erano limitate a molte delle più comuni e problematiche complicazioni stomali, retrazioni, ernia peristomale, prolasso e necrosi. I problemi della cute peristomale tendono ad essere ammassati in una singola categoria. Le definizioni per queste comuni complicazioni stomali sono fornite nella tavola 9-1. Alcuni degli studi revisionati valuta i problemi associati al coping e all'adattamento ad una stomia. Mentre l'adattamento psicosociale è un problema centrale per la cura infermieristica di clienti con stomie, questi problemi sono discussi nella Raccomandazione 2.

Tavola 9-1: Definizioni di Comuni Complicazioni Stomali e Peristomali

Complicazioni	Definizioni
Retrazione	Scomparsa della normale prominenza stomale in linea con o sotto il livello della cute
Ernia peristomale	Difetto nella fascia addominale che permette all'intestino di incurvarsi nell'area parastomale
Prolasso	Intestino incastrato nello stoma
Necrosi	Morte del tessuto stomale con riduzione del flusso sanguigno locale
Problemi alla cute peristomale	Una delle varietà di dermatosi che colpiscono la pelle immediatamente intorno allo stoma, le manifestazioni comuni includono dermatiti irritanti, allergiche, candidasi, follicoliti o trauma

Modified from Colwell and Beitz (2007)

Un numero di studi documentano la presenza di rilevanti complicazioni stomali e peristomali avvenute durante il periodo post-operatorio o mesi o anni dopo. Salvadalena (2008) revisionò sistematicamente la letteratura identificando 13

studi che misuravano l'incidenza di complicazioni stomali e peristomali dopo la chirurgia includendo otto studi randomizzati e controllati. In generale i tassi di complicazioni erano del 12%-72%. Le più comuni complicazioni erano le retrazioni delle stomie, ernie peristomali, prollasso, necrosi e problemi peristomali. (tavola 9-2).

Tavola 9-2: Incidenza di Complicazioni Stomali e Peristomali a 3 e 12 mesi

Complicazioni	Incidenza a 3 mesi	Incidenza a 12 mesi
Retrazione	3%-7%	10%-24%
Ernia peristomale	0,8%	12%-40%
Prollasso	0%-3%	4%-10%
Necrosi	0%-3%	7%
Problemi alla cute peristomale	14,7%	15%-43%

Modified from Salvadalena, (2008)

Herlufsen e coll. (2006) riporta uno studio crociato di 202 persone con ileostomie, colostomie e urostomie permanenti. Le complicazioni si verificarono nel 45% ed erano classificate come medie (57%) moderate (33%) o gravi (10%). I tipi di lesioni cutanee includevano erosioni, macerazioni, eritema e dermatiti irritative. Collettivamente esse contano il 77% di tutte le complicazioni. I disordini della cute peristomale persistevano per più di tre mesi nel 76% dei casi, ma l'80% non ricercava una cura da un professionista. I clienti con una ileostomia aveva tassi di complicazioni molto elevati (57%) dopo le urostomie (48%) e colostomie (35%).

Le ricerche che si focalizzavano sull'incidenza o prevalenza di complicazioni stomali e peristomali tra neonati e bambini erano molto eterogenee. Duchense e coll. (2002) riportano complicazioni su otto neonati sottoposti a chirurgia per coliti necrotizzanti (n=7) o ano senza perforazione (n=1). Il tasso generale di complicazioni per questo piccolo gruppo era del 25%. Park e coll. (1999) hanno incluso neonati nella loro revisione retrospettiva di 1616 soggetti, ma il tasso di complicazioni sono riportate solo in forma aggregata.

Collettivamente, questa evidenza dimostra che le complicazioni stomali e peristomali sono comuni e affliggono tutti i tipi di stomie. La prevalenza e conseguenze avverse associate con queste complicazioni rinforzano il bisogno di valutare lo stoma e la cute peristomale, subito dopo l'intervento e dopo almeno un anno dall'intervento. Anche se le evidenze a supporto del loro uso sono insufficienti, le opinioni degli esperti coincidono sull'uso di uno strumento di valutazione standardizzato per la valutazione, migliorando l'accuratezza diagnostica e il trattamento. Vi è la necessità di sviluppare uno strumento di classificazione standardizzato validato.

RACOMANDAZIONE 10

Identificare i fattori di rischio che influenzano le complicazioni stomali e peristomali

Livello dell'evidenza III

Discussione dell'evidenza

La ricerca rivela fattori multipli associati all'aumento dell'incidenza di complicazioni stomali e peristomali. Anche se ci sono insufficienti evidenze per calcolare il rischio, le esistenti ricerche, ciononostante rivelano fattori modificabili costituzionali e potenziali associati all'aumento del rischio di complicazioni stomali e peristomali.

Chirurgia d'emergenza per una stomia

Le evidenze riguardo all'influenza della chirurgia d'emergenza verso la pianificazione è mista. Duchense e coll. (2002) completarono un'indagine crociata di 391 persone con colostomia e ileostomia e Mahjoudi e coll. (2005) revisionano retrospettivamente le cartelle mediche di 330 pazienti con colostomie. Entrambi i gruppi non erano associati e rischi di complicazioni stomali o peristomali quando comparati ai clienti sottoposti a chirurgia programmata. Park e coll. (1999) analizza retrospettivamente le stomie intestinali in 1616 pazienti includendo 1072 clienti a cui viene confezionata una stomia in emergenza. Similmente a Duchense e Mahjoudi, non sono state trovate differenze significative nell'incidenza di complicazioni stomali e peristomali.

In contrasto con queste ricerche, due studi dimostrarono associazioni statisticamente significative tra il sito dello stoma e l'emergenza versus la chirurgia d'elezione. Cottam e coll. (2007) riportano risultati di uno studio prospettico e retrospettivo di 3970 clienti con stomie intestinali. Scoprirono che i clienti sottoposti a chirurgia erano significativamente più probabili a sperimentare problemi relativi al sito dello stoma che i clienti gestiti con la chirurgia d'elezione. Arumugan e coll. (2003) valutarono prospetticamente 97 clienti sottoposti a colostomia o ileostomia. Associarono anche la chirurgia d'emergenza con una maggior possibilità di problemi al sito (definito da questi ricercatori come una stomia situata in una piega addominale) e significativamente maggiori incidenze di problemi peristomali alla cute.

Le evidenze da questi studi suggeriscono che mentre la chirurgia d'emergenza non è associata ad un generale aumento dell'incidenza di complicazioni stomali e peristomali, è invece associato ad un aumento della probabilità di disturbi allo stoma e a problemi alla sacca.

Altezza della stomia

Uno studio di Cottam e coll. (2007) su 3970 clienti con stomie intestinali identifica un'associazione tra l'altezza delle stomie e la probabilità di sviluppare complicazioni. Quando le ileostomie e le colostomie sono combinate, la media altezza delle stomie, dalle ricerche effettuate, per essere libero da complicazioni pare essere 15 mm, come comparato dalla media altezza di 11,3 mm per le stomie con complicazioni. Un modello di regressione logistica dell'altezza dello stoma come predittore di problemi alla stomia stabilisce che l'altezza minore di 10 mm è associato al 35% di problemi nella gestione.

Sesso

Le esistenti evidenze dimostrano che il sesso degli individui non è un fattore di rischio indipendente per le complicazioni. Né Duchesne e coll (2002), Park e coll. (1999) neppure Pittman e coll. (2008) scoprirono che il sesso degli individui influenza il rischio di complicazioni stomali e peristomali. Cottam e coll. (2007) riportarono che le donne erano più a rischio di sviluppare complicazioni rispetto agli uomini (38% vs 30%), ma l'analisi di regressione logistica rivelò che il genere sessuale intergiva con l'altezza della stomia ed altri fattori multipli, incluso il BMI, ed il tipo di stomia influiva sul rischio di complicate.

Età

Le evidenze miste, dimostrano che vi è influenza con l'età sulle complicazioni stomali e peristomali. L'età era associata ad un probabile aumento di precoci complicazioni stomali e peristomali in due studi (complicazioni precoci avvenivano nel primo mese dopo la chirurgia) (Mahjoubi et al., 2005; Park et al., 1999). Comunque Park e coll. riportano che queste differenze scompaiono solamente quando le differenze vengono analizzate in ritardo. L'età media dei soggetti nello studio di Mahjoubi e coll. era di 57,49 anni (SD 12,28 anni). I soggetti dello studio erano descritti come vari, dai neonati agli anziani, ma la statistica descrittiva identificava che l'età media o il range dell'età non era specificata. L'età media dei soggetti nello studio di Cottam e coll. (2007) era di 63 anni (range 15 – 99 anni) in contrasto alle scoperte del gruppo Mahjoubi e Park, che riportavano che l'avanzare dell'età era associato ad una diminuzione dell'incidenza delle complicate. Pittman e coll. (2008) hanno valutato l'incidenza di tre outcomes relativi alla chirurgia stomaterapica in un gruppo di 239 persone, includendo problemi alla cute peristomale. I soggetti in questo studio hanno un'età media riportata di 68,8 anni (range 29-92 anni). In modo simile alle ricerche di Cottam, scoprirono che l'età avanzata era associata ad una diminuita incidenza di problemi della cute peristomale. Arumugan e coll. (2003) valutarono 97 adulti con una età media di 65 anni (SD 16 anni, range 16 – 99 anni) riportando che l'età non era relativa all'incidenza di problemi stomali e peristomali.

Basandosi su questi studi, non è possibile determinare con affidabilità l'influenza dell'età come fattore di rischio indipendente per le complicazioni stomali e peristomali. Un numero di fattori può essere responsabile della considerevole variabilità delle scoperte negli studi, incluse le differenze nelle ragioni fondamentali per la chirurgia stomale in differenti gruppi d'età, tipi di stomie

create nei vari gruppi d'età, nel numero e natura delle condizioni di comorbidità o della probabilità di ricerca d'aiuto quando vengono sperimentate le complicazioni.

Le ricerche hanno anche indagato circa l'influenza di fattori indirettamente associati con l'età, come la diminuzione della percezione sensoria, alterazione delle funzioni cognitive o diminuzioni delle fini abilità motorie (Mahjoubi et al., 2005; Park et al., 1999; Tseng et al., 2004), conducendo a raccomandazioni sull'importanza di valutare l'impatto di questi fattori sulle abilità dei clienti anziani per gestire le stomie e monitorare le complicanze.

Cute neonatale

La pelle del neonato prematuro è stata identificata come un fattore di rischio che può influenzare le complicazioni stomali e peristomali. I neonati prematuri presentano una diminuita coesione tra il derma e l'epidermide e possono essere a rischio di tossicità sistematica (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2008).

Obesità

L'obesità (definita come un Indice di Massa Corporea $>25\text{kg}/\text{m}^2$) è stata associata (contrazione, prolasso e necrosi) a problemi cutanei stomali e peristomali in studi multipli (Argumugam e coll., 2003; Cottam e coll., 2007; Duchesne e coll., 2002; Mahjoubi e coll., 2005; Richbourg e coll., 2007). Comunque, in uno studio (Park., 1999) la ricerca non ha trovato associazioni tra complicazioni stomali o peristomali.

Malattie di base e co-morbidità

Le malattie di base e co-morbidità sono associate ad un'aumentata probabilità di complicazioni stomali e peristomali negli studi multipli (Arumugam e coll., 2003; Cottam e coll., 2007; Pittman e coll., 2008). I disordini gastrointestinali associati ad una aumentata possibilità di complicazioni includono le malattie infiammatorie intestinali e la diverticolite (Arumugam e coll., 2003; Cottam e coll., 2007; Duchesne e coll., 2002; Pittman e coll., 2008). Il diabete mellito e le malattie infiammatorie intestinali sono associate ad un'alta incidenza di problemi cutanei peristomali (Arumugam e coll., 2003; Pittman e coll., 2008).

Colostomie, ileostomie vs urostomie

L'evidenza esistente sostiene costantemente un'associazione tra tipi di stomie, incidenza e tipo di stomie o complicazione peristomali. Anche se è necessaria un'ulteriore ricerca sull'influenza del tipo di stomia prima che possano essere disegnati risultati definitivi, l'evidenza esistente sostiene le seguenti conclusioni :

1. Le ileostomie sono associate ad un'alta incidenza di problemi cutanei peristomali rispetto alle colostomie (Duchesne e coll., 2002; Herlufsen e coll., 2006; Pittman e coll., 2008).
2. Le urostomie sono associate ad un'alta incidenza di problemi cutanei peristomali rispetto alle colostomie (Herlufsen et al., 2006).

RACOMANDAZIONE 11

Rivedere il profilo dei farmaci dei clienti per assicurare che si realizzi il massimo assorbimento e efficacia in relazione al tipo di stomia

Livello dell'evidenza IV

Discussione dell'evidenza

I clienti con una colostomia o ileostomia possono sperimentare alterazioni nell'assorbimento dei farmaci a causa della diminuita lunghezza dell'intestino dopo l'intervento chirurgico. Questo aspetto concerne particolarmente i clienti con una ileostomia, poiché la maggior parte dei farmaci sono assorbiti in quel tratto d'intestino. L'osservazione di pezzi di farmaci nella sacca della stomia può suggerire che debbano essere prese in considerazione formule alternative, tipo formulazioni a rapida azione, come tavolette non ricoperte, capsule di gelatina, soluzioni o sospensioni per massimizzare l'assorbimento terapeutico. I farmaci possono anche causare modifiche nell'odore, colore e consistenza delle feci. Se i farmaci sono prescritti senza ricetta del medico, il cliente deve essere educato sui farmaci assunti e sugli effetti che hanno sulla funzione della stomia. I clienti che hanno una urostomia non sperimentano gli stessi problemi di malassorbimento perché il piccolo intestino per costruire il condotto ileale non determina conseguenze. Comunque, uno scolorimento delle urine è il maggiore e più comune effetto collaterale. Poter stabilire una relazione terapeutica con un farmacista consente al cliente una fonte di consultazione e di educazione che promuove l'indipendenza. Vedi appendice H per una lista di farmaci e delle funzioni della stomia. Per le implicazioni dei farmaci che colpiscono il cliente neonato/pediatrico, consultare un farmacista e/o il Compendio di farmaceutica o specialità (CPS).

RACOMANDAZIONE 12

Evitare l'inserimento di supposte di glicerina nella colostomia per favorire l'evacuazione

Livello dell'evidenza Ib

Discussione dell'evidenza

McClees e coll. (2004) hanno comparato l'eliminazione fecale, il volume e i flati utilizzando una supposta di glicerina in uno studio crociato randomizzato di 8 adulti con colostomie. I soggetti erano randomizzati assegnando ad un gruppo lo svuotamento intestinale con una supposta di glicerina inserita direttamente nella stomia giornalmente comparato al metodo di svuotamento utilizzato giornalmente nell'altro. Dopo due settimane i soggetti furono crociati con il gruppo alternativo

per un ulteriore due settimane di raccolta dati. L'inserzione giornaliera di supposte non influenza l'emissione delle feci, il volume fecale o i flati quando comparati ai metodi usuali di svuotamento della colostomia. La mancanza d'efficacia delle supposte era parzialmente attribuita all'impossibilità di rimanere nell'intestino per un adeguato periodo di tempo. Anche se le dimensioni sono piccole, questo studio fornisce evidenze limitate che le supposte di glicerina non influenzino positivamente l'evacuazione fecale, il volume o la flatulenza. Il consensus di un panel d'esperti conclude che la somministrazione di supposte nella popolazione pediatrica ed adulta è inefficace e non raccomandata in ogni tipo di stomia.

RACOMANDAZIONE 13

Dovrebbe essere richiesta una consulenza con un Dietista per i clienti con stomie che sono a rischio o che sviluppano complicanze nutrizionali.

Livello dell'evidenza IIa

Discussione dell'evidenza

Peso

L'aumento del peso o la sua perdita nella creazione post-stomia può alterare la forma dell'addome. Può avvenire una perdita di feci o di urina se l'applicazione non è più sicura (Burch, 2007).

Speciali bisogni dietetici

I clienti che masticano poco secondariamente a problemi di dentiere inappropriate o danneggiate, perdita di denti o che mangiano rapidamente sono maggiormente a rischio di maldigestione e potenzialmente soggetti a occlusioni (Burch, 2006). Una delle principali opportunità per il corpo di rompere accuratamente il cibo, comincia con la masticazione adeguata. La scarsa masticazione del cibo risulterà spesso con la presenza di alimenti non digeriti nella sacca e determinerà problemi all'assorbimento (Price, 1989). Se il cliente non è capace di masticare adeguatamente il cibo, può essere indicata una dieta con una consistenza modificata o con l'eliminazione di frutta e vegetali (come mais, popcorn, noci, sedano). È importante individualizzare la dieta per ogni cliente.

Alcuni clienti possono seguire particolari regimi restrittivi prima del confezionamento della stomia. La stomia, comunque può alleviare il bisogno di restrizioni e il cliente può ritornare alla normale dieta. Questo è particolarmente vero per il cliente con colite ulcerosa la cui malattia è stata rimossa permanentemente con il confezionamento di una colectomia totale o rimozione chirurgica di un cancro ostruttivo. Se c'è un danno permanente al rimanente intestino da radiazioni o a causa del morbo di Crohn, la dieta prescritta precedentemente può richiedere la sua continuazione o può essere modificata in relazione alla stomia.

Elevata eliminazione e disidratazione

L'eliminazione tramite ileostomia, solitamente è di 500 – 1000 ml die (Doughty, 2005; Gallagher & Gates, 2004). Elevate eliminazioni oltre questo livello possono essere relative a malattie preesistenti, occlusione parziale, alcuni cibi che stimolano il movimento intestinale, farmaci o intestino corto con uno scarso assorbimento d'interfaccia. Inabilità di mantenere un'introduzione adeguata in presenza di elevate eliminazioni può condurre a disidratazione (vedi Appendice I per i segni e sintomi di disidratazione). Alcuni cibi possono aiutare ad addensare o sfaldare le feci, in modo tale che alcuni possano essere benefici o altri evitati per specifiche indicazioni come la diarrea in una ileostomia o la stipsi in una colostomia (veda Appendice I per cibi che ammorbidiscono/induriscono le feci). La presenza di un colon intatto assorbe 250-500cc di fluido supplementari e perciò un aumento di 1-2 tazze di fluidi assunte per via orale è necessario a soddisfare idratazione (Doughty, 2005).

La perdita di elettroliti può essere evidente in una ileostomia poiché il colon è la prima area assorbente per il sodio e il potassio. Il consumo quotidiano di cibi ricchi di sodio e potassio è di solito sufficiente a correggere o a prevenire questo svuotamento. Alcuni clinici suggeriscono bibite per lo sport con aggiunta di elettroliti, comunque queste formulazioni sono costose e non hanno un vero beneficio quando comparati a cibi ricchi in potassio e sodio (vedi Appendice I per un elenco di fonti di cibo ricche di sodio e di potassio e bibite sportive). Una eccessiva iperidratazione (consumo di fluidi eccessivi es. > 4litri al giorno) può diminuire artificialmente gli elettroliti e causare tossicità. Una maggiore introduzione di acqua oltre necessario, non sembra aumentare l'evacuazione ileale (Kramer, 1987).

Blocco/Ostruzione Intestinale

Il blocco di una stomia può essere molto doloroso ed inizialmente molti pazienti sono terrorizzati dalla possibilità che tale problema possa manifestarsi. Per minimizzare il potenziale blocco durante la fase dell'edema nel periodo post-operatorio, che dura solitamente 6 – 8 settimane (Floruta, 2001; Gallagher & Gates, 2004) e consigliabile ridurre il materiale fibroso nel tratto digestivo (es. i cibi difficile da digerire) per un breve periodo, specialmente con una stomia (Floruta, 2001). Un'ostruzione del cibo può verificarsi quando le fibre insolubili si ammassano nella porzione prossimale dell'intestino (Doughty, 2005). Un questionario somministrato a 604 clienti (Florita, 2001) rivela che anche se l'88% ha risposto che non stava seguendo una dieta particolare, il 61% indicava che avevano eliminato certi cibi causa della paura del potenziale blocco della stomia. Nell'Appendice I sono elencati una lista di cibi che vengono comunemente evitati durante il periodo post-operatorio e le istruzioni generali sulla dieta relativa alle ostruzioni.

Costipazione

La stipsi è primariamente un problema riferito ad una stomia distale del colon. Un aumento dei liquidi negli adulti o nei bambini dovrebbe alleviare il problema delle feci dure, insieme all'introduzione di cibi ricchi di fibre.

RACOMANDAZIONE 14

Preparare il cliente e la famiglia insegnando il minimo di abilità specifiche alle loro necessità prima di dimmetterli dall'ospedale.

Livello dell'evidenza IV

Discussione dell'evidenza

Solitamente ai clienti viene insegnato come e quando svuotare la sacca della stomia, le procedure per rimuovere ed applicare la nuova sacca, la cura peristomale, gli effetti della dieta sulla stomia, l'automonitoraggio per le complicazioni stomali e peristomali e dell'apparente chiusura durante e nell'immediato post-operatorio e nel periodo prima della dimissione. Comunque i progressi nelle tecniche chirurgiche hanno drammaticamente ridotto la media dell'ospedalizzazione. Per esempio la media dell'ospedalizzazione dopo la resezione del colon sigmoidale che determina la creazione di una colostomia è di 5 giorni e la media di permanenza in ospedale dopo la proctocolectomia laparoscopica con creazione di una ileostomia è di 4,3 giorni (Colwell & Gray, 2007). Come risultato, gli infermieri stanno modificando l'approccio educativo per rispondere ai bisogni dei clienti con una nuova stomia nei setting ospedalieri. Anche se non esistono ricerche per definire un minimo d'abilità da insegnare ai clienti nel post-operatorio con una nuova stomia, una consensus conference del Wound, Ostomy and Continence Nurses negli United States (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2007) ha concluso che il minimo delle conoscenze post-operatorie per persone con stomie dovrebbe includere: 1) abilità a manipolare la clip della borsa o il becco se presente; 2) svuotare in modo indipendente la sacca. Abilità addizionali che necessitano di essere apprese, se possibile, includono: 1) bagni, copertura e restrizione delle attività; 2) rivedere l'influenza dei farmaci prescritti e da banco, sulla funzionalità della stomia; 3) influenza della dieta sulle funzioni della stomia; 4) cura della cute peristomale; 5) controllo dell'odore; 6) monitoraggio delle complicanze; 6) colloquio sulla sessualità (Colwell & Gray, 2007).

Una consensus di opinioni d'esperti tra i membri del panel definì le seguenti informazioni da insegnare ai clienti e alla famiglia dopo l'immediato periodo post-operatorio:

- Visione di video educativi/CD sulla cura della stomia
- Osservazione di almeno un'applicazione completa del sistema di cambio
- Indipendenza nel svuotare la sacca
- Dove ottenere forniture
- Assistenza finanziaria per le forniture (es. Ontario Assistive Devices Program)
- Bagni, coperture e restrizioni delle attività
- Restrizioni alimentari immediate (se appropriate)

- Revisione dei farmaci – prescrizione e farmaci da banco (se appropriate)
- Panoramica generale della letteratura sulle stomie fornita alla dimissione
- Numeri di telefono d'emergenza per l'assistenza

Altri temi, dipendono dai bisogni del cliente e della famiglia e potrebbero includere:

- Adattare l'applicazione alle dimensioni della stomia
- Dieta, lungo termine
- Cura generale della cute
- Controllo dell'odore
- Complicazioni – al cliente dovrebbe essere insegnato come prevenire e/o riconoscere segni e sintomi di:
 - a) Problemi peristomali
 - b) Ostruzioni
 - c) Erniazioni
- Consulto sessuologico
- Considerazioni generali per i viaggi
- Accesso alle risorse della comunità includendo gruppi di auto aiuto, l'area della United Ostomy Association of Canada

Vedi appendice E e J per esempi di Fogli per i diagrammi di Flusso nell'Insegnamento sulle Stomie

RACOMANDAZIONE 15

Dimettere il paziente e la famiglia con un supporto domiciliare

Livello dell'evidenza Ib

Discussione dell'evidenza

Addis (2003) riporta un trial randomizzato e controllato di 50 pazienti con nuove colostomie o ileostomie. I soggetti furono randomizzati a ricevere visite domiciliari 2 – 5 giorni dopo la dimissione e mensilmente per i successivi 6 mesi. Nel gruppo di controllo i soggetti ricevettero visite domiciliari al mese 3 e 6 dopo la dimissione. I soggetti che ricevettero sei visite domiciliari avevano uno score delle qualità della vita molto più alto dopo tre mesi, quando comparato ai soggetti del controllo. I pazienti randomizzati a sei visite domiciliari, dimostravano anche una maggior indipendenza con le cure a sei mesi. Anche se sono necessarie ulteriori ricerche per delucidare il range dei benefici associati con il supporto delle cure domiciliari, i dati prodotti da questo trial clinico dimostrano che le visite infermieristiche domiciliari migliorano sia l'auto efficacia e la qualità di vita dei clienti che vivono con una stomia.

La pianificazione delle dimissioni dall'ospedale richiede collaborazione e coordinamento dei servizi e delle risorse. Gli infermieri giocano un ruolo importantissimo nel disegnare questa parte nel piano di cure. Rapide

considerazioni devono essere prese per richiedere il consulto della comunità infermieristica e i contatti con l'ETN, l'applicazione di assistenza finanziaria per supportare l'acquisto delle forniture per le stomie, sistemazioni per il personale che supervisiona le stomie, la formazione di altri professionisti sanitari per i protocolli di cura delle stomie e il follow-up degli infermieri ETN. Anche se i requisiti per la cura del cliente evolverà e cambierà nel periodo post-operatorio, l'importanza di pianificare la dimissione favorisce confidenza e migliora la cura del cliente per il ritorno a domicilio. Evita anche "le sistemazioni dell'ultimo minuto o le sviste" che potrebbero avere un impatto negativo nell'assicurare un piano di dimissione centrato sul cliente. Vedi Appendice K per i nomi e il numero di telefono dell'Ontario chapter of United Ostomy Association of Canada. Vedi appendice L per una fonte di informazioni sulle associazioni stomizzati, ditte, coperture, accessori e finanze. Vedi appendice M per un Form semplice sulle Stomie.

RACOMANDAZIONE 16

Assicurarsi che il piano di cure sia individualizzato ai bisogni del cliente e della famiglia

Livello dell'evidenza IV

Discussione dell'evidenza

Una consensus di opinioni d'esperti supporta l'indipendenza nell'auto-cura della stomia come meta preferibile per la maggior parte degli adulti. La meta ottimale da raggiungere nella gestione prevede la libertà dal leakage (perita di liquidi), dall'odore e dalle complicazioni. Wu, Chau e Twinn (2007) hanno valutato l'auto-efficacia nella cura della stomia in un gruppo di 96 soggetti. Riportano che i soggetti con un'alta efficacia nella cura della stomia avevano livelli di score nella qualità della vita più alti. Fattori associati con bassi livelli di auto-efficacia nella cura della stomia, includono l'aumento dell'età, bassi livelli di formazione e di affidamento su altri che compiono la cura della stomia, come il cambio della sacca. Vedi appendice N strategie di cura per clienti con speciali bisogni. Anche se non sono stati identificati studi che comparino la semplicità nell'uso dei prodotti per la stomia sul tempo d'utilizzo della sacca, la frequenza del leakage o l'incidenza di complicazioni, l'opinione degli esperti supporta anche la selezione di semplici appropriati prodotti possibili per incontrare i bisogni dei clienti. Bourke e Davis (2002) riportano risultati di un'indagine su 2060 persone che vivono con una stomia dopo l'istituzione di un programma che fornisce l'accesso alle forniture per stomie senza costi diretti per il paziente. Più della metà delle donne (59,9%) e uomini (53,7%) riportano cambi del tipo di applicazione della stomia usata per gestire il loro stoma. La principali ragioni citate per cambiare l'applicazione della stomia sono la facilità d'utilizzo.

Perciò, è vitale che il miglior sistema possibile per la stomia venga scelto per queste ragioni e per i bisogni specifici e le preferenze del cliente. In questo momento c'è un numero di compagnie in Canada che produce numerosi prodotti e accessori per stomie. Gli ETN o gli infermieri specializzati possono valutare

meglio e raccomandare prodotti selezionati che si adattano meglio ai requisiti di cura del cliente o della famiglia. Comunque, è importante che il cliente sia coinvolto nel processo di decision-making per la selezione. Vedi appendice O per una lista dei prodotti per stomie.

I seguenti fattori devono essere considerati quando si seleziona un prodotto per stomie.

- Tipo di stomie: fecali o urinarie
- Tipo di costruzione dello stoma
- Cliente neonato, bambino o adulto
- Localizzazione dello stoma
- Caratteristiche della cute peristomale
- Sensibilizzazione delle cute o allergie
- Destrezza manuale e compromissione fisica per la gestione
- Abilità cognitive ad imparare
- Preferenze personali del cliente
- Situazioni di vita: casa, lungo degenza,
- Implicazioni occupazionali
- Pratiche religiose
- Costi
- Stile di vita
- Accessibilità dei prodotti
- Quantità e consistenza delle evacuazioni

RACOMANDAZIONE 17

E' raccomandata una valutazione e un follow up di un infermiere enterostomista (ETN) per il cliente e la famiglia dopo la chirurgia, per diminuire il distress psicologico, per promuovere una qualità di vita ottimale e prevenire le complicazioni.

Livello dell'evidenza IIb

Discussione dell'evidenza

Le evidenze dagli studi multipli rivelano che il distress psicologico è prevalente dopo la creazione di una stomia, risultando in una compromissione dell'immagine del corpo e dell'autostima e nella diminuzione della qualità della vita (Gooszen et al., 2000; Holzer et al., 2005; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Ma et al., 2007; Marquis, Marrel & Jambon, 2003; McVey, Madill & Fielding 2001; Nugent et al., 1999; Ross et al., 2007; Scarpa et al., 2004; Wu, Chau & Twinn, 2007). Il periodo medio del tempo necessario per risolvere il distress psicologico prodotto dalla chirurgia e per ripristinare una ottimale qualità della vita non è conosciuto, ma esistono evidenze che suggeriscono che questo processo richiede 12 mesi o anche di più. In un vasto studio sulle QOL tra persone che vivono con una stomia pubblicato nella decade passata Marquis, Marrel e Jambon (2003) sostengono che lo score della qualità di vita risultava alzarsi durante il primo anno dopo la creazione della stomia.

McVey, Madill e Fielding (2001) descrivono il distress psicologico caratterizzato da una compromissione acuta del controllo personale che persiste per almeno tre mesi dopo la chirurgia.

Le esistenti evidenze rivelano anche che l'impatto negativo di una stomia sullo status fisico e funzionale persiste per un periodo di mesi ad anni dopo la chirurgia. In una revisione sistematica delle complicazioni stomali e peristomali, Salvadalena (2008) riporta che l'incidenza di problemi cutanei peristomali a 12 mesi era del 15% - 43%, l'incidenza di ernia parastomale a 12 mesi era del 12% - 40% e un 10% - 24% di incidenza di retrazioni a 12 mesi. Pringle e Swan (2001) seguirono 112 pazienti con colostomie e cancro coloretale per un anno. Riportarono che metà dei loro soggetti segnalava fatigue significativa ad un anno, il 10% sperimentava dolore grave e il 10% richiedeva consulto presso il medico per problemi fisici associati alla stomia o alla malattia. Nella loro revisione sistematica di fattori che influiscono sulla vita con una stomia, Brown e Randle (2005) riportano uno studio di 66 pazienti con urostomie sottoposti a chirurgia almeno sei anni prima della data di raccolta dati: il 65% degli intervistati riportava problemi cutanei peristomali e il 40% affermava che avevano applicato per la loro disabilità alcuni prodotti causando problemi alla stomia. Tseng e coll. (2004) hanno anche segnalato che il 37% di un gruppo di 73 soggetti con colostomie permanenti avevano cessato il loro lavoro o lo avevano perduto determinando molti problemi nella gestione della stomia.

Le esistenti evidenze, suggeriscono fortemente che le cure continue erogate da un ETN o da un infermiere specialista nelle stomie migliora il distress psicologico provocato dalla stomia, migliora la qualità della vita e riduce la probabilità di complicazioni. I clienti ricercano un aiuto dal ETN o dall'infermiere specialista nelle stomie quando sperimentano problemi fisici e psicologici associati alla stomia. Richbourg, Thorpe e Rapp (2007) hanno effettuato indagini su 43 persone che vivono con una stomia per individuare le difficoltà sperimentate dopo la dimissione. Gli intervistati risposero che inizialmente ricercarono aiuto dagli infermieri esperti nelle stomie quando incontrarono problemi con lo stoma e la cute peristomale. Duchesne e coll. (2002) revisionarono retrospettivamente le cartelle mediche di 204 pazienti sottoposti a chirurgia intestinale e scoprirono che le cure da parte degli ETN fornivano un effetto protettivo nei confronti delle complicanze stomali e peristomali (Odds Ratio 0.15, IC 95% 0,03 – 0,74). Uno studio prospettico, quasi sperimentale fornisce ulteriori evidenze che il continuo accesso di un ETN o dell'infermiere specializzato nelle stomie, aumenta la qualità della vita e riduce la frequenza dei cambi della sacca. Bohnenkamp e coll. (2004) riportano risultati di uno studio di coorte prospettico comparativo sull'influenza della cura erogata dagli infermieri domiciliari con le interazioni della telesalute con un infermiere specializzato in stomaterapia. Quattordici pazienti erano assegnati alla tradizionale visita domiciliare o alle visite in telesalute con uno specialista in stomaterapia, il gruppo d'assegnazione non venne randomizzato. Il gruppo che ricevette interazioni in telesalute con un infermiere specializzato riportò maggiori soddisfazioni nelle cure e un alto score delle QOL, l'utilizzo di minori sacche rispetto ai pazienti che ricevettero cure tradizionali.

Collettivamente, queste ricerche supportano fortemente il bisogno di un regolare follow-up da parte di un ETN per le persone che vivono con una stomia per un minimo di 12 mesi nel post-operatorio.

RACOMANDAZIONE 18

Educare il cliente e la famiglia a riconoscere le complicanze che interessano lo stoma e la cute peristomale

Livello dell'evidenza IV

Discussione dell'evidenza

L'educazione nei clienti è imperativa nella gestione delle stomie in modo da saper identificare rapidamente i segni e i sintomi delle complicazioni. La rapida identificazione e notificazione a un professionista sanitario sono fattori importanti per il rinforzo, per sapere quando insegnare le cure ai pazienti, in particolare quando si sospetta una complicazione. In uno studio di Herlufsen e coll. (2006), solo il 38% con un disturbo peristomale diagnosticato era in grado di riconoscere il problema. Il dato più rilevante è che l'80% dei soggetti che presentano danni cutanei peristomali non richiedono specifico aiuto ad un operatore sanitario.

In uno studio qualitativo e descrittivo di Notter e Burnard (2006), a 50 donne che avevano subito una proctocolectomia con ileostomia laterale (loop) venne chiesto di descrivere la loro esperienza e percezione. Le ricerche si focalizzavano sul dolore e sullo shock, immagine corporea e sessualità, l'ileostomia e il ruolo dell'infermiere specialista e generalista. Anche se non esplicite, le implicazioni per la pratica da questo studio, raccomandano vivamente che durante il periodo pre-operatorio il cliente venga esposto alla "realtà della stomia", che è preferibile evitare di mostrare un ritratto di uno stoma ordinato, pulito e facile da gestire. Per queste donne, la realtà era lontana dalla verità. Inavvertitamente, gli infermieri contribuirono a sperimentare un livello di angoscia e problemi della qualità di vita a lungo termine. Queste esperienze negative possono rimandare la buona volontà dei clienti di assumersi la propria parte nell'auto-cura, avendo un impatto sul primo riconoscimento delle complicazioni. Gli infermieri sono incoraggiati a "vedere la vita attraverso gli occhi delle donne (e di tutti i clienti) durante il percorso dalla chirurgia al recupero" (Notter & Burnard, 2006).

In un studio condotto da uno a quattro mesi dopo la chirurgia da McKenzie e coll. (2006), il 25% dei clienti trovò che la distribuzione dei sistemi usati per le stomie era la parte più difficile del cambio della sacca e la disposizione routinaria colpiva enormemente la loro attività sociale e il tempo libero. Oltre il 40% dei pazienti riscontrò che il momento della pulizia della stomia era la più impegnativa delle procedure. Le implicazioni alla pratica sono gli impedimenti psicologici e il potenziale abbandono da parte dei clienti che si stanno impegnando nel soddisfacimento dei loro bisogni nella cura della stomia. La scelta del sistema per stomie, per esempio, un sistema drenabile e riutilizzabile versus un dispositivo chiuso, dovrebbe essere incluso nelle preferenze. Le conseguenze nel posticipare

la sostituzione di una sacca che perde o evitare di pulire la pelle peristomale sono fattori di rischio. Tali azioni possono predisporre il cliente a medie irritazioni cutanee che possono condurre rapidamente ad una grave dermatite.

Richbourg e coll. (2007) supportano le strategie nella pratica dei clienti di rimuovere e riapplicare il loro sistema in condizioni simulate e nel loro ambiente domestico. Di nuovo, questo rinforza la costituzione di una normale cura di routine della stomia intestinale o urinaria, e i principi di fondamentale ispezione e gestione dello stoma e della cute peristomale del cliente e della famiglia. È importante che il cliente impari che cosa è uno stoma normale e la normale presentazione della cute così che possa comparare problemi sospetti.

Richbourg e coll. (2007) identificarono che i clienti necessitano di sapere come riconoscere e trattare i comuni problemi cutanei peristomali e i metodi per prevenire l'odore.

RACOMANDAZIONE 19

L'irrigazione del colon può essere implementata come un metodo sicuro ed efficace per la gestione della colostomia discendente o sigmoidea per clienti adulti selezionati

Livello dell'evidenza III

Discussione dell'evidenza

L'irrigazione della colostomia si è dimostrata essere un'alternativa efficace per realizzare la continenza della colostomia, avendo un impatto positivo sulle QOL per 25 casi di pazienti revisionati. Furono segnalati significativi miglioramenti nello score rispetto alle limitazioni di ruolo relative a problemi fisici, funzione sociale, problema emotivi, salute mentale e generale, vitalità e dolore corporeo (Karadag, Montes & Ayaz 2005).

Il cliente richiede l'accesso ad un ETN o ad un infermiere specialista in stomie che possa offrire valutazioni cliniche e abilità richieste per insegnare al cliente l'irrigazione della colostomia. Il materiale istruttivo, supplementare e le sessioni di pratica servono come risorse supplementari per migliorare l'abilità del cliente a compiere la procedura irrigatoria oltre il periodo post-operatorio. Il costo dell'irrigazione è significativamente minore quando comparato alla gestione quotidiana della sacca. Questo aspetto può attrarre per alcuni clienti. Può essere richiesta una struttura per il paziente esterno, all'interno di un setting ospedaliero o nel servizio infermieristico comunitario di cura come una risorsa per il cliente e la famiglia nell'acquisire abilità ad irrigare dopo la dimissione, nel tempo e per il follow up. L'irrigazione pediatrica non è una pratica solita se non per la diagnosi o per altre procedure di gestione speciali prescritte.

Raccomandazioni Educative

RACOMANDAZIONE 20

L'educazione alla stomia per tutti i livelli degli operatori sanitari dovrebbe essere sistematica, centrata sul cliente, fornita nelle sedi accademiche e sul posto di lavoro

Livello dell'evidenza IV

Discussione dell'evidenza

Redman (2004) si riferisce alla preparazione dell'autogestione come "all'addestramento che le persone necessitano in condizioni di salute croniche per essere in grado di assumere i farmaci e a mantenere i regimi terapeutici, continuare la vita di tutti i giorni come il lavoro, la famiglia e trattare del futuro, inclusi i cambiamenti nella pianificazione della propria vita, della frustrazione, della rabbia e della depressione" che accompagnano una condizione cronica. Una stomia generalmente non è considerata una come una condizione cronica, ma vivere con una stomia richiede che il cliente impari molte abilità di autogestione. Comunque molti operatori sanitari mancano di conoscenze e di capacità in merito alla gestione della stomia per fornire un supporto clinico e formativo ed abilitare i clienti a prendere decisioni informate, realizzare tali mete e superare le barriere per l'efficace autogestione.

Gli operatori sanitari che insegnano e supportano i clienti con stomie includono i Registered Practical Nurses (RPN) e i Registered Nurse (RN). La loro base educativa, conseguita nelle università di comunità, nelle università generiche, è guidata da standard globali decisi dal Ministro dell'educazione e dell'università (www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/nurse.html; www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/supwork.html) e dal collegio degli Infermieri dell'Ontario (www.cno.org).

Questi standard forniscono una panoramica generale degli obiettivi della pratica, lasciando specifici obiettivi d'apprendimento ad istituti di formazione. Così ogni istituzione determina le aree del focus e il tempo da dedicare ad ognuna di esse. Per il generalista, la formazione e la pratica sulle stomie e sulla loro cura può essere limitata all'anatomia e fisiologia con discussione di casi per lo studio; da una a due ore di pratica su modelli di laboratorio o sull'attuale cura per una persona con stomia durante l'esposizione sul campo. Molti nuovi laureati non hanno mai curato una persona che vive con una stomia prima di cominciare a lavorare (Personal communication, Algonquin College, 2008).

Tutti i programmi accademici che preparano gli infermieri o gli operatori sanitari senza l'appartenenza ad un albo (Personal Support Workers-PSW) a calarsi nella pratica dovrebbero includere i principi teorici della gestione di una stomia basati sulla competenza per una comprensione di tecniche di autocontrollo. Le componenti teoriche dovrebbero essere insegnati al livello di abilità adatte ai vari operatori secondo le necessità del datore di lavoro e delle le specifiche competenze delineate nel Regulated Health Professions Act. I componenti teorici insegnati si basano sul livello dell'operatore sanitario (RN, RPN, PSW) e potrebbero includere alcuni o tutti i seguenti aspetti: anatomia e fisiologia, malattie che conducono a alla chirurgia intestinale o a quella vescicale, chirurgia d'elezione, cambi del modo di vivere come risultato della chirurgia e strategie per valutare le necessità del cliente necessarie per il supporto informativo, emotivo e pratico al fine di massimizzare l'autocontrollo.

Durante l'orientamento in tutti gli ambienti di pratica nei quali i clienti con stomie stanno cercando o sono supportati nella cura, l'impiegato dovrebbe ricevere informazioni sulla cura del cliente con stomie. Queste informazioni dovrebbero focalizzarsi nell'aiutare un operatore sanitario a massimizzare le capacità individuali del cliente per l'autogestione. Le aspettative dell'impiegato e la selezione del cliente dovrebbero essere appropriate allo scopo legale della pratica. I programmi devono essere indirizzati alle risorse necessarie per supportare la pratica e su come accedere localmente a queste risorse, così come l'accesso da parte del cliente alla letteratura e a gruppi, forniture e consultazione degli ETN.

Vedi Appendice P per i contenuti del programma di raccomandazioni educative per livelli specifici di preparazione accademica e orientativa per gli infermieri Professionali, Infermieri di pratica e il personale di supporto.

RACOMANDAZIONE 21

Consultare un ETN per lo sviluppo dei programmi educazionali che individuino gli operatori sanitari, clienti, famiglia e caregivers

Livello dell'evidenza IV

Discussione dell'evidenza

Gli infermieri professionali che possiedono un alto grado universitario e un programma completo e accreditato in Wound Ostomy Continence e Enterostomal Therapy Nursing Education Program (ETNEP) diventano Infermieri di terapia Enterostomale (ETNs). Gli ETNs, attraverso il loro speciale addestramento supplementare sono formati idealmente per fornire risposte ai problemi complessi e hanno funzioni di educatori per i programmi educativi sulle stomie. Questi infermieri di pratica possiedono conoscenze avanzate e abilità in merito alla cura e all'insegnamento ai clienti di tutte le età con stomie e a tutti gli stadi di sviluppo (Vedi Appendice Q per il Erikson's Stages of Development). Forniscono cura diretta al cliente, supporto istruttivo e consultivo agli operatori sanitari. In Canada, l'Associazione Canadese per la Terapia Enterostomale (www.caet.ca) eroga competenze formative e pratiche richieste per la pratica di un ETN e l'Associazione Infermieristica Canadese pone standard e requisiti per la certificazione della specialità (www.cna-aiic.ca/CNA/nursing/certification/default_e.aspx).

Vedi Appendice R per il programma del ETN riconosciuto.

Raccomandazioni Politiche e Organizzative

RACOMANDAZIONE 22

Le organizzazioni dovrebbero utilizzare un ETN con riconosciute credenziali per lo sviluppo di politiche e programmi di gestione.

Livello dell'evidenza IV

Discussione dell'evidenza

I programmi per ETN come quello del Canadian Association for Enterostomal Therapy (CAET) sono approvati dal World Council of Enterostomal Therapy (WCET). Il CAET-ETNEP prepara clinicamente e didatticamente gli infermieri canadesi alla pratica stomaterapica, oltre che alla gestione delle ferite e della continenza. Il programma è centrato sull'applicazione di conoscenze ed esperienza clinica come consulente e/o direttamente nella cura dei pazienti con stomie, ferite complesse e continenza. I ruoli relativi includono l'educazione del cliente e dello staff, così come la ricerca, lo sviluppo di politiche e l'amministrazione. Il completamento del programma teorico, interattivo, on-line di 18-mesi, che include 225 ore di clinica con un tutor sotto diretta osservazione di un medico esperto, abilita lo studente che supera le rispettive prove a ricevere un certificato di Infermiere Stomaterapista. Questo certificato permette all'infermiere di iscriversi al Canadian Nurses Association ET Nursing Certification Examination per diventare un ETN certificato in Canada.

RACOMANDAZIONE 23

Tutti i clienti con stomie e i loro famigliari dovrebbero avere accesso ad una educazioni completa

Livello dell'evidenza IV

Discussione dell'evidenza

I clienti hanno diritto a ricevere per tutta la vita cure e gestione competente, per assisterli nell'adattamento alle modifiche del vivere con una stomia (vedi Appendice S per lo Statuto dei Diritti degli Stomizzati). Il disegno, lo sviluppo e l'implementazione di tali programmi dovrebbero riflettere un continuum della cura. I programmi dovrebbero cominciare con un approccio strutturato, comprensivo ed organizzato per l'auto-cura, il riconoscimento e la prevenzione delle complicazioni.

RACOMANDAZIONE 24

Dovrebbe essere posto in essere un meccanismo per il trasferimento delle informazioni tra setting di cura per facilitare l'educazione continua e il supporto clinico al cliente

Livello dell'evidenza IV

Una cura predominante del cliente nel post-operatorio e la formazione deve essere appresa nella casa del paziente (casa di cura, ricoveri, residenza privata ecc.). I clienti sono a rischio di importante compromissione fisica ed emotiva dopo la chirurgia. Perciò, scambio di informazioni tra ospedale e comunità riguardo alla condizione di salute del cliente, del progresso post-operatorio e la formazione sulla stomia è essenziale per assicurare un ottimale adattamento (Vedi Appendice E e J).

RACOMANDAZIONE 25

I setting della pratica devono avere accesso a un team interdisciplinare di professionisti con conoscenze specializzate per indirizzare la qualità nella gestione delle stomie

Livello dell'evidenza IV

Ci si riferisca alla Discussione dell'Evidenza per la Raccomandazione #3.

RACOMANDAZIONE 26

Le linee guida di miglior pratica possono essere implementate con successo solo dove vi sia un'adeguata pianificazione, risorse, supporti organizzativi e amministrativi così come facilitazioni.

Le organizzazioni possono voler sviluppare un piano per l'implementazione che includa:

- Una valutazione della prontezza organizzativa e delle barriere all'implementazione, tenendo in considerazione le circostanze locali.
- Coinvolgimento di tutti i membri (se in una funzione di supporto diretto o indiretto) che contribuiranno al processo di implementazione
- Opportunità di discussione e di educazione per rinforzare l'importanza della miglior pratica
- Dedicare un individuo qualificato che fornisca il supporto necessario per l'educazione
- Opportunità in itinere per discutere ed educare al rinforzo dell'importanza delle miglior pratiche
- Opportunità per riflettere sulle esperienze personali e organizzative nell'implementazione delle linee guida

Livello dell'evidenza IV

Discussione dell'evidenza

La Registered Nurses' Association of Ontario (attraverso un panel di infermieri, ricercatori ed amministratori) ha sviluppato un Kit di strumenti: *L'implementazione delle Linee guida clinico pratiche* (RNAO, 2002b), basato sull'evidenza disponibile, prospettive teoriche e consenso. Il Kit di strumenti è raccomandato per guidare l'implementazione della linea guida *RNAO Gestione e Cura delle Stomie*. Il successo nell'implementazione delle linee guida di miglior pratica richiede l'uso di un processo sistematico, pianificato, strutturato e una

forte leadership da parte degli infermieri, capaci di trasformare le raccomandazioni basate sull'evidenza in politiche e procedure che hanno un impatto sulla pratica all'interno dell'organizzazione. Il Kit di strumenti RNAO (2002b) fornisce un modello strutturato per implementare le modifiche nella pratica. Vedi Appendice T per una descrizione del Kit di strumenti.

Ricerca di Gaps e Implicazioni Future

Il panel di sviluppo degli esperti, nel fare la revisione delle evidenze in questa linea guida ha identificato molti gaps nella letteratura relativa alla cura e alla gestione delle stomie. Nel considerare questi gaps, il panel ha identificato le seguenti aree prioritarie di ricerca:

- Sono richieste ulteriori ricerche per validare l'opinione degli esperti e l'impatto della conoscenza che condurrà a migliorare la pratica e gli outcome relativi alla Cura e alla Gestione delle Stomie.
- Sono richieste ulteriori ricerche nell'area della gestione peristomale, in particolar modo nella presentazione complessa e nei problemi relativi alla Qualità di Vita con una stomia
- L'impatto di sistemi semplici vs sistemi complessi sul successo del cliente nel realizzare l'indipendenza nell'autocura della stomia, per essere liberi da errori potenziali o percepiti dalle industrie
- L'impatto dell'istruzione fornita da infermieri, diretta all'abilità del cliente di imparare, perfezionare, trattenere informazioni e l'influenza sul successo e sull'indipendenza nell'auto-cura della stomia.
- L'impatto della teoria del nursing applicata al successo sul cliente nel realizzare l'auto-cura e l'indipendenza nella stomia.
- L'efficacia di specifici strumenti istruttivi e le strategie progettate per assistere i bambini e le famiglie nell'adattarsi ad un stomia
- L'efficacia di risorse basate su internet e progettate per assistere i bambini e le famiglie nell'adattarsi a vivere con una stomia.
- L'efficacia di gruppi di supporto all'interno del gruppo del cliente.

L'elenco seguente, anche se non esauriente è comunque un tentativo effettuato per identificare e priorizzare alcuni dei gaps di ricerca in questa area. Le raccomandazioni in questa linea guida sono basate sull'evidenza ottenuta dalla ricerca qualitativa o quantitativa, mentre altre sono basate sul consenso od opinione di esperti.



Valutazione/Monitorizzazione della linea guida

Le Organizzazioni che implementano le raccomandazioni di questa linea guida sono avvisate sul come l'implementazione e il suo impatto verranno monitorizzare e valutate. La seguente tavola, basata su un framework delineato nel *Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines (2002b)* fornisce un esempio di come questa matrice del *ToolKit* dovrebbe essere utilizzata.

OBIETTIVO: Valutare il supporto necessario, il processo e l'impatto delle raccomandazioni relative alla cura e gestione della stomia.

Livello degli indicatori	Struttura	Processo	Outcome
	Cosa ti serve	Come puoi averlo	Cosa succede
Organizzazione	Politiche, Procedure, modifiche Pratiche	- Esaminare la cultura organizzativa per identificare barriere & supporti per una cultura pratica basata sull'evidence-based per sviluppo & prosperità - Revisionare le esistenti politiche relative alle stomie, procedure e pratiche	- Conduzione organizzativa selezionata per la pratica evidence-based - Best Practice – un comitato permanente con un'agenda - Politiche, procedure & pratiche riflesse & supporti per la miglior pratica nella cura delle stomie
	Modifiche nella documentazione	La modifiche nella documentazione includono: - Informazioni alla Dimissione: locali (United Ostomy Association [UOA]) & fornitura di supporti locali - La documentazione inter-agenzia cambia per catturare il grado d'indipendenza nell'autocura del cliente e quali sono le barriere esistenti dominanti all'autocura (incluse le complicazioni)	La dimissione & la documentazione dell'inter-agenzia riflette l'UOA, forniture, livello d'indipendenza del cliente & l'identificazione delle complicazioni

	Incidente/Sistema per il Report di Avvenimenti Insoliti	Feedback chirurgico che include: ▪ Analisi di reports ad un appropriato livello di governo – es: • Comitato di Squadra Chirurgica Mensile • Comitato per la sicurezza dei clienti • Comitato Consultivo Medico ▪ Discussioni one to one ▪ Raccolta delle evidenze per la discussione con il chirurgo se è un problema ricorrente	▪ Aumentato utilizzo di ETN per l'istruzione pre-operatoria & sul sito dello stoma ▪ Diminuita percentuale di ricovero secondario a complicazioni stomali/peristomali ▪ Aumento uso di ambulatori clinici per la gestione continua/sorveglianza di problemi complessi legati alla stomia
Provider	Infermieri specializzati nella cura delle stomie	▪ Fornire educazione relativa al prodotto, l'anatomia, le complicazioni e consulti ▪ Condurre un indagine del team pre/post	Il personale riporta un aumentata abilità nel fornire le cure
Clienti	Massimizzare l'indipendenza dei clienti	L'esame della soddisfazione del cliente include articoli che si concentrano sulla capacità di dominare l'auto-cura & realizzare l'indipendenza, la continuità & la consistenza della cura	L'indagine mostra un aumento dell'indipendenza del cliente & della soddisfazione
Costi finanziari	Soldi destinati alla educazione relativa alla stomia	▪ Staff di ETN o disponibilità di consulti di ETN ▪ Il nuovo staff professionale riceve educazione sulla stomia nell'orientamento ▪ Continua educazione alla stomia	Soldi nel budget per: ▪ ETN ▪ Orientamento ▪ Disponibilità di E-Formazione

Strategie d'implementazione

La RNAO e il panel dello sviluppo della linea guida hanno compilato una lista di strategie d'implementazione per assistere i clienti e le organizzazioni o le discipline sanitarie interessate ad implementare questa linea guida. Segue un sommario delle strategie:

- Almeno una persona dedicata, come un infermiere risorsa clinica, che offrirà supporto, esperienza clinica e leadership. L'individuo dovrebbe avere anche buone abilità interpersonali, facilitazione e gestione del progetto.
- Condurre una valutazione delle necessità organizzative relative alla Gestione e Cura delle Stomie per identificare le conoscenze correnti di base e gli ulteriori requisiti istruttivi.
- L'iniziale necessità di valutazione può includere un approccio analitico, esami e un questionario, approcci con gruppi configurati (es. focus group), ed incidenti critici.
- Stabilire un comitato di governo chiave comprendendo gli stakeholders e i membri interdisciplinari impegnati nella conduzione iniziale della trasformazione. Identificare mete a breve e a lungo termine. Tenere un piano di lavoro per tracciare attività, responsabilità e termini.
- Creare una visione per aiutare direttamente lo sforzo nella trasformazione, sviluppare strategie per realizzare e sostenere la visione.
- Il disegno del programma dovrebbe includere:
 - Target della popolazione
 - Mete ed obiettivi;
 - Outcome
 - Risorse richieste (risorse umane, mezzi, attrezzature);
 - Attività di valutazione.
- Offrire sessioni istruttive e supporti in corso d'opera per la realizzazione. Le sessioni formative possono consistere in presentazioni, guide in grado di agevolare, comunicati e studi di casi. Raccoglitori, posters e schede da tasca (pocket cards) possono essere usate come promemoria nel corso dell'addestramento. Le sessioni e i piani di formazione interattivi, includano soluzione dei problemi, indirizzino problemi immediati concernenti e offrano opportunità nell'esercitare le nuove abilità (Davies & Edwards, 2004).
- Offrire supporto organizzativo, con strutture in luogo per facilitare la realizzazione. Per esempio, assumendo personale di sostituzione così che i partecipanti non saranno distratti da preoccupazioni sul lavoro ed avendo una filosofia organizzativa che rifletta il valore delle migliori pratiche attraverso politiche e procedure. Sviluppare nuovi accertamenti e strumenti di documentazione (Davies & Edwards, 2004).
- Identificare e supportare campioni di miglior pratica in ogni unità per promuovere e sostenere l'implementazione. Celebrare pietre miliari e risultati riconoscendo il merito al lavoro svolto correttamente (Davies & Edwards, 2004).

- Le organizzazioni che implementano questa linea guida dovrebbero adottare una serie di sistemi di auto-apprendimento, gruppi d'apprendimento, mentorship e strategie di rinforzo che ritengono più opportune, col tempo costruiranno la conoscenza e la fiducia degli infermieri nell'implementazione di questa linea guida.
- Oltre agli infermieri specializzati, l'infrastruttura richiede per l'implementazione di questa linea guida l'accesso ad attrezzature specializzate e materiali di trattamento. L'orientamento del personale all'uso di prodotti specifici e delle tecnologie deve essere fornito e regolarmente rinfrescato in un piano di training.
- Il lavoro di gruppo, la valutazione collaborativa e il piano di trattamento con il cliente, la famiglia e il team interdisciplinare sono benefici nell'implementare con successo le linee guida. L'invio da uno specialista dovrebbe essere effettuato quando necessario nei servizi o risorse della comunità o all'interno dell'organizzazione.

Oltre ai punti sopra menzionati, la RNAO ha sviluppato risorse disponibili sul website. Un Toolkit per perfezionare le linee guida può essere utile se usato appropriatamente. Una breve descrizione su questo Toolkit può essere visionata in Appendice N. Una versione completa del documento in formato pdf è anche disponibile sul sito RNAO, www.rnao.org/bestpractices.

Processo d'Aggiornamento/Revisione delle linee guida

La Registered Nurses' Association of Ontario propone di aggiornare questa linea guida di migliore pratica infermieristica come segue:

1. Ogni linea guida di miglior pratica infermieristica sarà rivista da un team di specialisti (Review Team) nell'area del tema, ogni tre anni seguendo l'ultimo set di revisioni.
2. Durante il periodo di tre anni tra lo sviluppo e la revisione, il personale del Programma Linee Guida Infermieristica di Miglior Pratica RNAO, esaminerà regolarmente la nuove revisioni sistematiche e gli RCTs e altra letteratura attinente nel campo.
3. Basandosi sui risultati della monitorizzazione, il personale del programma può raccomandare un periodo più ravvicinato di revisione. L'appropriata consultazione con i membri del team compresi i membri del gruppo originale e gli altri specialisti nel campo, aiuteranno a fornire una decisione sul fare o no una rassegna e una revisione della linea guida prima di tre anni dalla pietra miliare.
4. Tre mesi prima dello scadere dei tre anni dalla rassegna della pietra miliare, il personale del programma comincerà la pianificazione del processo di revisione mediante:
 - a. Specialisti nel campo invitati a partecipare nel Team di Revisione. Il Team di Revisione sarà compreso di membri del gruppo originale così come da altri specialisti raccomandati.

- b. Compilazione dei feedback ricevuti, domande sorte durante la fase di disseminazione così come altri commenti ed esperienze nei luoghi d'implementazione.
 - c. Compilazione delle nuove linee guida clinico-pratiche nel campo, revisioni sistematiche, meta-analisi, riviste, revisioni tecniche e trial randomizzati e controllati e altra letteratura attinente.
 - d. Lo sviluppo di un dettagliato piano di lavoro con obiettivi datati per la consegna.
- 5. La linea guida revisionata subirà una disseminazione basata su strutture e processi stabiliti.

Referenze

- Addis, G. (2003). The effect of home visits after discharge on patients who have had an ileostomy or a colostomy. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 23(1), 26-33.
- American Dietetic Association and Dietitians of Canada (2000). *Manual of clinical dietetics 6th edition*. Chicago, IL: American Dietetic Association.
- Arumugam, P. J., Bevan, L., Macdonald, L., Watkins, A. J., Morgan, A. R., Beynon, J., et al. (2003). A prospective audit of stomas – analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Disease*, 5(1), 49-52.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2008). *Evidence-based clinical practice guideline: Neonatal skin care 2nd edition*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Aukamp, V., & Sredl, D. (2004). Collaborative care management for a pregnant woman with an ostomy. *Complimentary Therapies in Nursing & Midwifery*, 10, 5-12.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickeson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Baldwin, C. M., Grant, M., Wendel, C., Rawl, S., Schmidt, C. M., Ko, C., et al. (2008) Influence of intestinal stoma on spiritual quality of life of US veterans. *Journal of Holistic Nursing*, 26(3), 185-194.
- Benjamin, H.C. (2002). Teaching the stoma care routine to a patient with low vision. *British Journal of Nursing*, 11(19), 1270-1277.
- Black, P. K. (2004). Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 13(12), 692-697.
- Black, P. & Hyde, C. (2004) Caring for people with a learning disability, colorectal cancer and stoma. *British Journal of Nursing*, 13(16), 970-975.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Ashkam, J., et al. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.
- Bohnenkamp, S. K., McDonald, P., Lopez, A. M., Krupinski, E., & Blackett, A. (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 1005-1010.
- Borwell, B. (1996). Colostomies and their management. *Nursing Standard*, 11(8), 49-55.
- Bourke, R. & Davis, E. (2002). Investigation of aspects of a government funded ostomy appliance scheme. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 22(1), 16-23.
- Bray L. & Sanders, C. (2006). Preparing children and young people for stoma surgery. *Paediatric Nursing*, 18(4), 33-37.
- Bressmer, S., Brown, J., Christanson, T., Cote, J., Cutting, D., Hoeflok, J., et al. (2008). *Basics of ostomy care for healthy professionals*. Coloplast Canada: Mississauga, ON.

- Broemeling, A., Watson, D., & Prebtani, F. (2008). Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: Implications for policy and practice. *Healthcare Quarterly*, 11(3), 70-76.
- Brown, H. & Randle, J. (2005). Living with a stoma: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(11), 74-81.
- Burch, J. (2006). Dietary considerations for the older ostomate. *Nursing and Residential Care*, 8(8), 354.
- Burch, J. (2007). Dietary needs for care home residents with a stoma. *Nursing and Residential Care*, 9(8), 359-362.
- Campo, C. J., Caparrós Sanz, R., Martín Bedia, L., Mendoza García, S., & Puente Muñoz, M. L. (2003). Psychological evaluation of patients with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 23, 8-12.
- Canadian Association for Enterostomal Therapy. (2008). *About CAET*. Retrieved February, 2009 from www.caet.ca/about.htm
- Canadian Cancer Society/ National Cancer Institute of Canada (2008). *Canadian Cancer Statistics*. Toronto, On: Canadian Cancer Society.
- Carlsson, E., Berglund, B., & Nordgren, S. (2001). Living with an ostomy and short bowel syndrome: Practical aspects and impact on daily life. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(2), 96-105.
- Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, I., & Horgan, A. F. (2005). Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: A randomized, controlled trial. *Diseases of the Colon and Rectum*, 48(3), 504-509.
- Cheng, W. S. (2001). Adapting a quality of life scale for those with a colostomy in Hong Kong: A preliminary study. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 21(3), 21-23.
- Cheung, Y. L., Molassiotis, A., & Chang, A. M. (2003). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(3), 254-266.
- College of Nurses of Ontario (1999). *Standard for the therapeutic nurse-client relationship and registered nurses and registered practical nurses in Ontario*. Toronto, Canada: College of Nurses of Ontario.
- Colwell, J. C. & Beitz, J. (2007). Survey of Wound, Ostomy and Continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: A content validation study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(1), 57-69.
- Colwell, J. C. & Gray, M. (2007). Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(5), 492-496.
- Colwell, J. C., Goldberg, M., & Carmel, J. (Eds.). (2004). *Fecal & urinary diversions: Management principles*. St. Louis, MO: Mosby Inc.
- Cottam, J., Richards, K., Hasted, A., & Blackman, A. (2007). Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Disease*, 9(9), 834-838.
- Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.
- de Gouveia Santos, V. L., Chaves, E. C., & Kimura, M. (2006). Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(5), 503-509.

- Doughty, D. (2005). Principles of ostomy management in oncology patients. *Journal of Supportive Oncology*, 3(1), 59-69.
- Duchesne, J. C., Wang, Y. Z., Weintraub, S. L., Boyle, M., & Hunt, J. P. (2002). Stoma complications: A multivariate analysis. *American Surgeon*, 68(11), 961-966.
- Erwin-Toth, P. (1999). The effect of ostomy surgery between the ages of 6 and 12 years on psychosocial development during childhood, adolescence, and young adulthood. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 26(2), 77-85.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (Eds.). (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Floruta, C. V. (2001). Dietary choices of people with ostomies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(1), 28-31.
- Gallagher, S. & Gates, J. (2004). Challenges of ostomy care and obesity. *Ostomy Wound Management*, 50(9), 38-49.
- Gooszen, A. W., Geelkerken, R. H., Hermans, J., Lagaay, M. B., & Gooszen, H. G. (2000). Quality of life with a temporary stoma: Ileostomy vs. colostomy. *Diseases of the Colon and Rectum*, 43(5), 650-655.
- Gray, M., Colwell, J. C., & Goldberg, M. T. (2005). What treatments are effective for the management of peristomal hernia? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(2), 87-92.
- Haugen, V., Bliss, D. Z., & Savik, K. (2006). Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(5), 525-535.
- Health Canada. (2008). Canadian Nutrient File 2007b Version. Retrieved December 7, 2008, from <http://webprod.hc-sc.gc.ca/cnf-fce/index-eng.jsp>
- Herlufsen, P., Olsen, A. G., Carlsen, B., Nybaek, H., Karlsmark, T., Laursen, T. N., et al. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *British Journal of Nursing*, 15(16), 854-862.
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (Eds.). (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1*. Retrieved February 2009, from www.cochrane-handbook.org
- Holzer, B., Matzel, K., Schiedeck, T., Christiansen, J., Christensen, P., Rius, J. et al. (2005). Do geographic and educational factors influence the quality of life in rectal cancer patients with a permanent colostomy? *Diseases of the Colon and Rectum*, 48(12), 2209-2216.
- International Ostomy Association Coordination Committee. (1993). *Charter of ostomates' rights*. Retrieved February 5, 2009, from www.ostomyinternational.org/aboutus.htm
- Junkin, J. & Beitz, J. M. (2005). Sexuality and the person with a stoma: Implications for comprehensive WOC nursing practice. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(2), 121-128.
- Kandel, K. (1999). *A guide to crisis intervention*. Beach Grove, CA: Brooks-Cole.
- Karadag, A., Montes, B. B., & Ayaz, S. (2005). Colostomy irrigation: Results of 25 cases with particular reference to quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 479-485.
- Karadag, A., Montes, B. B., Uner, A., Irkorucu, O., Ayaz, S., & Ozkan, S. (2003). Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease*, 18(3), 234-238.

- Kerzner, H. (2001). *Project management: A systems approach to planning, scheduling, and controlling 7th edition*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Kilic, E., Taycan, O., Belli, A. K., & Özmen, M. (2007). The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4), 1-8.
- Kramer, P. (1987). Effect of specific foods, beverages and spices on amount of ileostomy output in human subjects. *American Journal of Gastroenterology*, 82(4), 327-332.
- Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., Dean, G., Nelson, R., & Chu, D. (2007). Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *Journal of Surgical Research*, 138(1), 79-87.
- Kuzu, M.A., Topcu, O., Ucar, K., Ulukent, S., Unal, E., Erverdi, N., et al. (2002). Effect of sphincter-sacrificing surgery for rectal carcinoma on quality of life in Muslim patients. *Diseases of the Colon and Rectum*, 45(10), 1359-1366.
- Leininger, M. (1991). Becoming aware of types of health practitioners and cultural imposition. *Journal of Transcultural Nursing*, 2(2), 32-39.
- Ma, N., Harvey, J., Stewart, J., Andrews, L., & Hill, A. G. (2007). The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: A pilot study. *ANZ Journal of Surgery*, 77(10), 883-885.
- Mahjoubi, B., Moghimi, A., Mirzaei, R., & Bijari, A. (2005). Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colorectal Disease*, 7(6), 582-587.
- Marquis, P., Marrel, A., & Jambon, B. (2003). Quality of life in patients with stomas: The Montreux Study. *Ostomy Wound Management*, 49(2), 48-55.
- McClees, N., Mikolaj, E. L., Carlson, S. L., & Pryor-McCann, J. (2004). A pilot study assessing the effectiveness of a glycerin suppository in controlled colostomy emptying. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 31(3), 123-129.
- McKenzie, F., White, C. A., Kendall, S., Finlayson, A., Urquhart, M., & Williams, I. (2006). Psychological impact of colostomy pouch change and disposal. *British Journal of Nursing*, 15(6), 308-316.
- McVey, J., Madill, A., & Fielding, D. (2001). The relevance of lowered personal control for patients who have stoma surgery to treat cancer. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 337-360.
- Miller, W. R. & Thoreson, C. E. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- National Health and Medical Research Centre (1998). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline*. Retrieved February 2009, from www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/cp30.pdf
- Nordstrom, G. M. & Nyman, C. R. (1991). Living with a urostomy: A follow up with special regard to the peristomal-skin complications, psychosocial and sexual life. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 138, 247-251.
- Notter, J. & Burnard, P. (2006). Preparing for loop ileostomy surgery: Women's accounts from a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 147-159.
- Nugent, K. P., Daniels, P., Stewart, B., Patankar, R., & Johnson, C. D. (1999). Quality of life in stoma patients. *Diseases of the Colon and Rectum*, 42, 1569-1574.

- Olejnik, B., Maciorkowska, E., Lenkiewicz, T., & Sierakowska, M. (2005). Educational and nursing problems of parents of children with stoma. *Roczniki Akademii Medycznej W Białymstoku*, 50(Suppl 1), 163-166.
- Orbach, C. E. & Tallent, N. (1965). Modification of perceived body and of body concepts. *Archives of General Psychiatry*, 12, 126-135.
- The Oryx Group. (2001). *The Canadian Ostomy Patient*. Pennington, NJ: The Oryx Group.
- Park, J. J., Del, P. A., Orsay, C. P., Nelson, R. L., Pearl, R. K., Cintron, J. R., et al. (1999). Stoma complications: The Cook County Hospital experience. *Diseases of the Colon and Rectum*, 42(12), 1575-1580.
- Persson, E., Gustavsson, B., Hellstrom, A. L., Lappas, G., & Hulten, L. (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 51-58.
- Persson, E. & Hellstrom, A. (2002). Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 29(2), 103-108.
- Persson E. & Larsson B. (2005). Quality of care after ostomy surgery: A perspective study of patients. *Ostomy Wound Management*, 51(8), 40-48.
- Persson, E., Severinsson, E. & Hellstrom, A. L. (2004). Spouses perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma. *Cancer Nursing*, 27(1), 85-90.
- Pittman J., Rawl, S. M., Schmidt, C. M., Grant, M., Ko, C. Y., Wendel, C., et al. (2008). Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35(5), 493-503.
- Piwonka, M. A. & Merino, J. M. (1999). A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 26(6), 298-305.
- Price, A., Allen, L., & Atwood, T. (1989). Healthcare practitioners help ostomy patients adjust nutritionally. *Ostomy Wound Management*, 24, 30-41.
- Prieto, L., Thorsen, H., & Juul, K. (2005). Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 62.
- Pringle, W. & Swan, E. (2001). Continuing care after discharge from hospital for stoma patients. *British Journal of Nursing*, 10(19), 1275-1288.
- Redman, B. K. (2004). *Patient self-management of chronic disease: The health care provider's challenge*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2002, revised 2006). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2002b). *Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Reynaud, S. N. & Meeker, B. J. (2002). Coping styles of older adults with ostomies. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(5), 30-36.
- Richbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(1), 70-79.

- Ross, L., Abild-Nielsen, A. G., Thomsen, B. L., Karlsen, R. V., Boesen, E. H., & Johansen, C. (2007). Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Supportive Care in Cancer*, 15(5), 505-513.
- Salter, M. (1992). Aspects of sexuality for patients with stomas and continent pouches. *Journal of Enterostomal Therapy Nursing*, 19(4), 126-130.
- Salvadarena, G. (2008). Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy and urostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35(6), 596-607.
- Scarpa, M., Barollo, M., Polese, L., & Keighley, M.R. (2004). Quality of life in patients with an ileostomy. *Minerva Chirurgica*, 59(1), 23-29.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Edinburgh, UK: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Symms, M. R., Rawl, S. M., Grant, M., Wendel, C. S., Coons, S. J., Hickey, S., et al. (2008). Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal ostomies. *Clinical Nurse Specialist*, 22(1), 30-40.
- Tseng, H. C., Wang, H. H., Hsu, Y. Y., & Weng, W. C. (2004). Factors related to stress in outpatients with permanent colostomies. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 20(2), 70-77.
- Turnbull, G.B. (2007). Special consideration for patients in a wheelchair. *Ostomy Wound Management*, 53(6), 8.
- United Ostomy Association of Canada, Personal Communication, September 22, 2008
- University of British Columbia (2008). *Searching for Grey Literature*. Retrieved July 31, 2008, from <http://toby.library.ubc.ca/subjects/subjpage2.cfm?id=877>
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (2007). ASCRS and WOCN joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(6), 627-628.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2007, June). Ostomy Consensus Session at the annual conference of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, Salt Lake City, UT.
- Wu, H. K.-M., Chau, J. P.-C., & Twinn, S. (2007). Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 30(3), 186-193.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B. F., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., et al. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 36(4), 549-564.

Bibliografia

- Barr, J. E. (2004). Assessment and management of stomal complications: A framework for clinical decision making. *Ostomy Wound Management*, 50(9), 50-52.
- Bass, E., DelPino, A., Tan, A., Pearl, R., Orsay, C., Abcarian, H. (1996). Does preoperative stoma marking and education by the Enterostomal Therapist affect outcomes? *Journal of Diseases of Colon and Rectum*, 40(4), 440-442.
- Bastable, S. B. (2008). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice 3rd edition*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Bekkers, M., VanKnippenberg, F., VandenBorne, H. (1995). Psychological adaptation to stoma surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 1-3.
- Bosio, G., Pisani, F., Lucibello, L., Fonti, A., Scrocca, A., Morandell, C., et al. (2007). A proposal for classifying peristomal skin disorders: Results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Management*, 53, 38-43.
- Breckman, B. (2005). *Stoma care and rehabilitation*. Exeter Devon, UK: Churchill Livingstone.
- Breckman, B. (1981). *Stoma care: A guide for nurses, doctors and other health care workers*. Buckinghamshire, UK: Beaconsfield Publishers.
- Brown, C. B. (2001) Ostomy nursing practice and research: A clinician's perspective. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(1), 4-5.
- Bulman, J. (2001). Changes in diet following the formation of a colostomy. *British Journal of Nursing*, 10(3), 179-186.
- Colwell, J. C. & Fichera, A. (2005). Care of the obese patient with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(36), 378-383.
- Constable, S. B. (2008). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice (3rd edition)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Gallo-Silver, I., Maydick-Youngberg, D., & Weiner, M. (2005) Ostomy surgeries. In H.H. Zaretsky, E.F. Richter, & M.G. Eisenberg (Eds.), *Medical aspects of disability: A handbook for the rehabilitation professional*. (pp.427-443). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Gartner, A. & Riesman, F. (1976). Self-help models and consumer intensive health practice. *American Journal of Public Health*, 66(8), 783-786.
- Hampton, B. G., & Bryant, R. A. (Eds.). (1992). *Ostomies and continent diversions: Nursing management*. St Louis, MO: Mosby.
- Haugen, V., Bliss, D. Z., & Savik, K. (2006). Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33, 525-535.
- Hui-qin, Z. (2003). Analysis of anxiety status in permanent colostomy patients 11-16 days post-operatively. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 23(4), 42-43.
- Jeffries, E., Joels, J., Wood, J., Butler, M., Callum, R., Little, G., et al. (1995). A service evaluation of stoma care nurses' practice. *Journal of Clinical Nursing*, 4(4), 235-242.

- Jenks, J., Morin, K., Tomaselli, N. (1997). The influence of ostomy surgery on body image in patients with cancer. *Applied Nursing Research*, 10(4), 174-180.
- Jepson, R. G. & Craig, J. C. (2008). Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(4).
- Jeter, K.F. (1982). Perioperative teaching and counseling. *Cancer*, 70(s3), 1346-1349.
- Jones, E. (1991). Nursing patients having cancer surgery. In R. Tiffany, & D. Borley (Eds.), *Oncology for Nurses and Healthcare Professionals*. London, Harper Collins.
- Kandel, K. (1999). *A guide to crisis intervention*. Beach Grove, CA: Brooks-Cole.
- Kelly, M. (1987). Adjusting to Ileostomy. *Nursing Times*, 18, 29-31.
- Klopp, A. L. (1990). Body image and self-concept among individuals with stomas. *Journal of Enterostomal Therapy*, 17(3), 98-105.
- Lewis, S. J., Egger, M., Sylvester, P. A., & Thomas, S. (2001). Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: Systematic review and meta-analysis of controlled trials. *British Medical Journal*, 323(7316), 773-776.
- Lichenthal, C. (1990). Self study model on readiness to learn. In S. B. Bastable, *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice 3rd edition*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Makela, J. T., Turku, P. H., & Laitinen, S. T. (1997). Analysis of late stomal complications following ostomy surgery. *Annales chirurgiae et gynaecologiae*, 86(4), 305-310.
- Martinez, L. A. (2005). Self-care for stoma surgery: Mastering independent stoma self-care skills in an elderly woman. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 66-69.
- McKenzie, F. (1988). Sexuality after total pelvic exentuation. *Nursing Time*, 84(20), 27-30.
- Nichols, T. R. & Reimer, M. (2008). The impact of stabilizing forces on postsurgical recovery in ostomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35(3), 316-320.
- Norwell, R. (1991). Body image disturbance: Cognitive behavioural formulation and intervention. *Journal of Advance Nursing*, 16(12), 1400-1403.
- O'Brien, B. K. (1999). Coming of age with an ostomy. *American Journal of Nursing*, 99(8), 71-74, 76.
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: The importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), 320-324.
- O'Shea, H. S. (2001). Teaching the adult ostomy patient. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(1), 47-54.
- Persson, E., Gutavsson, B., Hellstrom, A.L, Fridstedt, G., Lappas, G., & Hulten, L. (2005). Information to the relatives of people with ostomies: Is it satisfactory and adequate? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, (32)4, 238-244.
- Persson, E., Gustavsson, B., Hellstrom, A. L., Lappas, G., & Hulten, L. (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 51-58.

Pieper, B. & Mikols, C. (1996). Pre-discharge and post discharge concerns of persons with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 23(2), 105-109.

Pinter, F. (2001). Stoma care is far more than simply applying a bag. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 21(4), 26-27.

Ratliff, C. R. & Donovan, A. M. (2001). Frequency of peristomal complications. *Ostomy Wound Management*, 47(9), 26-29.

Ratliff, C. R., Scarano, K. A., Donovan, A. M., & Colwell, J. C. (2005). Descriptive study of peristomal complications. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(1), 33-37.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). *Crisis Intervention*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Rolstad, B.S. (1996). Principles and techniques in the use of convexity. *Ostomy Wound Management*, 42(1), 24-32.

Roper, N., Logan, W., & Tiernay, A. (1985). *The elements of nursing (2nd edition)*. London: Churchill Livingstone.

Rubin, G. P. & Devlin, H. B. (1987). The quality of life with a stoma. *British Journal of Hospital Medicine*, 38(4), 300-303, 306.

Schultz, J. C. (2002). Preparing the patient for colostomy care: A lesson well learned. *Ostomy Wound Management*, 48(10), 22-25.

Sredl, D. & Aukamp, V. (2006) Evidence-based nursing care management for the pregnant woman with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(1), 42-49.

Stokes, S. A. & Motta, G. J. (1982). The geriatric patient. In D. C Bradwell, & B. S. Jackson (Eds.), *Principles of Ostomy Care*. St. Louis, MO: Mosby.

Tjandra, J. J., Kilkenny, J. W., Buie, W. D., Hyman, N., Simmang, C., Anthony, T., et al. (2005). Practice parameters for the management of rectal cancer (revised). *Diseases of the Colon and Rectum*, 48(3), 411-423.

Tsukada, K., Tokunaga, K., Iwama, T., Mishima, Y., Tazawa, K., & Fujimaki, M. (1994). Cranberry juice and its impact on peristomal skin conditions for urostomy patients. *Ostomy Wound Management*, 40(9), 60-67.

Turnbull, G.B. (1998). The ostomy assessment inventory: A data gathering process to enhance appropriate pouching system selection. *Ostomy Wound Management*, 44(2), 28-37.

Turnbull, G.B. (2002) The ostomy files: A one- or two-piece pouching system? *Ostomy Wound Management*, 48(11), 16-18.

Turnbull, G.B. (2004). The ostomy files: Using intellect and judgement at the table. *Ostomy Wound Management*, 50(5), 15-16.

Turnbull, G.B. (2007). An alternative solution for difficult-to-manage colostomies in the descending and sigmoid colon. *Ostomy Wound Management*, 53(8), 12.

Turnbull, G.B. (2007). A pressure ulcer and an ostomy: An unlikely combination? *Ostomy Wound Management*, 53(5), 10-12.

United Ostomy Association of Canada (2007). *Visitor training guidelines for chapters*. Toronto, Canada: United Ostomy Association of Canada.

Wade, B. E. (1990). Colostomy patients: Psychological adjustment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma care nurses and districts which did not. *Journal of Advance Nursing*, 15(11), 1297-1304.

Watson, P. (1985). Meeting the needs of patients undergoing ostomy surgery. *Journal of Enterostomal Therapy*, 12(4), 121-124.

White, C. A., & Hunt, J. C. (1997). Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 79(1), 3-7.

Wright, J. (2008). Managing retracted stomas. *Journal of Community Nursing*, 22(5), 16-21.

Appendice A: Glossario dei termini

Linee guida della Pratica Clinica o Migliori Linee Guida della Pratica

Clinica: Sviluppo sistematico di affermazioni (basate sulle migliori evidenze disponibili) per assistere gli operatori ed i clienti nelle decisioni circa le cure appropriate per specifiche circostanze cliniche (pratiche). (Field & Lohr, 1990).

Consenso: Un processo di presa di decisioni politiche, non un metodo scientifico per creare nuove conoscenze. Lo sviluppo del consenso permette semplicemente il miglior utilizzo delle informazioni disponibili, siano esse derivate da dati scientifici o dalla saggezza collettiva dei partecipanti. (Black et al., 1999).

Raccomandazioni nell'Educazione: Asserzioni di requisiti istruttivi e di approcci/strategie per l'introduzione, la realizzazione e la sostenibilità delle linee guida della miglior pratica.

Raccomandazioni organizzative e politiche: Formulazione delle condizioni richieste per un ambiente lavorativo, che permettono il successo dell'implementazione della LINEA GUIDA di miglior pratica. Le condizioni di successo consistono prevalentemente nella responsabilità dell'organizzazione, benché ci possano essere implicazioni politiche di alto livello governativo o sociale

Raccomandazioni per la pratica: Sono le affermazioni di miglior pratica dirette alla pratica degli operatori sanitari e sono basate su evidenze.

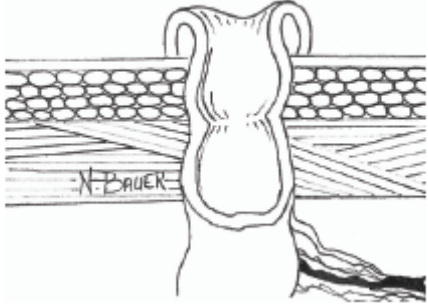
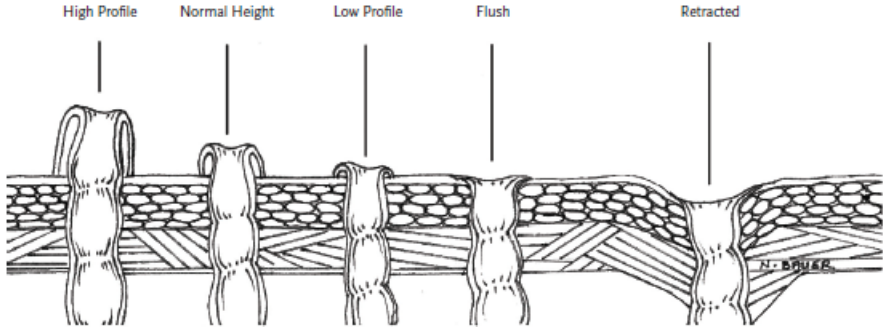
Studi randomizzati controllati: Per il risultato di questa linea guida, uno studio in cui i soggetti sono scelti a caso e dove almeno una delle condizioni è un controllo o simile.

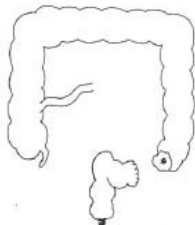
Stakeholder: Lo stakeholder è un individuo, un gruppo o un'organizzazione, con interesse riconosciuto nelle decisioni e nelle azioni delle organizzazioni, che può tentare di influenzare (Baker et al., 1999). Gli stakeholders sono tutti gli individui o i gruppi che saranno direttamente o indirettamente interessati al cambiamento o alla soluzione dei problemi. Possono essere di vario tipo e possono essere divisi in oppositori, di supporto o neutrali (Ontario Public Health Association, 1996).

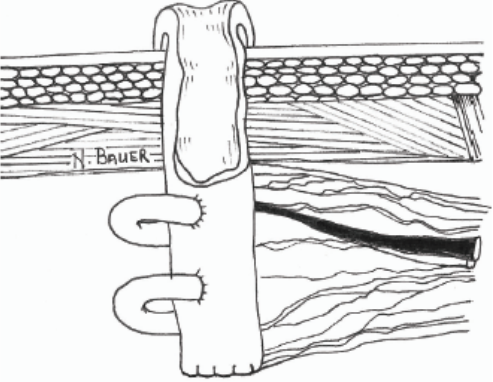
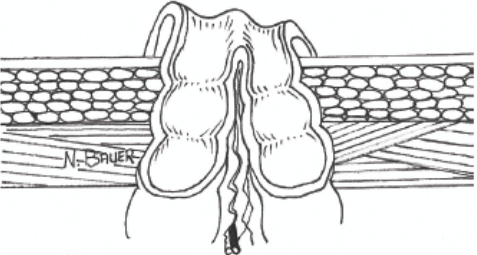
Revisioni sistematiche: Applicazione di un rigoroso approccio scientifico alla preparazione della revisione di articoli (National Health and Medical Research Council, 1998). Le revisioni sistematiche stabiliscono dove gli effetti della cura sono consistenti e cercano risultati che possono essere applicati alla popolazione, agli ambienti e alle differenze nei trattamenti (p.e. il dosaggio) e dove gli effetti possono variare significativamente. L'uso di metodi espliciti e sistematici di revisione limita i bias (errori sistematici) e riduce gli effetti casuali, in tal modo produce risultati più affidabili prima di arrivare alle conclusioni e prendere delle decisioni (Alderson et al., 2004).

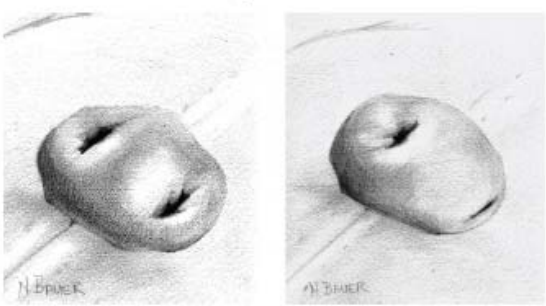
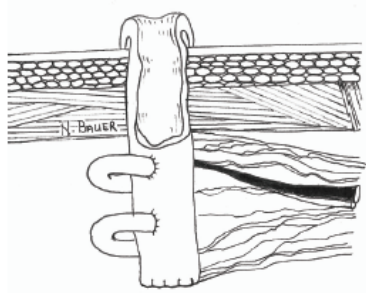
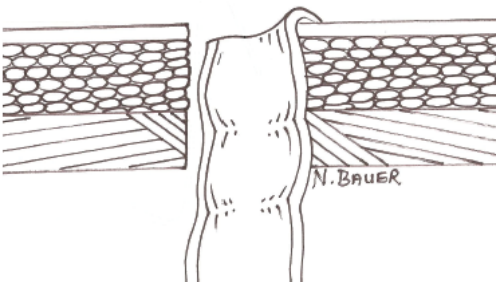
Appendice B: Glossario dei Termini Clinici

Resezione addominoperineale (APR)	Una procedura che usa un approccio addominale e perineale per la resezione del cancro rettale. La procedura comporta la rimozione del retto, ano e linfonodi perirettali.
Valvola anti-reflusso	Una valvola incorporata in apparecchi per l'urostomia. Questa valvola impedisce all'urina di ritornare indietro nei reni una volta defluita nella borsa.
Applicatore	Anche chiamato sistema della borsa. Vedi appendice O per i sistemi delle sacche e gli accessori
Fasce e cinture	Vedi appendice O per i sistemi delle sacche e gli accessori
Colectomia	Escissione di parte o di tutto il colon
Colostomia	Apertura costruita chirurgicamente, in cui una porzione del colon viene portata sulla superficie della cute attraverso il muro addominale. Le colostomie possono essere definite ulteriormente in base ai termini di costruzione, ubicazione e permanenza.
Convessità	Superficie che è curvata o rotonda all'esterno; fornisce una tensione sulla pelle, appiattendolo il contorno della cute peristomale determinando uno stoma che sporgere meglio, può essere integrato (parte della barriera) o aggiunto (anelli di barriera). Vedi appendice O per i sistemi delle sacche e gli accessori
Morbo di Crohn	Infiammazione ed ulcerazione, solitamente della porzione finale dell'ileo e/o del piccolo intestino.
Denudamento	Cute rossa e viva; ogni erosione superficiale ed ulcerazione prodotta meccanicamente o chimicamente.
Dermatiti	Vedi Dermatite Peristomale da Contatto (allergica o irritante).
Diversione	Creazione chirurgica di un percorso alternativo per le defezioni del tratto di GI, o del Tratto Urinario, può essere descritta come "Continente o Incontinente"
Risorse educazionali	Libri, periodici, video, CDs, siti web, strumenti per imparare, software.
Evacuazioni	Eliminazione urina o feci.
Elettroliti	Un sale ionizzato nel sangue, nei fluidi dei tessuti e delle cellule. Questi sali includono il sodio, il potassio e il cloro.

Costruzione di una stomia a termine	Una stomia nella quale la fine del taglio prossimale del colon è formato in uno stoma ed il colon distale o è sezionato o è chiuso  Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission
Infermiere di Terapia Enterostomale (ETN)	Infermiere professionale che ha conoscenze avanzate e preparazione clinica tramite un programma di educazione certificato e riconosciuto nella gestione delle stomie, ferite ed incontinenza
Risorse finanziarie	Assistenza statale, assicurazione, supporto industriale, associazioni.
Flangia	Vedi appendice O per i sistemi delle sacche e gli accessori
Flush stoma	Una stomia che è a livello con la cute. Vedi appendice O per i sistemi delle sacche e gli accessori. Altezza dello Stoma - Profili Settoriali Crociati  Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.
Follicoliti	Infiammazione di un follicolo o di follicoli, solitamente causata da Stafilococco Aureo
Granuloma	Si presenta come un tessuto friabile, di solito in piccole forme arrotondate ed elevate, diffuso nelle articolazioni mucocutanee; può essere causato da materiale di sutura trattenuto o reattivo.
Procedura di Hartmann	[Henri Hartmann, Fr. Chirurgo, 1860–1952] La rimozione chirurgica di una porzione malata del colon distale o del retto prossimale con formazione di una colostomia finale, accompagnato dalla sutura del colon distale o del retto. Questa procedura può essere la prima parte di un'operazione di due parti, nella quale in un secondo

	momento, la colostomia ed il resto dell'intestino vengono riabboccati. La procedura di Hartmann è maggiormente impiegata nei clienti debilitati o in circostanze d'emergenza nelle quali l'anastomosi primaria o l'escissione del segmento distale non sarebbe appropriato.  Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.
Ernia - Parastomale e Peristomale	Un'ernia parastomale si verifica come un difetto nella fascia che permette all'intestino di arrotolarsi e di protrudere in un'area di debolezza. Durante la creazione dello stoma viene fatta un'apertura nella fascia per permettere all'intestino di avanzare. In alcuni clienti questo difetto può allargarsi, determinando un'incurvatura all'intestino nell'area. Può essere contenuta con una larga cintura o fascia; o può richiedere una correzione chirurgica.  Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.
Risorse umane	Conoscenza, abilità, esperienza specializzata e talenti degli operatori sanitari (Kerzner, 2001).
Iperplasia	Eccessiva proliferazione delle cellule normali nella normale disposizione di un tessuto o di un organo

Condotta ileale (urostomia)	Metodo di diversione del flusso urinario attraverso il trapianto degli ureteri dentro un segmento dell'ileo preparato ed isolato, nel quale la sutura è chiusa in un tratto finale. L'altra estremità è connessa su un'apertura nel muro addominale. La procedura è comune nelle urostomie. La porzione dell'intestino produrrà mucosa.  Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.
Ileostomia	Un passaggio chirurgico attraverso il muro addominale, nel quale un segmento dell'ileo è esteriorizzato. È creata una stomia finale o laterale.
Malattia infiammatoria intestinale	Termine per un numero di malattie croniche, con ricaduta nel tratto gastrointestinale di eziologia sconosciuta. Vedi Colite Ulcerativa e/o Malattia di Crohn.
Irrigazione del colon/grosso intestino	Procedura volta ad instillare un fluido in una stomia fecale per promuovere lo svuotamento delle feci prima di una procedura chirurgica o come un'alternativa al posizionamento di una borsa in clienti selezionati.
Karaya	Vedi appendice O per i sistemi delle sacche e gli accessori
Costruzione di una stomia laterale	Solitamente creata nel colon trasverso. La stomia laterale può essere costruita nel piccolo e nel grande intestino. Questa è una stomia con due aperture; la prima evacua le feci, la seconda il muco.  Visione di una sezione Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.

	 Visione superficiale Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.
Fistola mucosa	La porzione defunzionizzata dell'intestino portato sulla superficie della pelle. La fistola mucosa generalmente avrà un profilo più basso che una stomia funzionante.  Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.
Giunzione mucocutanea (MJC)	Giunzione tra la pelle e la membrana mucosa come una stomia
Separazione mucocutanea	Il distacco della stomia alla cute. Può essere il risultato di una scarsa guarigione, tensione dell'intestino o infezione superficiale  Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.
Ostruzione (intestinale)	Un blocco parziale o completo del grosso o piccolo intestino.
Stomia	Una procedura chirurgica per creare un'apertura tra il tratto urinario, il GI e la pelle.
Stomia - temporanea	Di solito il piano chirurgico è volto a riconnettere l'intestino e chiudere la stomia.
Stomia - permanente	Stomia che non sarà più chiusa
Infermiere specialista in stomie	Vedi ETN
Ostomy Visitor	Una persona con una stomia che ha completato un programma d'addestramento e visita le persone prima e/o dopo la chirurgia. Il visitatore fornisce supporto e

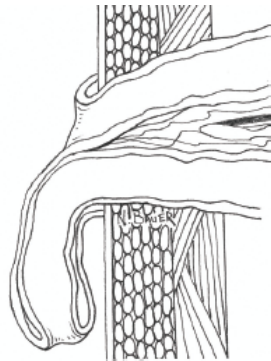
	consigli pratici e informazioni mediche.
Risorse organizzative	Infrastrutture organizzative sanitarie, ospedali, cliniche per pazienti dimessi, comunità di cure, forniture e industrie
Peristalsi	Un movimento progressivo simile ad un'onda che avviene involontariamente nei visceri del corpo, specialmente nel canale alimentare, spingendo in avanti il contenuto.
Candidasi peristomale	Vegetazione rigogliosa di organismi appartenenti alla Candida di dimensioni sufficienti per provocare infiammazione, infezione o malattia sulla cute del piano peristomale.
Dermatite da Contatto Peristomale (Allergica)	Ogni infiammazione della cute che si pensa essere dovuta ad una reazione allergica ad uno o più componenti di un prodotto (sistema della sacca e/o gli accessori).
Dermatite da Contatto Peristomale (Irritante)	Danno cutaneo causato dal contatto delle feci o dalle urine.
Cute/Piano peristomale	da 3 a 4 pollici (10x10 cm) di superficie cutanea che circonda uno stoma addominale.
Sacca (Applicatore, Borsa)	Contenitore resistente all'acqua che raccoglie le evacuazioni (es. urina o feci).
Sistema della sacca (Sistema della Sacca da Stomia)	Composto di una barriera cutanea ed un'apparecchiatura di raccolta per le evacuazioni e per proteggere la pelle. I sistemi con sacca sono prodotti interi o a due pezzi. La borsa si attacca alla barriera cutanea che aderisce all'addome ed è aderente sopra e attorno alla stomia per raccogliere le feci o l'urina. Vedi Appendice O per sistemi delle sacche e gli accessori.
Proctocolectomia	Rimozione chirurgica del colon e del retto
Prolasso (Stomale)	Una complicazione della chirurgia stomaterapica che determina una fuoriuscita telescopica dell'intestino attraverso lo stoma. Il prolasso può essere di varie lunghezze. È molto comune nella costruzione di stomie laterali del colon trasverso. Vedi costruzione di una stomia laterale 
Lesione Pseudoverrucosa	Lesione simile ad una verruca nell'area peristomale.

Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.

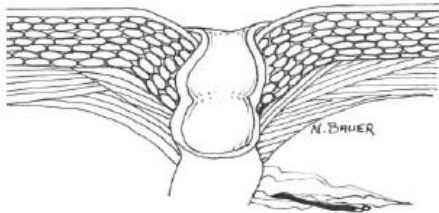
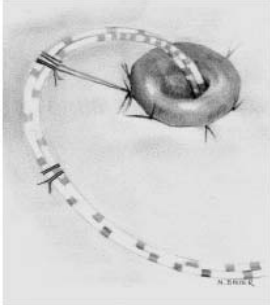
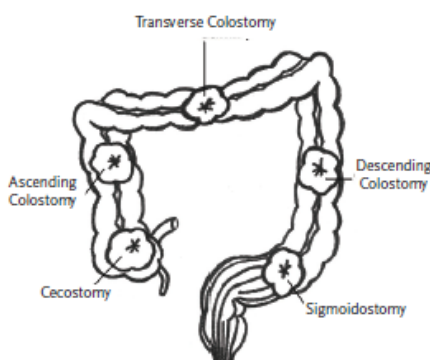
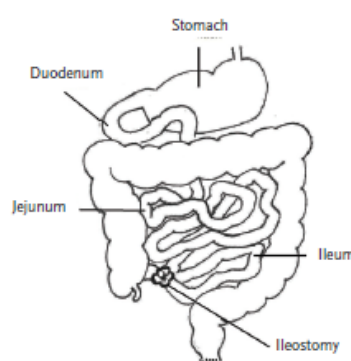
Pioderma gangrenoso	Una forma rara d'ulcerazione o di presentazione classica della malattia. Si presenta come pustole circondate da un confine infiammato che progredisce rapidamente in ulcerazioni con una base granulare o crostosa e orli elevati bluastri o porpora.
Retrazione (Stoma Retratto)	La scomparsa della normale prominenza dello stoma o al di sotto della pelle. Può essere intermittente - i clienti possono riportare che lo stoma scompare quando si stanno sedendo o quando l'intestino sta funzionando. Vedi Flush Stoma - Altezza dello Stoma.  Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.
Asta	Ogni materiale di supporto o apparecchiatura usati nella costruzione di una ileostomia laterale. È posta sotto un'ansa dell'intestino esteriozzato per mantenere la sua posizione sulla superficie addominale. Vedi Costruzione di una Stomia Laterale.  Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.
Risorse sociali	Gruppi di auto-supporto, newsletter, conferenze, campi, famiglia, altri soggetti di supporto.
Stent	Ogni materiale o dispositivo usato per contenere un tessuto in sede, mantenere aperti vasi sanguigni, od fornire un supporto per un innesto o un'anastomosi in attesa della guarigione. Es. sostenere l'anastomosi o prevenire l'ostruzione a causa dell'edema degli ureteri nei siti d'inserzione nell'ileo che segue la formazione di un condotto ileale. 

	Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission.
Stenosi	Il restringimento o contrazione dello stoma che si verifica alla cute o alla fascia che danneggia il drenaggio delle evacuazioni.
Stoma	Dalla parola greca “bocca” apertura chirurgica per il drenaggio delle evacuazioni.
Localizzazione dello stoma	Colostomia  Ileostomia  Illustration by Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Published with permission
Sito Stomale (pre-operatorio)	Selezione dell'ideale locazione sull'addome per uno stoma prima della chirurgia, effettuato da un professionista sanitario formato, solitamente ETN o chirurgo, per aiutare a prevenire future complicazioni future e problemi alla sacca
Infermiere Stomaterapista (STN)	Vedi ETN
Relazioni terapeutiche	Una relazione decisa, diretta verso una meta che mira al miglior interesse e outcomes per il cliente.
Colite Ulcerativa	Infiammazione ulcerativa della mucosa del colon e degli strati submucosi caratterizzati da remissioni ed esacerbazione (ri-esacerbazioni).
United Ostomy Association of Canada	Organizzazione volontaria dedicata all'assistenza di tutte le persone che affrontano la vita con diversioni gastrointestinali o urinarie, fornisce supporto emotivo, istruttivo e servizi informativi attraverso i soci, la famiglia, i caregivers associati e il pubblico in generale.
Urostomia	Vedi condotto Ileale
Wound Ostomy Continence Nurse (WOCN)	Vedi ETN

Appendice C: Processo di Sviluppo delle Linee Guida

La RNAO, con i fondi del Governo dell'Ontario ha promosso negli anni un programma di linee guida di miglior pratica infermieristica, di implementazione pilota, di valutazione, di disseminazione e supporto nell'assunzione. Una delle aree di enfasi è sugli interventi infermieristici relativi alla cura della stomia e alla relativa gestione. Questo lavoro fu condotto in modo indipendente senza alcuna deviazione o influenza del Governo dell'Ontario.

A gennaio 2008, un panel infermieristico multidisciplinare e internazionale, con altri professionisti sanitari con expertise nella pratica, istruzione e ricerca sulla cura e gestione delle stomie, provenienti da una serie di setting di pratica, vennero convocati sotto gli auspici della RNAO. Il panel discusse lo scopo del loro lavoro, e giunse ad un consensus sullo scopo delle linee guida di miglior pratica.

In seguito, fu condotta una ricerca della letteratura delle migliori linee guida di pratica, revisioni sistematiche, studi di ricerca attinenti e websites. Non furono trovate linee guida di miglior pratica esistenti. Come parte del processo del rigoroso di sviluppo del Programma di Sviluppo delle Linee Guida di Miglior Pratica Clinica, venne condotta una revisione sistematica. Vedi Appendice D per i dettagli della strategia di ricerca e degli outcomes.

I membri del panel discussero il sommario delle evidenze e gli articoli chiave e giunsero ad un consenso sulla miglior evidenza disponibile per basare le raccomandazioni. Il panel divise poi in argomento i sottogruppi competenti con lo scopo di abbozzare le raccomandazioni per gli interventi infermieristici. Questo processo diede luogo allo sviluppo della pratica, all'istruzione e all'organizzazione e raccomandazioni di politica. I membri del panel nell'insieme fecero una revisione delle raccomandazioni contenute nella bozza, discusse sui gaps, fece una revisione dell'evidenza e giunse a consensus su un set finale di raccomandazioni.

Questa bozza fu sottoposta ad un set di fiduciari esterni per la revisione e feedback - un riconoscimento a questi recensori è fornito in questo documento. I fiduciari rappresentano vari gruppi di operatori sanitari, clienti e famiglie, così come gli ordini professionali. Ai fiduciari esterni furono fornite specifiche domande per il commento, così come l'opportunità di un feedback complessivo e le impressioni generali.

La reazione dei fiduciari fu compilata e venne effettuata una revisione dal panel di sviluppo - la discussione e il consenso diedero luogo alla revisione della bozza del documento prima della pubblicazione.

Appendice D: Processo di Revisione Sistemática Strategia di Ricerca

La strategia di ricerca utilizzata durante lo sviluppo di questa linea guida si concentra su due aree chiave. Una era la ricerca di website strutturati per identificare le migliori linee guida di pratica, pubblicate sul tema della cura e gestione delle stomie; ed la seconda era una revisione della letteratura per l'identificazione degli studi primari, le meta analisi e le revisioni sistematiche pubblicate in questa area dal 1998–2008.

PARTE 1: Ricerca di Linee Guida

Un individuo effettuò una ricerca su un elenco stabilito di websites con contenuti relativi all'area del tema a dicembre 2007. Questo elenco di siti fu compilata basandosi sulla conoscenze esistente di siti web evidence-based, sviluppatori di linee guida conosciuti e raccomandazioni dalla letteratura. La presenza o l'assenza di linee guida venne annotata per ogni sito visionato così come i dati ricercati. I websites che al momento non ospitano linee guida, ma dirigono ad un altro website o fonte di ricerca per linee guida. Le linee guida vennero scaricate se disponibili in full text o furono ordinate tramite telefono/email.

Agency for Healthcare Research and Quality: www.ahrq.gov

Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines:

www.albertadoctors.org

American College of Chest Physicians:

www.chestnet.org/education/hsp/guidelinesProducts.php

American Medical Association: www.ama-assn.org

Bandolier Journal: www.medicine.ox.ac.uk/bandolier

British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines:

www.bcguidelines.ca/gpac

British Medical Journal – Clinical Evidence:

www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp

Canadian Centre for Health Evidence: www.cche.net/che/home.asp

Canadian Cochrane Network and Centre: www.ccnc.cochrane.org

Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: www.ccohta.ca

Canadian Institute of Health Information: www.cihi.ca

Canadian Task Force on Preventive Health Care: www.ctfphc.org

Centers for Disease Control and Prevention: www.cdc.gov

Centre for Evidence-Based Mental Health: <http://cebmh.com>

Centre for Health Evidence: www.cche.net/che/home.asp

Centre for Health Services and Policy Research: www.chspr.ubc.ca

Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST): www.crestni.org.uk

CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines:

<http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>

Cochrane Database of Systematic Reviews: www.update-software.com/publications/cochrane

Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE):

www.crd.york.ac.uk/crdweb

Evidence-based On-Call: www.eboncall.org

Guidelines Advisory Committee: www.gacguidelines.ca
Institute for Clinical Evaluative Sciences: www.ices.on.ca
Institute for Clinical Systems Improvement: www.icsi.org
Institute of Child Health: www.ich.ucl.ac.uk/ich
Institute of Health Economics: www.ihe.ca
Joanna Briggs Institute: www.joannabriggs.edu.au
Medic8.com: www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm
Medscape Women's Health: www.medscape.com/womenshealthhome
Monash University Centre for Clinical Effectiveness: www.mihsr.monash.org/cce
National Guideline Clearinghouse: www.guidelines.gov
National Institute for Clinical Excellence (NICE): www.nice.org.uk
National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Test (HSTAT):
<http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/HquestHome/s/64139>
Netting the Evidence: A SchARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet: www.shf.ac.uk/scharr/ir/netting
New Zealand Guidelines Group: www.nzgg.org.nz
NHS Centre for Reviews and Dissemination: www.york.ac.uk/inst/crd
NIH Consensus Development Program: <http://consensus.nih.gov>
NIHR Health Technology Assessment Programme: www.nchta.org
PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: www.pedro.org.au
Royal College of General Practitioners: www.rcgp.org.uk
Royal College of Nursing: www.rcn.org.uk/index.php
Royal College of Physicians: www.rcplondon.ac.uk
Scottish Intercollegiate Guidelines Network: www.sign.ac.uk
Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada Clinical Practice Guidelines: www.sogc.org/guidelines
SUMSearch: <http://sumsearch.uthscsa.edu>
The Qualitative Report: www.nova.edu/ssss/QR
TRIP Database: www.tripdatabase.com
U.S. Preventive Service Task Force: www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm
University of California, San Francisco: www.ucsf.edu

In aggiunta, una ricerca di website per linee guida di pratica esistenti sulla cura e gestione delle stomie fu condotta tramite il motore di ricerca “Google,” usando termini di ricerca chiave. Un soggetto condusse questa ricerca, annotando i risultati della ricerca, i websites revisionati, i dati ed un sommario dei risultati.

Ai membri del panel venne chiesto anche di fare una revisione dell'archivio personale per identificare linee guida non trovate prima attraverso la strategia di ricerca.

La strategia di ricerca descritta sopra non diede luogo alla ricerca di nessuna linea guida sul tema della cura e gestione della stomia.

PARTE 2: Revisione delle Letteratura

Una ricerca di database per l'evidenza esistente riferita alla cura e gestione delle stomie fu condotta da un bibliotecario della University Health Network. Una ricerca iniziale su CINAHL, PsycInfo, Medline, e il database di EMBASE per gli studi pubblicati dal 1998 al 2008 venne condotta a gennaio 2008. Questa ricerca fu strutturata per rispondere alle seguenti domande cliniche sviluppate dal panel:

1. Quali sono i bisogni fisici e psicosociali che richiedono interventi condotti dagli infermieri per preparare il neonato, popolazioni pediatriche o adulte per la chirurgia stomaterapica?
 - a. Pre-operatorio
 - b. Posto-operatorio
 - c. Follow-up Futuro
2. Quali interventi infermieristici sono efficaci nel migliorare la cura delle stomie e della cute peristomale (es. riduzione del grado/frequenza delle complicazioni, diminuzione del tempo di guarigione) nella popolazione neonatale, pediatrica e adulta?
3. Quali sono gli interventi infermieristici efficaci per promuovere l'autocura della stomia e dei problemi della cute peristomale nella popolazione pediatrica o adulta?
4. Quali sono gli interventi infermieristici efficaci per gestire le complicanze delle stomie nella popolazione neonatale, pediatrica o adulta?
5. Quali sono le specifiche considerazioni nella cura degli individui con stomie che hanno speciali bisogni, incluse le persone cieche?
6. Quali sono i bisogni educativi degli infermieri con i pazienti con stomie?
7. Quali interventi educativi focalizzati sul paziente sono efficaci nel migliorare lo status fisico e psicosociale dei pazienti con stomie.
8. Quali risorse usate dagli infermieri nella cura delle stomie sono maggiormente efficaci (es. promozione della salute, riduzione delle complicanze)?
9. Quali risorse utilizzate dai pazienti nella gestione autonoma della stomia e nella cura peristomale sono maggiormente efficaci nella gestione delle stomie (es. promozione della salute, riduzione delle complicanze)?

Per i dettagli sui risultati della ricerca, vedi la *Cura e Gestione della Stomia*: una revisione sistematica della valutazione e gestione delle colostomie, ileostomie, ed urostomie, incluso la valutazione e gestione della cute peristomale (Mayo e coll., in stampa).

Appendice E: Semplice Record per l'insegnamento della Gestione della Stomia

OSTOMY TEACHING RECORD

Cliente: _____

Indirizzo: _____

Prima della chirurgia: Insegnamento Completo	Data & Iniziale
Data dell'intervento	
Tipo d'intervento/stomia	
Motivo dell'intervento	
E.T. visita infermieristica	
Selezione del sito dello stoma e disegno	
Localizzazione dello stoma e apparenza	
Fornire libretti di insegnamento sul tipo di intervento chirurgico	
Fornire semplici sistemi per la sacca	
Scopo della sacca e della barriera cutanea	
Conoscenze di altri soggetti con stomie	
Visione di video con stomie	

Dopo la chirurgia: Mentre viene completato l'Insegnamento Iniziale in Ospedale	Data &
Stoma (dimensione, gonfiore, contrazione e apparenza)	
Tipo di drenaggio in ospedale	
Osservare/assistere lo svuotamento della borsa	
Indipendenza nello svuotamento della borsa	
Osservare/assistere durante la liberazione dei gas dalla sacca	
Indipendenza durante la liberazione dei gas dalla sacca	
Osservare/assistere il cambio della sacca e della barriera cutanea	
Discutere delle opzioni per il controllo degli odori	
Segno di allagamento della borsa (prevenzione e trattamento)	
Vedere video e fornire libretti informativi (se non dati prima)	
Chi contattare per i problemi insorti dopo la dimissione	

Dopo la chirurgia: Completato l'Insegnamento Dimissione a Domicilio	Data & Iniziale
Tipo di drenaggio a casa	
Stoma (dimensione, gonfiore, contrazione e apparenza)	
Indipendenza nello svuotamento della sacca	
Osservare/assistere il cambio della sacca e della barriera cutanea	
Indipendenza nel cambio della sacca e della barriera cutanea	
Segno di allagamento della sacca (prevenzione e trattamento)	
Ferite della cute (prevenzione trattamento)	
Istruzioni applicative	
Lista di forniture/dove comprare	
Cura di forniture/Kit per l'emergenza	
Discutere delle opzioni per il controllo degli odori	
Nutrizione/Istruzioni dietetiche	
Bagni	
Attività/viaggi	
Modifiche del vestiario	
Problemi sulla funzionalità sessuale	
Assistenza Finanziaria (A.D.P., DVA, Private Insurance, Social Assistance, Disability)	
Gruppo di Supporto della United Ostomy Association of Canada	
Ostomy Visitor	
Istruzioni alla dimissione	

Colostomia: Insegnamento Completato	Data & Iniziale
Cura della ferita perineale (se presente)	
Drenaggio del muco per via rettale (se il retto è presente)	
Cura di una fistola mucosa (se presente)	
Informazioni sull'irrigazione della colostomia	
Prove di un'irrigazione alla colostomia (opzione)	
Costipazione/diarrea/gas	

Ileostomia: Insegnamento Completato	Data & Iniziale
Cura della ferita perineale (se presente)	
Drenaggio del muco per via rettale (se il retto è presente)	
Perdita di sodio e reintroduzione	
Perdita di potassio e reintroduzione	
Ostruzione e gestione	
Sbilanciamento dei fluidi e trattamento	
Farmaci	

Urostomia: Insegnamento Completato	Data & Iniziale
Connessione della sacca ad una borsa da gamba (opzione)	
Connessione della sacca ad un drenaggio da letto (opzione)	
Cura del drenaggio da letto e/o borsa da gamba	
Muco nelle urine	
Introduzione di liquidi/succo di mirtillo	
Infezione del tratto urinario	
Fuoriuscita di urina dallo stoma	

Firma dell'infermiere:

Iniziali:

Firma dell'infermiere:

Iniziali

Reproduced with permission from ET NOW, CarePartners, Waterloo, Ontario.

Appendice F: Informazioni sulla Sessualità

Intimità e Sessualità
▪ Valutare la relazione pre-operatoria del cliente con il partner o le relazioni precedenti che hanno potuto avere ▪ Riassicurare il cliente/partner che potranno riprendere i rapporti intimi una volta che avranno recuperato la forza e saranno guariti dall'intervento chirurgico ▪ Fare una revisione con il cliente/partner delle modifiche della funzionalità sessuale che possono avvenire in seguito ai vari trattamenti (es., chirurgia, radiazione, chemioterapia) ▪ Incoraggiare il cliente/partner a comunicare i loro sentimenti con il partner o con l'operatore sanitario ▪ Ricordare al cliente/partner che ci sono vari modi per esprimersi sessualmente ▪ Riassicurare il cliente/partner che la vicinanza fisica non danneggerà lo stoma ▪ Informare il cliente che non è necessario dire agli altri che si ha una stomia a meno che sentono che la relazione stia divenendo più seria o più intimo
Punti per il Cliente nelle Situazioni Intime
▪ Pianificare l'attività sessuale quando la stomia è meno attiva ▪ Evitare cibi che possano aumentare produzione di gas/odori ▪ Porre gocce di deodorante nella borsa ▪ Selezionare una borsa con un filtro per il gas ▪ Considerare sacche opache o coperte con un coprisacca o con una fascia di seta ▪ Cambiare con una piccola "mini" borsa o cappuccio per lo stoma ▪ Svuotare o cambiare la sacca prima dell'attività sessuale ▪ Aggiungere una cintura per stomie se desiderato ▪ Assicurarsi che le sacche siano sicure e bene appropriate ▪ Utilizzare profumi/colonie ▪ Portare ornamenti intimi per aumentare la sensualità e camuffare lo stoma ▪ Sperimentare posizioni diverse ma comode ▪ Ascoltare musica per evitare di sentire suoni potenzialmente imbarazzanti ▪ Se si verificano incidenti, parlare di sentimenti/emozioni
Siti Web
www.ideas-na.com www.intimatemomentsapparel.com www.mtsinai.on.ca www.weircomfees.com www.meetanostomate.com

Source: Bressmer et al. (2008) Reprinted with permission.

Appendice G: Semplice Form per la Valutazione

Record per la Valutazione della Stomia

INFORMAZIONI CHIAVE

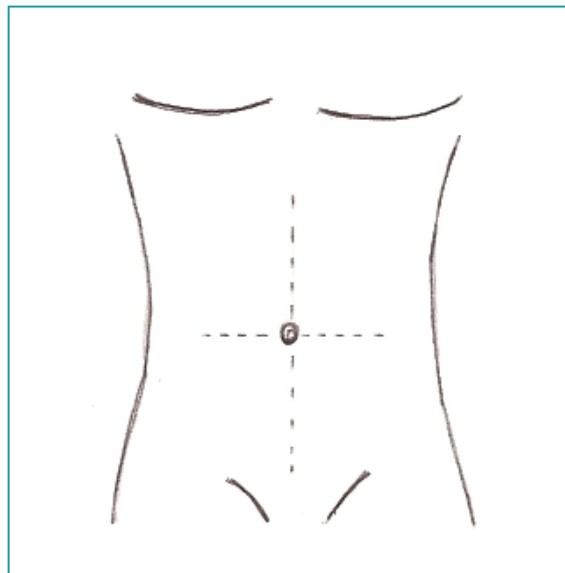
Chirurgia: _____ Data: _____

Tipo di stomia:

☐ Colostomia	☐ Ileostomia	☐ Urostomia	☐ Fistola mucosa
☐ Altro: _____			
☐ Permanente	☐ Temporanea	☐ Data approssimativa di chiusura	
☐ Fine stoma	☐ Stomia laterale	☐ Tubo in situ	Data rimozione:
☐ Stent urinario	Data di rimozione:		
☐ Catetere			

LOCAZIONE DELLO STOMA

Legenda:	
S	Stoma
T	Tubi
W	Ferite
MF	Fistola Mucosa
BP	Prominenze ossee
SF	Pieghe cutanea



VALUTAZIONE

Iniziale valutazione in ogni cambio dell'applicatore nelle prime 6 settimane, od ogni qualvolta viene scoperto un problema.

		Data:						
STOMA								
Dimensione	Bordo (guida per la misurazione utilizzata per lo stoma)							
	Ovale (misura lunghezza e larghezza)							
Colore	Rosso (adeguato supporto ematico)							
	Pallido (diminuzione dell'emoglobina)							
	Rosso scuro/color porpora (indica sofferenza)							
	Da grigio a nero (ischemia - non supporto ematico)							
Altro:								
Apparenza	Salutare (lucida e umida)							
	Tesa (edematosa)							
	Lacerata (lo stoma è stato tagliato o torto)							
	Granulomatoso (noduli sullo stoma)							
Protrusione	Normale (tra 1,5 - 2,5 cm)							
	Flush (mucosa a livello dello stoma)							
	Retratta (sotto il livello della cute)							
	Prolassata (maggiore di 5 cm in lunghezza)							
Altro:								
GIUNZIONE MUCOCUTANEA								
Intatta	(Sutura intorno allo stoma intatta)							
Separata	a ore _____ (stoma separata dalla cute)							
CUTE PERISTOMALE								
Colore	Salutare (nessuna differenza dalla superficie della cute adiacente)							
	Eritema (rosso)							
	Ferita (colore dal porpora al giallo)							
Integrità	Intatta (nessuna ferita cutanea)							
	Macerata (con cute friabile, troppa umidità)							
	Erosione (danno cutaneo superficiale)							
	Rash (la comparsa improvvisa di lesioni)							
	Ulcerazione (una ferita tra gli strati della ferita)							
	Altro:							
Turgore	Normale (leggero, buona elasticità)							
	Flaccido (debole e flaccido)							
	Compatto (duro)							
Fattori di predisposizione	Eczema, psoriasi							
Altro:								

EVACUAZIONI							
Feci	Consistenza: Formate						
	Dure						
	Pastose						
	Sfatte						
	Passaggio dei flati						
	Non funzionante (non passano feci o gas)						
	Normale evacuazione (750 – 1000ml)						
	Evacuazioni aumentate (> di 1500ml/24h)						
	Diminuite evacuazioni (< di 500 ml/24h)						
Urine	Colorazione: Ambra/ocra						
	Tinte di rosa						
	Rosse						
	Chiarezza: Chiare						
	Opache						
	Sedimento						
	Odore: Nessuno						
	Medio						
	Forte						
	Normale eliminazione (1200-2500 ml/24 h)						
	Elevata eliminazione (> di 2500/24 ore)						
	Bassa eliminazione (< di 120 ml/24h)						
PERCEZIONE DEL PAZIENTE							
	Impegno/pone domande						
	Preferisce non parlare del cambio stomia						
APPLICATORE UTILIZZATO							
	Un pezzo						
	Due pezzi						
	Convessità						
	Pasta/strips/barriera sigillante						
	Polvere per stoma						
	Fascia						

Firma:

Iniziali

Firma:

Iniziali

Firma:

Iniziali

Firma:

Iniziali

La RNAO vorrebbe ringraziare i membri del panel Karen Bruton, RN BScN(c), ETN, e Helen Fatum, RN, BScN, ETN, per aver sviluppato questa forma di valutazione.

Appendice H: Farmaci e Funzioni della Stomia

Classe dei farmaci	Tipo di farmaco	Tipo di stomia	Commenti generali
Analgesici	Acetaminofene	Condotto ileale Ileostomia	- Urine torbide, ematuria, rash cutaneo. - Gli analgesici non devono essere a durata prolungata per le ileostomie - Diarrea in overdose
	Salicilati	Ileostomia	- Assumerlo con i cibi per l'assorbimento - Evitare farmaci con copertura enterica a causa dell'assorbimento prolungato
		Colostomia	Colorazione delle feci: rosa, rosso può essere indice di sanguinamento intestinale
	Oppiacei	Colostomia Ileostomia	- Monitorare i modelli di eliminazione fecale - Costipazione: può richiedere ammorbidenti delle feci per colostomia discendente o sigmoidea - Feci dense, ileo paralitico
Adrenocorticosteroidi	Glucocorticosteroidi	Cute peristomale	Perdita di peli, petecchie, iperpigmentazione, dermatite allergica
Antiacidi	Nota: prodotti con alluminio, magnesio, calcio	Ileostomia Colostomia	- Controindicati nelle ostruzioni intestinali - Può causare diarrea, costipazione - Può causare scolorazione o chiazze nelle feci - L'uso cronico può indurre dipendenza

Antibiotici		Condotto ileale Ileostomia Colostomia	▪ Danno renale, nefrotossicità ▪ Nausea, vomito, diarrea da moderata a grave ▪ Enterocolite, mucosite ▪ Colite pseudomembranosa – rara ▪ Rash cutaneo peristomale
Antifungini		Condotto ileale Ileostomia Colostomia	▪ Superinfezioni del tratto GI con crescita di peluria nera sullo stoma ▪ Cattivo odore delle feci e dell'urina
Anticoagulanti	Eparina Warfarin	Condotto ileale Ileostomia Colostomia	▪ Sanguinamento nelle urine e nelle feci ▪ Diarrea ▪ Aumento del sanguinamento della mucosa stomale ▪ Ileostomia: normale introduzione dietetica per mantenere un adeguato consumo di vitamina K; può richiedere prescrizione
Antidiarroici		Ileostomia Colostomia	▪ Costipazione, rash, nausea, vomito, anoressia ▪ Ileo paralitico
Antiflatulenti		Ileostomia Colostomia	▪ Reazioni collaterali di nessun significato clinico noto o controindicazioni
Antineoplastici (agenti chemioterapici)			▪ A causa di una vasta classificazione degli agenti chemioterapici, è raccomandabile consultare un Farmacista specializzato nei farmaci oncologici
			▪ Diarrea, nausea, vomito, feci nere,

		Ileostomia Colostomia	costipazione ▪ Dermatiti, mucositi, sanguinamento inusuale dallo stoma, ingiallimento dello stoma
		Condotto ileale	▪ Cambiamento del colore delle urine, ematuria
Lassativi	Formanti massa Ammorbidenti Stimolanti	Ileostomia Colostomia	▪ A causa della varietà dei prodotti consultare il farmacista per le implicazioni specifiche ▪ Non raccomandati per le ileostomie eccetto l'uso dei formanti massa in alcune situazioni ▪ Controindicati nelle ostruzioni intestinali, ulcerazioni, impaccio, dolore addominale. Non sono un sostituto della dieta ricca di fibra ▪ L'uso a lungo termine causa scolorimento marrone della mucosa chiamata melanosi coli ▪ Dipendenza dai lassativi
	Iperosmotici	Ileostomia	▪ Diarrea eccessiva, crampi addominali, disidratazione, squilibrio degli elettroliti
	Lubrificanti	Ileostomia Colostomia	▪ Usare con cautela con le colostomie e ileostomie ▪ Non raccomandato nei bambini fino ai 6 anni e nell'anziano per la possibilità di polmoniti d'aspirazione ▪ Irritazione della cute peristomale

			Interferisce con il sistema sigillo della stomia intorno allo stoma
	Supposte	Colostomia	Le supposte non sono raccomandate
	Enema	Ileostomia	MAI EFFETTUARLI NELLE ILEOSTOMIE E NEI CONDOTTI ILEALI
		Colostomie	- Scarsi benefici per le colostomie ascendenti e trasverse a causa delle feci pastose - Per le colostomie discendenti e sigmoidee, può aiutare e rimuovere feci residue o sostanze particolate nelle procedure radiologiche post-diagnostiche - Può essere usato per pulire le fistole mucose del piccolo intestino usando normale soluzione fisiologica - Può essere usato per pulire le fistole mucose del grosso intestino usando soluzione prescritte - Per minimizzare il rischio di perforazione intestinale usare un punta di cono per somministrare il farmaco
Controllo chimico dell'odore		Ileostomia Colostomia	Mai utilizzare l'aspirina come deodorante della sacca a causa della possibilità di ulcerazioni Leggere attentamente le

		Condotto ileale	istruzioni per la somministrazione: orale (uso interno) o nell'inserimento della sacca (uso esterno) Non necessita di deodoranti, ma può essere usato dell'aceto diluito nella sacca da letto
	Composti di bismuto subcarbonato		- Può essere orale o inserito nella sacca - Oralmente può causare feci scure o costipazione
	Composti di clorofilla		- Può essere orale o inserito nella sacca - Oralmente può dare luogo a feci verdastre, sciolte e macchiare la lingua di verde
Contraccettivi orali		Ileostomia Colostomia	- Assorbito maggiormente nella parte più prossimale dell'ileo (piccolo intestino) con buon effetto - Il cliente dovrebbe essere istruito a controllare se nella sacca ritrova pezzi della pillola che indica malassorbimento - Ai clienti con riconosciuta sindrome di "intestino corto" dovrebbe essere consigliato un metodo alternativo
Vitamine		Ileostomia	- Possibile malassorbimento di Vit B12, monitorare - Le pillole gastroresistenti possono non essere

			assorbite, perciò potrebbero essere necessarie dosi aggiuntive
		Condotto ileale	▪ L'acido ascorbico in associazione con sulfamidici può essere controindicato a causa della cristallizzazione renale ▪ La Vit. C può causare dermatite peristomale ▪ Solitamente le vitamine possono causare un aumento dell'odore delle feci e dell'urina e possono alterare l'odore delle urine
		Colostomia	

La RNAO desidera ringraziare Rob Campbell, Direttore di BScPhm, Farmacia Ambulatoriale, Centro delle Scienze della Salute Londinese, per il suo contributo alla tabella dei farmaci.

Appendice I: Punti per la Gestione Nutrizionale nell'Ostomy Care

Segni e sintomi di disidratazione

- Capogiro
- Sensazione di svenimento
- Sensazione di sete
- Bocca e lingua asciutta
- Produzione ridotta di urina
- Urina giallo scura
- Sensazione d'agitazione o inquietudine

Cibi che possono addensare le feci:

- | | |
|-----------------------|------------------|
| ▪ Salsa di mele | ▪ Pane |
| ▪ Burro di Noccioline | ▪ Patate |
| ▪ Banane | ▪ Tapioca |
| ▪ Fiocchi d'avena | ▪ Formaggio |
| ▪ Crakers | ▪ Marshmallows |
| ▪ Pasta | ▪ Farina d'avena |
| ▪ Riso | |

Cibi che possono ammorbidire la feci:

- Alcol (birra, vino e liquore)
- Liquirizia nera
- Cioccolato al succo della prugna
- Legumi
- Cibi speziati
- Bevande che contengono caffeina (tè, caffè, cola)

American Dietetic Association and Dietitians of Canada, (2000)

Cibi ricchi di sodio e contenuto approssimativo di sodio		
Articolo	Quantità	Contenuto di sodio
Tavoletta di sale	1 cucchiaino	2373 mg
Brodo	250 ml	1217 mg
Cocktail vegetale	250 ml	690 mg
Bacon	1 fetta	178 mg
Formaggio Cheddar	2 (50g)	310 mg
Prosciutto	1 fetta	436 mg
Zuppa in scatola	250 ml	1660 mg
Salamoia	1 media	833mg
Pizza surgelata	100 g	555 mg
Salsiccia	1	821 mg
Hot dog	1	670 mg
Pancake	1 medio	368 mg
Formaggio Cottage 2% mf	125 ml	485 mg
Cibi ricchi di potassio e contenuto approssimativo di potassio		
Articolo	Quantità	Contenuto di sodio
Banana	1 larga	487 mg
Albicocche secche	½ tazza	930 mg
Siero di latte	250 ml	466 mg
Latte 2%	250 ml	473 mg
Succo d'arancia	250 ml	500 mg
Pesca cruda	1 media	186 mg
Pomodoro crudo	1 medio	292 mg
Patata cotta al forno	1 media	926 mg
Patate fritte	Porzione media	923mg
Cereali All bran	½ tazza	408 mg
Contenuto di potassio e sodio nelle bevande sportive		
Gatorade 250 ml	Sodio: 102 mg	Potassio: 28 mg
(Health Canada, 2008)		

Segni e sintomi di occlusione della ileo e colostomia

- Dolore addominale con crampi con produzione acquosa o nessuna produzione di feci
- Produzione alta di feci liquide fino a nessuna produzione di feci nessuno flato o riduzione
- Nausea e vomito
- Distensione addominale
- Gonfiore Addominale

Colwell, Goldberg, & Carmel, 2004

Cibi che possono provocare occlusione e da evitare comunemente nelle prime 6–8 settimane dal post-operatorio:

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| ▪ Crusca di grano comune | ▪ Sedano |
| ▪ Salsiccia | ▪ Germogli di fagiolo |
| ▪ Noci | ▪ Funghi crudi |
| ▪ Vegetali cinesi | ▪ Mais intero |
| ▪ Frutta disidratata | ▪ Ananas crudo |
| ▪ Popcorn | ▪ Buccia dell'arancia |
| ▪ Nocciole/semi della frutta | |

Cibi che producono comunemente gas:

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| ▪ Legumi | ▪ Cipolla |
| ▪ Cetriolo | ▪ Buccia di mele |
| ▪ Melone | ▪ Birra |
| ▪ Uova | ▪ Cavolo cappuccio |
| ▪ Broccoli | ▪ Lattuga |
| ▪ Rapa | ▪ Bevande gasate |
| ▪ Bibite di cavolfiore | ▪ Cavoli di Bruxelles |

Cibi che comunemente aumentano il cattivo odore e scolorano le evacuazioni:

- Aglio
- Pesce
- Asparago
- Uova
- Barbabietole - possono scolorare le urine, provocando una tinta rossastra

Istruzioni Generali per il cliente con stomie nel post-operatorio:

- Masticare completamente il cibo.
- Dentiere scadenti o inappropriate o denti mancanti possono richiedere una modifica della dieta ed eliminare alcuni cibi che, se non masticati bene, possono condurre a potenziale occlusione.
- Nella fase iniziale del post-operatorio, la peristalsi può essere aumentata, determinando la presenza di cibo non digerito nella sacca della stomia. Il cliente dovrebbe essere riassicurato che, nel tempo, il transito si ridurrà e con la corretta masticazione, il cibo sarà parzialmente, se non completamente, scomposto.
- Evitare di consumare eccessivamente un solo cibo, specialmente se è un cibo che può provocare occlusione.
- Dopo 6–8 settimane, la maggior parte dei clienti possono ritornare ad una dieta normale. Comunque, è consigliabile consumare 4–6 piccoli pasti piuttosto che 2–3 grandi al giorno, per permettere al tratto digestivo di digerire meglio ed assorbire. Questo è vero specialmente per coloro che hanno una ileostomia. Ai clienti è consigliato di diminuire il pasto serale se viene interrotto il sonno a causa del riempimento della sacca nel mezzo della notte, o di ridurre l'introduzione di liquidi alcune ore prima di coricarsi nel caso di una urostomia.
- Evitare di usare cannucce, bibite gassate o saltare i pasti poiché può provocare un eccesso di gas nella sacca.

Appendice J: Foglio per l'Insegnamento delle gestione della stomia

Stomie - Diagramma di Flusso per l'Insegnamento – STOMIE URINARIE

Mete di conoscenza: Completare tutti i passi entro 6 settimane nel post-operatorio. Questa tabella aiuterà il Paziente e l'Infermiere a localizzare il progresso e ad imparare le necessità del pre e del post - operatorio.

Comprensione del paziente di questo processo:

A = Capace di capire/descrivere R = Richiede rinforzo Incapace di capire ☐
(indicare la variazione)

Or Data: _____ DIMISIONE Data: _____

Mete di conoscenza:	pre-Op	In H.	Casa Sett.1	Casa Sett.2	Casa Sett.3	Casa Sett.4	Casa Sett.5	Casa Sett.6
1. Discutere sulle sensazioni che si hanno sull'intervento e sulla stomia								
2. Revisione dei gruppi di supporto/risorsa								
3. Revisione dell'anatomia e fisiologia del tratto GU prima/dopo l'intervento								
4. Revisione del tipo di chirurgia e stomia								
5. Revisione dei supporti per la stomia e come facilitare i finanziamenti								
6. Gestione e prevenzione dell'odore urinario								
7. Revisione della necessità dietetica e dei liquidi								
8. Segni e sintomi di infezioni del tratto urinario								
9. Come ottenere un campione d'urina se si sospetta una IVU								
10. Gestione del sistema notturno								
11. Cambio della dimensione della stomia x 6 sett.								
12. Gestione e condizione della cute peristomale								
13. Bagno e lavaggio								
14. Ritorno all'attività								
15. Socializzazione, ritorno al lavoro/scuola								
16. Viaggi								
17. Intimità e sessualità								
18. Descrivere il cambio del sistema								
Altro:								

Stomie - Diagramma di Flusso per l'Insegnamento - STOMIE URINARIE - Continua

Gestione di Procedure: Completare tutti i passi entro 6 settimane nel post-operatorio

Infermiere/Ospedale per la Terapia Enterostomale: _____

Telefono: _____

Livello dell'indipendenza paziente: D = Dipendente A = Richiesta d'Assistenza
I = Indipendente

In-ospedale: minimo richiesto, indipendenza con #1-4 prima della dimissione.
Idealmente, #1-20 praticato con supporto prima della dimissione

A casa: mantenere l'indipendenza con #1-4; meta dell'indipendenza con #5-20 nelle settimane 4-6

Gestione di Procedure:	pre-Op	In H.	Casa Sett.1	Casa Sett.2	Casa Sett.3	Casa Sett.4	Casa Sett.5	Casa Sett.6
1. Guardare/toccare lo stoma								
2. Svuotare la sacca								
3. Connettere/sconnettere il sistema notturno								
4. Pulire il sistema notturno								
5. Raggruppare/preparare le forniture di routine per il cambio								
6. Rimuovere il sistema della sacca								
7. Pulire lo stoma e la cute peristomale								
8. Ispezionare e descrivere le condizioni dello stoma e della cute peristomale								
9. Rimuovere l'aria dalla cute peristomale, se necessario								
10. Misurare lo stoma								
11. Tracciare un modello sulla parte posteriore della flangia								
12. Tagliare/modellare un'apertura nella flangia								
13. Aggiungere un disco barriera se necessario dietro alla flangia								
14. Valutare se la cute è pulita e secca								
15. Posizionare la flangia sulla cute								
16. Attaccare la sacca alla flangia (se usata)								
17. Chiudere il tappo								
18. Attaccare la fascia alla stomia (se usata)								
19. Scartare il materiale usato								
Altro:								

Stomie - Diagramma di Flusso per l'Insegnamento – STOMIE FECALI

Mete di conoscenza: Completare tutti i passi entro 6 settimane nel post-operatorio

Questo documento aiuterà il paziente e l'infermiere a tracciare il progresso e i bisogni d'apprendimento nel pre e nel post- operatorio

Il paziente capisce questi processi:

A = Capace di capire/descrivere **R** = Richiede rinforzo

Incapace di capire (indicato nella varianza)

OR Data: _____ DIMISSIONE Data: _____

Mete di conoscenza:	pre-Op	In H.	Casa Sett.1	Casa Sett.2	Casa Sett.3	Casa Sett.4	Casa Sett.5	Casa Sett.6
1. Discutere sulle sensazioni che si hanno sull'intervento e sulla stomia								
2. Revisione dei gruppi di supporto/risorsa								
3. Revisione dell'anatomia e fisiologia del tratto GU prima/dopo l'intervento								
4. Revisione del tipo di chirurgia e stomia								
5. Revisione dei supporti per la stomia e come facilitare i finanziamenti								
6. Gestione e prevenzione dei gas e odori								
7. Revisione della necessità dietetica e dei liquidi								
8. Segni e sintomi di ostruzione e gestione								
9. Segni e sintomi di diarrea e disidratazione								
10. Segni e sintomi di costipazione								
11. Cambio della dimensione della stomia x 6 sett.								
12. Gestione e condizione della cute peristomale								
13. Bagno e lavaggio								
14. Ritorno all'attività								
15. Socializzazione, ritorno al lavoro/scuola								
16. Viaggi								
17. intimità e sessualità								
18. Descrivere il cambio del sistema								
Altro:								

Stomie - Diagramma di Flusso per l'Insegnamento - STOMIE FECALI - Continua

Gestione di Procedure: Completare tutti i passi entro 6 settimane nel post-operatorio

Infermiere/Ospedale per la Terapia Enterostomale: _____

Telefono: _____

Livello dell'indipendenza paziente: D = Dipendente A = Richiesta d'Assistenza

I = Indipendente

In-ospedale: minimo richiesto, l'indipendenza con #1-4 prima della dimissione. Idealmente, #1-20 praticato con supporto prima della dimissione

A casa: mantenere l'indipendenza con #1-4; meta dell'indipendenza con #5-20 nelle settimane 4-6

Gestione di Procedure:	pre-Op	In H.	Casa Sett.1	Casa Sett.2	Casa Sett.3	Casa Sett.4	Casa Sett.5	Casa Sett.6
1. Guardare/toccare lo stoma								
2. Svuotare la sacca								
3. Liberare il gas dalla sacca								
4. Aggiungere deodorante alla sacca (opzione)								
5. Raggruppare/preparare le forniture di routine per il cambio								
6. Rimuovere il sistema della sacca								
7. Pulire lo stoma e la cute peristomale								
8. Ispezionare e descrivere le condizioni dello stoma e della cute peristomale								
9. Rimuovere l'aria dalla cute peristomale, se necessario								
10. Misurare lo stoma								
11. Tracciare un modello sulla parte posteriore della flangia								
12. Tagliare/modellare un'apertura nella flangia								
13. Aggiungere pasta o un disco barriera se necessario dietro alla flangia								
14. Valutare se la cute è pulita e secca								
15. Posizionare la flangia sulla cute								
16. Attaccare la sacca alla flangia (se usata)								
17. Chiudere l'estremità della sacca con una clip o con chiusura integrata								
18. Attaccare la fascia alla stomia (se usata)								
19. Scartare il materiale usato								
Altro:								

Reprinted with permission from Toronto Community Care Access Centre.

Ringraziamenti: Toronto Central CCAC - Joanne Greco, Director, Client Services; Toronto Central CCAC - Dipti Purbhoo, Manager, Client Services; Toronto Central CCAC - Raquel Lashley, Care Coordinator; SEHC Metro Toronto - Maureen Cooling, RN, ET; Spectrum Health Care - Holly Murray, RN, BScN, WOCN; University Health Network - Debra Johnston, RN, BScN, ET; University Health Network - Claudia Ganson, RN, BScN, ET; ParaMed Home Health Care - Estrella Mercurio, RN, BScN, ET; Toronto East General Hospital - JoAnne McKeown, RN, BScN, WOCN; St. Michael's Hospital - Jo Hoeflok, RN, BSN, MA, ET, ACNP, CGN (C), Sunnybrook Health Sciences Centre - Debbie Miller, RN, BScN, MN, ET; Ostomy Toronto - Carol Roda.



Appendice K: Capitolo dell'Ontario, United Ostomy Association of Canada

Belleville, Quinte West & Area Chapter
p. 613-399-3010

Brantford & District Ostomy Association
p. 519-752-5037

Halton Peel Counties
p. 905-542-2386

Hamilton & District Ostomy Association
p. 905-389-8822

Kitchener/Waterloo Area Ostomy Chapter
p. 519-894-4573

Kawartha District Chapter
p. 705-292-9910

London & District Ostomy Association
p. 515-641-2782

Niagara Ostomy Association
p. 905-646-2228

North Bay Ostomy Association
p. 705-474-8600, ext. 2065

Oshawa & District Ostomy Association
p. 905-665-1711, ext. 558

United Ostomy Support Group, Ottawa Inc.
p. 613-447-0361

Sarnia/Lambton Chapter
p. 519-344-9060

Stratford & District Ostomy Association
p. 519-273-4327

Sudbury & District Ostomy Association
p. 705-693-3847

UOAC Sault Ste. Marie Chapter
p. 705-759-4940

Thunder Bay (Sleeping Giant)
p. 807-344-7736

Ostomy Toronto
p. 416-596-7718

Windsor & District Ostomy Association
p. 519-727-0488

For additional Chapter information (websites, contact person) refer to:
United Ostomy Association of Canada Inc. www.ostomycanada.ca

Appendice L: Informazioni Risorsa

Organization	Resource Description
Bladder Cancer “Webcafe” http://blcwebcafe.org	Online resource for people diagnosed with bladder cancer and those who care for them
Canadian Association of Enterostomal Therapy 1720 ch Norway Town of Mount Royal, Québec, H4P 1Y2 p. 1-888-739-5072 www.caet.ca	Education booklets online (colostomy, ileostomy, urostomy)
Canadian Cancer Society p. 1-888-939-3333 www.cancer.ca	Educational material online (e.g., information on types of cancer; available in numerous languages)
Canadian Society of Intestinal Research p. 1-866-600-4875 www.badgut.com	Educational material online (e.g., symptoms, treatment, research, support groups available)
Cancer Care Ontario 620 University Avenue Toronto, Ontario, M5G 2L7 p. 416-971-9800 www.cancercare.on.ca	Educational material online (e.g., prevention, screening for various types of cancer; services available in Ontario)
Colorectal Cancer Association of Canada 60 St. Clair Avenue East Suite 204 Toronto, Ontario, M4T 1N5 p. 416-920-4333 www.colorectal-cancer.ca	Educational material online (e.g., screening, treating, nutrition, research)
Crohn’s & Colitis Foundation of Canada 60 St. Clair Avenue, East, Suite 600 Toronto, Ontario M4T 1N5 www.ccfc.ca	Educational material online (e.g., Crohn’s Disease, Colitis, nutrition, sexuality)
Friends of Ostomates Worldwide – Canada 19 Stonehedge Park Ottawa, Ontario, K2H 8Z3 www.fowcanada.org	Non-profit organization operated by volunteers. Sends supplies and literature to countries around the world
Gay and Lesbian Ostomates (GLO) Network www.glo-uooa.org	Support group for gay/lesbian/bisexual ostomates, their partners, family, caregivers and friends

Organization	Resource Description
International Ostomy Association www.ostomyinternational.org	An international association, run by ostomates, to provide information and management guidelines to member associations, to help form new ostomy associations, and advocate on all ostomy-related matters and policies.
Krames Health and Safety Education Product Catalogue Superior Medical Limited 520 Champagne Drive Toronto, Ontario, M3J 2T9 www.superiormedical.com	Education booklets for purchase for organizations (colostomy, ileostomy, urostomy)
Mount Sinai Hospital www.mountsinai.on.ca	Information on “Pelvic Pouch Procedure”
Ostomy Toronto 344 Bloor Street West, Suite 501 Toronto, Ontario, M5S 3A7 p. 416-596-7718 www.ostomytoronto.com	Educational material online (e.g., prevention, screening for various types of cancer; services available in Ontario)
Ostomy Resource Centre Toronto, Ontario p. 416-598-7718	Offer personal support, counselling, ostomy literature and video viewing
United Ostomy Associations of America p. 1-800-826-0826 www.uoaa.org	Educational material online (e.g., continent urostomy guide; ileoanal pouch, intimacy/sexuality and ostomy)
United Ostomy Association of Canada Inc. 344 Bloor St. West, Suite 501 Toronto, Ontario, M5S 3A7 www.ostomycanada.ca	Order educational material online
World Council of Enterostomal Therapists www.wcetn.org	An international association to provide an identity for those concerned with the care of people with stomas; to provide the opportunity for members to meet for the purpose of discussing common interests related to enterostomal therapy; to promote activities which will assist members engaged in enterostomal therapy to increase their knowledge and enhance their contribution to the subject of stoma therapy; and to promote increased awareness in others of the role and contribution of the WCET

Ostomy Manufacturers (Canadian Head Offices)

- Multiple resources available for nurses and clients (e.g., videos/DVDs, magazines, booklets, literature, ostomy products).
- Samples can be obtained by calling the manufacturer(s).

Coloplast Canada Corporation
3300 Ridgeway Drive, Unit 12
Mississauga, Ontario, L5L 5Z9
p. 1-888-880-8605
www.coloplast.ca

Convatec
2365 Cote-de-Liesse
Montréal, Québec, H4N 2M7
p. 1-800-465-6302
www.convatec.com

Hollister Incorporated
95 Mary Street
Aurora, Ontario, L4G 1G3
p. 1-800-263-7400
www.hollister.com

Nu-Hope Laboratories, INC.
www.nu-hope.com
• hernia belts, ostomy products & accessories

Ostomy Clothing and Accessories

Colo-majic Distribution Canada Ltd.
2892 McGill Crescent
Prince George, British Columbia, V2N 1Z6
p. 1-866-611-6028
www.colostomymajic.com
• flushable pouch liners for non-septic systems

Intimate Moments Apparel
www.intimatemomentsapparel.com

Weir Comfees
89A High Street
P.O. Box 1088
Sutton, Ontario, L0E 1R0
p. 1-866-856-5088
www.weircomfees.com

White Rose Collection
www.whiterosecollection.com

Financial Resources	
Northern and Indian Affairs infoPubs@ainc-inac.gc.ca p. 1-800-567-9604	
Ontario Provincial Government Assistive Devices Program (ADP) p. 1-800-268-6021 p. 416-327-8804 www.health.gov.on.ca/english/public/forms/form_menus/adp_fm.html • For permanent ostomies only • Forms online • Only for Ontario residents	
Provincial governments • Contact to determine what funding might be available	
Private insurance plans • Contact your provider to determine what may be covered	
Veteran's Affairs Canada p. 1-866-522-2122 (English) information@vac-acc.gc.ca	

Appendix M: Sample Ostomy Care Form

SURGERY Surgical procedure _____ Surgeon _____ Date of surgery _____ Further surgery anticipated: Yes ☐ No ☐ Unknown ☐ TYPE OF OSTOMY Ileostomy ☐ Colostomy ☐ Urostomy ☐ End ☐ Loop ☐ Mucous fistula ☐ Temporary ☐ Permanent ☐ Unknown ☐ Rod ☐ Stents (x) ☐ Catheter ☐ Date to D/C rod _____ By who _____ FUNDING ADP Form completed: Yes ☐ No ☐ (ADP not for temporary stomas) Private Insurance: Yes ☐ No ☐ Financial Support: DVA ☐ DIA ☐ HIN ☐ ODSP ☐ Employer ☐ WSIB ☐ Claim # _____ Other _____	EFFLUENT Stool: Liquid ☐ Pasty ☐ Thick ☐ Formed ☐ Urine: Clear ☐ Mucus ☐ Sanguineous ☐ PERISTOMAL SKIN Intact ☐ Red ☐ Moist ☐ Rash ☐ Mucocutaneous separation ☐ Other _____ Interventions: _____ _____ _____ MUCOUS FISTULA CARE Dressing daily ☐ Pouch ☐ # _____ FREQUENCY OF APPLIANCE CHANGE Once/week ☐ Twice/week ☐ Other _____ INDEPENDENCE WITH CARE Pouch emptying: Independent ☐ Requires assistance ☐ Caregiver dependent ☐ Flange/ pouch change: Independent ☐ Requires assistance ☐ Caregiver dependent ☐ Physical Impairments/Limitations ☐ DIET Regular diet ☐ (for Colo and Uro) Post ileostomy for _____ weeks ☐ Hydrations fluids: Minimum 1.5 L/day ☐ Minimum 2 L/day ☐ Other _____ STOMA SIZE/ CONSTRUCTION Size _____ Protruding ☐ Retracted ☐ Flush ☐ Oval ☐ Round ☐ Necrosis ☐ Stenosis ☐ Mucosal Sloughing ☐ Other _____	ALLERGIES TO PRODUCTS Yes ☐ No ☐ _____ _____ _____ MEDICATIONS (for ileostomies only) No slow release tablets ☐ No enteric coated tablets ☐ No laxatives ☐ SUPPLIER Hollister ☐ Conva Tec ☐ Coloplast ☐ Other _____ Type: 1-piece ☐ 2-piece ☐ Closure type: Clip ☐ Integrated ☐ Flange: Flat ☐ Convex ☐ Pouch: Drainable ☐ Closed end ☐ Urinary ☐ Urinary night set-up # _____ Quantity: 5 flanges ☐ 10 pouches ☐ ACCESSORIES Paste # _____ Belt # _____ Powder # _____ Barrier rings # _____ Other _____	OVERALL ADAPTATION _____ _____ _____ Physical Activity: No lifting (over 5 lbs) /pulling/pushing for 6 weeks ☐ Sexuality: Discussed ☐ N/A ☐ RESOURCES Ostomy teaching booklet ☐ Travel Tips ☐ Diet Instructions ☐ Discharge kit ☐ Ostomy Toronto ☐ List of retailers ☐ Resource guide ☐ Referral to ostomy visitor ☐ Completed by (print) _____ Signature _____ Phone _____ Date _____ ADDRESSOGRAPH _____ _____ _____
--	--	--	--

Reprinted with permission from Toronto Community Care Access Centre. Acknowledgements: Toronto Central CCAC - Joanne Greco, Director, Client Services; Toronto Central CCAC - Dipti Purbhoo, Manager, Client Services; Toronto Central CCAC - Raquel Lashley, Care Coordinator; SEHC Metro Toronto - Maureen Cooling, RN, ET; Spectrum Health Care - Holly Murray, RN, BScN, WOCN; University Health Network - Debra Johnston, RN, BScN, ET; University Health Network - Claudia Ganson, RN, BScN, ET; ParaMed Home Health Care - Estrella Mercurio, RN, BScN, ET; Toronto East General Hospital - JoAnne McKewen, RN, BScN, WOCN; St Michael's Hospital - Jo Hoeflok, RN, BSN, MA, ET, ACNP, CGN (C), Sunnybrook Health Sciences Centre - Debbie Miller, RN, BScN, MN, ET; Ostomy Toronto - Carol Roda.

Appendice N: Bisogni speciali e strategie di cura

Clienti con Bisogni Speciali	Strategie di cura/Dispositivi/Risorse d'Apprendimento
Pediatrico	▪ Giocattolo o bambola che indossa una sacca ▪ Fotografie di altri bambini con una stomia ▪ Storyboards, siti web, stanze per la chat ▪ Gruppi di supporti per i giovani (Bray & Saunders, 2006)
Compromissione della vista	▪ Stampe a caratteri grandi ▪ Istruzioni audio ▪ Illuminazione personalizzata, specchi che ingrandiscono per visualizzare lo stoma ▪ Sacca a due pezzi con scatto per guidare l'applicazione con l'udito ▪ Legare un nastro sull'addome per segnare la disposizione della barriera cutanea ▪ Barriera cutanea o sacca con stomia pre-tagliata ▪ Guida tattile per l'ubicazione della stomia e per la disposizione della barriera cutanea (Benjamin, 2002)
Costretti su sedia a rotelle	▪ Segnare se il paziente è su sedia a rotelle prima dell'intervento ▪ Sacca chiusa vs sacca drenabile per la gestione dell'accesso alla toeletta ▪ Estensione del tubo drenaggio per urostomia e per la stomia fecale per grandi quantità di feci ▪ Copertura estesa con prodotti barriera per la cute (Turnbull, 2007)
Gravidanza	▪ Collaborazione antenatale e cura postnatale tra OB/Gyn e GI ▪ Illuminazione personalizzata, specchi che ingrandiscono per visualizzare lo stoma ▪ Barriera cutanea flessibile e/o sacca adatta che si accomodi all'addome crescente ▪ Adesivo extra o film barriera cutanea per assicurare la sacca a causa della non adesività della pelle causata dalle modifiche ormonali ▪ Barriere cutanee pre-tagliate per evitare trauma allo stoma e sanguinamento dovuto all'aumentata vascolarizzazione dello stoma ▪ Aggiustare la barriera cutanea dello stoma aprendola frequentemente per accomodare la dimensione dello stoma con la crescita dell'addome ▪ Cintura addominale per addizionale supporto (Aukamp & Sredl, 2004)
Disabili mentali, inclusi gli analfabeti	▪ Immagini di Makaton, segni e simboli per la comunicazione www.makaton.org/about/ss_how.htm ▪ Uso di oggetti reali e fotografie per comunicare messaggi ▪ Parlare con un patologo, terapeuti ludici, drama therapist per aiutare la traduzione delle informazioni (Black & Hyde, 2004)

Appendice O: Lista di prodotti per le stomie

Categoria Generica	Descrizione dei prodotti	Indicazioni	Controindicazioni/Precauzioni
Sistema della sacca	- Un pezzo - la barriera cutanea e la sacca sono una cosa sola - Due pezzi - la barriera cutanea e la sacca aderiscono o scattano sopra la barriera cutanea	Fattori da considerare nella selezione del sistema della sacca - Tipo e consistenza delle evacuazioni - Dimensione & costruzione dello stoma - Abilità manuale e acuità visiva - Livello d'attività fisica - Risorse finanziarie - Preferenze	
Barriera cutanea	Costruita da polimeri sintetici o materiale naturale (karaya) per proteggere la cute dalle deiezioni Possano essere: - Piatti o convessi - Regolari o con copertura estesa - Con o senza nastro	- Obbligatorio per proteggere la pelle peristomale - Stomie scarsamente sporgenti: Le barriere convesse possono essere efficaci - Cute sensibile o allergica: Barriera con nastro o barriere con karaya possono essere efficaci	Usare la convessità con cautela su stomie post-operatorie o per ernie parastomali
	- Placca, stazionaria o senza flangia - Pre-tagliata o aperta modellabile - Disponibile in taglia adattabile ai neonati prematuri e ai bambini - Alcune barriere cutanee pediatriche sono disponibili senza buco	- Clienti nel post-operatorio recente: Barriere galleggianti aiutano a ridurre la pressione e il dolore sull'addome quando si attacca la sacca alla barriera - Le barriere pre-tagliate possono essere adatte ai clienti con scarsa destrezza	- Le barriere pretagliate non sono raccomandate per stomie ovali - Le barriere cutanee pediatriche hanno una tendenza a fondersi più rapidamente; sono meno flessibili e meno resistenti
Sacca	Varie dimensioni includendo neonati e taglie per i bambini - Drenabili - Chiusura finale - Evacuazione alta - Clip, chiusura con Velcro o becco - Chiara, opaca - Filtro per il gas	- Dipendente alla scelta personale - I sistemi per urostomia hanno un meccanismo anti-riflusso per prevenire che l'urina ritorni indietro - I filtri possono essere benefici per i clienti con aumentati flati - Richiedono speciali	- I filtri si possono occludere quando l'evacuazione è liquida; I filtri non sono raccomandati immediatamente nel post-operatorio - Le sacche opache non sono raccomandate immediatamente nel post-operatorio

		adattatori per evacuazioni alte e borse urinarie quando connesse al drenaggio diritto	
Polveri	Le polveri fanno sulla pelle una barriera materiale	- Assorbe l'umidità dalla lacrimazione della cute peristomale e promuove l'adesione della barriera - Aiuta la rimozione della pasta - Nei difetti di separazione dello riempimento mucocutaneo	Non necessaria su pelle peristomale intatta
Riempitivi	- Paste* - Pasta strip - Anello - Anelli: - Pre-tagliati - Modellabili - Convessi	- Usato per riempire le pieghe cutanee e le superfici cutanee che sono disuguali - Diminuzione del leakage sotto la barriera - Per aggiungere convessità ad una barriera * La pasta è un riempitivo, non una colla	- La maggior parte delle paste contengono alcool; Usare cautela su pelle escoriata - Usare una pasta senza alcool nei neonati prematuri
Sigillanti	- Fazzoletti - Spray	- Nei clienti con riconosciuta allergia ai prodotti adesivi - Condizioni cutanee come l'eczema - Modificazioni cutanee causate dalla chemioterapia - Previene lo stripping della cute - Può essere usato per impermeabilizzare la barriera cutanea	- Controindicato con barriere coprenti estese - Controindicato su pelle escoriata a meno che prodotti siano senza alcol - I prodotti senza alcool sono raccomandati su neonati prematuri
Sostanze che rimuovono gli adesivi	Fazzoletti	- Costruito su adesivi - Cute ipersensibile: dolore con i prodotti da rimozione	- Cute escoriata - Neonati prematuri
Cinture	Disponibile in taglie per adulto/pediatrico	- Aumentare la stabilità della barriera - Per clienti che sono fisicamente attivi e per situazioni intime se necessarie	- Assicura un appropriato adattamento - Evita uno stretto adattamento
Cinture per ernie	Disponibili in differenti formati	Ernia peristomale	Usato con cautela nella convessità
Deodorante	- Gels - Liquidi	- Riduce l'odore delle feci nella sacca - Deodora sistemi di drenaggio diritti (feci ed urina)	Questi prodotti sono da utilizzare SOLAMENTE nella sacca
Protettori per lo stoma		- Sport di contatto - Condizioni lavorative pericolose	

Appendice P: Contenuto del Programma Educazionale Stomizzati per erogatori di cure

Operatori sanitari	Curriculum	Orientamento
Operatori sanitari di supporto (PSW)	1. Le seguenti informazioni dovrebbero essere insegnate a livello di informazioni (Bloom's Taxonomy) così che il PSW possa descrivere l'effetto della chirurgia come relativa alla funzione della stomia a. Anatomia di base: i. Sistema genitourinario ii. Sistema gastrointestinale b. Procedure chirurgiche di base che danno luogo ad una stomia 2. Le informazioni seguenti dovrebbero essere insegnate ad un livello di informazioni (Bloom's Taxonomy) con capacità di riportare le anomalie ad un professionista sanitario a. Riconoscimento di una stomia normale e comune rispetto ad una anormale b. Riconoscimento di evacuazioni normali ed anormali per ileostomie; colostomie; urostomie c. Riconoscimento della cute peristomale normale ed anormale d. Informazioni generali sull'effetto della dieta nella produzione della stomia e. Veduta d'insieme generale dei tipi di prodotti di contenimento e prodotti ausiliari come pasta, polveri, barriera cutanea, sostanze per rimuovere l'adesivo, ecc f. Il ruolo dell'ETN, RN e RPN nella cura della stomia 3. Le seguenti informazioni dovrebbero essere insegnate a livello d'applicazione (Bloom's Taxonomy) a. Sostenere la normale igiene del cliente con una stomia b. Assistere nel medicare la stomia c. Preparare in modo appropriato un apparecchio che è stato predeterminato da un Professionista sanitario o dal cliente d. Rimozione dell'apparecchio e. Applicazione di un apparecchio predeterminato f. Gestione Adatta dei rifiuti dell'apparecchio g. Come ordinare un apparecchio od ottenere informazioni sull'ordinazione	Le seguenti informazioni dovrebbe essere insegnate per la comprensione e l'applicazione del livello relative ad uno specifico cliente. 1. Descrivere la malattia e la chirurgia che conduce alla stomia 2. Predire che genere di evacuazione avrà il cliente 3. Usare strumenti di valutazione predeterminati per assicurare che l'applicatore sia adattato correttamente 4. Rimuovere i vecchi apparecchi 5. Valutare l'uso dell'apparecchio 6. Preparare un nuovo applicatore 7. Applicare l'apparecchio 8. Fare una revisione delle procedure con il cliente 9. Riportare le anomalie specificamente per la persona designata

Operatori sanitari	Curriculum	Orientamento
INFERMIERE DI PRATICA REGISTRATO (RPN) L'infermiere professionale iscritto all'Albo è responsabile della sua abilità, delle conoscenze e giudizio, lavora in collaborazione con gli altri membri del team; cure stabili, clienti meno complessi con outcomes più prevedibili.	1. Le seguenti informazioni dovrebbero essere portate a livello di comprensione a. Scelte chirurgiche Generali per clienti che subiscono una stomia i. Localizzare la regione dell'intestino ii. Discutere gli effetti attesi sulle feci che dipendono dalla regione interessata b. Descrivere l'effetto potenziale della diminuzione del tempo di transito sui	▪ Le politiche e procedure in ospedale riferite ad una stomia ▪ I soliti tipi di stomie per i clienti ricevuti in ospedale ▪ Strumenti di documentazione ▪ Tipi di prodotti disponibili ▪ Come ordinare prodotti con e senza formulario ▪ Come consultare l'ETN ▪ Discussione del ruolo di altri

L'infermiere professionale iscritto all'Albo possiede conoscenze di pratica clinica focalizzate o di base, decision-making, pensiero critico, utilizzazione di ricerca e leadership. I RPN avranno maggiore autonomia quando curano un cliente con condizioni meno complesse. Come aumenta la complessità del cliente è necessaria un aumento del bisogno di RPNs, di supervisori o di medici. La complessità di cura dei bisogni del cliente (inclusi i bisogni biopsicosociali, culturali, emotivi e le necessità di imparare) Pratica autonoma del RPN: I bisogni di cura definiti e stabiliti Meccanismi di coping e sistemi di supporto in luogo ed efficacia Condizione di salute ben controllate o gestite Piccole fluttuazioni delle condizioni nel tempo Il cliente è un individuo, famiglia o gruppo Predittibilità Pratica autonoma del RPN: - Outcomes Prevedibili (momento e natura) (es., il cliente con paraplegia la cui cura è ben stabilita e le conseguenze sono prevedibili) - Cambi Prevedibili delle condizioni di salute Rischio di outcomes negativi in risposta alla cura Pratica autonoma del RPN: - Risposte prevedibili, localizzate e gestibili - Segni e sintomi ovvi College of Nurses of Ontario Practice Linee guida: Utilization of RNs and RPNs	farmaci. - Il potenziale delle reazioni avverse ai farmaci che sono assorbite troppo rapidamente o non sono assorbite - Le seguenti informazioni dovrebbero essere insegnate a livello applicativo: - Adegua il prodotto adatto alle necessità del cliente su pazienti non complicati - Selezione e applicazione di una larga varietà di prodotti per stomie - Le seguenti informazioni dovrebbero essere insegnate a livello di analisi: - L'anatomia genitourinaria e il sistema gastrointestinale - Compendiare le conseguenze dei vari interventi chirurgici alla normale funzione come risultato della locazione chirurgica - L'anatomia, la fisiologia e la funzione del sistema Tegumentale - Scoprire i cliente che hanno specifici fattori che colpiscono il sistema Tegumentale relativo alla stomia - Le seguenti informazioni dovrebbero essere insegnate a livello di sintesi: - Compilare un accertamento focalizzato della stomia - Differenziare la presentazione di una stomia normale da una anormale - Compilare un accertamento focalizzato sulle evacuazioni della stomia - Riconoscimento di produzione di evacuazioni normali ed anormali per le ileostomie; colostomie; urostomie - Compilare un accertamento focalizzato sulla cute perilesionale - Differenziare tra ciò che è normale ed anormale - Identificare le comuni reazioni cutanee peristomali - Proporre protocolli di trattamento standard per le reazioni cutanee - Proporre indicazioni per l'uso di prodotti tegumentari usati di solito nella cura della stomia - Le seguenti informazioni dovrebbero essere insegnate a livello di valutazione. - Valutare l'effetto della dieta sulla produzione della stomia - Raccomandare modifiche dietetiche per la diarrea, il gas, la stipsi - Scegliere apparecchi adatti, per clienti stabili non complicati - Valutare l'efficacia di questi apparecchi	caregivers, es. PSW Impraticarsi con la pianificazione e l'implementazione della cura di un cliente con una stomia attraverso lo studio di casi o compiti del cliente
--	--	--

Infermiere Professionale (RN) “Il RN riconosce, analizza ed interpreta le deviazioni delle risposte predette del cliente e cambia autonomamente il piano di cura.” Il RN può "ordinare" un altro RN o un RPN per erogare la cura relativa alla ferita. Il curriculum per RPN e RN è simile ma il RN deve avere una comprensione più profonda. College of Nurses Practice Guideline: Utilization of RNs and RPNs	- Le seguenti informazioni dovrebbero essere insegnate a livello applicativo - Interpretare la rilevanza delle differenti scelte chirurgiche generali per clienti che subiscono chirurgia stomaterapica - Localizzare la regione dell'intestino - Fare una revisione delle specifiche chirurgie e riferirsi all'anatomia della funzione o alla perdita di funzione (B12, colpisce la nutrizione, ecc.) - Predire gli effetti sulle feci che dipendono dalla regione - Interpretare il potenziale effetto del diminuito tempo di transito su specifici farmaci. - Potenziati reazioni avverse ai farmaci essendo assorbiti troppo rapidamente o non essendo assorbiti - Le seguenti informazioni dovrebbero essere insegnate a livello di analisi: - Valutare l'appropriatezza del prodotto in uso relativo al bisogno del cliente - La selezione e l'applicazione di una larga varietà di prodotti per stomie - Le seguenti informazioni dovrebbero essere insegnate a livello di sintesi: - Compiere un accertamento focalizzato della stomia - Differenziare la presentazione di una stomia normale da una anormale - Compiere un accertamento focalizzato sulle evacuazioni della stomia - Riconoscimento di produzione di evacuazioni normali ed anormali per le ileostomie; colostomie; urostomie - Compiere un accertamento focalizzato sulla cute perilesionale - Differenziare tra normale ed anormale - Identificare le comuni reazioni cutanee peristomali - Proporre protocolli di trattamento standard per le reazioni cutanee - Proporre indicazioni per l'uso di prodotti tegumentari usati di solito nella cura della stomia - Le seguenti informazioni dovrebbero essere insegnate a livello di valutazione. - L'anatomia, la fisiologia e la funzione del sistema tegumentale: - Valutare gli specifici fattori del cliente che colpiscono il sistema tegumentale relativo alla stomia - Scegliere trattamenti adatti per le condizioni della cute peristomale. - Valutare l'effetto della dieta sulle evacuazioni nello stoma - Raccomandare modifiche dietetiche per diarrea, gas e stipsi	- Le politiche e le procedure in ospedale riferite ad una stomia - I soliti tipi di prodotti disponibili - Come ordinare prodotti con e senza formulario - Come consultare l'ETN - Discussione del ruolo di altri caregivers es., PSW - Impraticarsi con la pianificazione e l'implementazione della cura di un cliente con una stomia attraverso lo studio di casi o compiti del cliente
---	--	--

Appendice Q: Erikson's Developmental Stages

CRISIS INTERVENTION & ERIKSON'S DEVELOPMENTAL STAGES

Stadio	Crisi	Problema Comuni	Outcome desiderati	Interventi
Infanzia	Fiducia opposta a sfiducia	- Il rapporto con la madre non sviluppa la fiducia - Il padre non riesce a tener unita la famiglia	I bambini sviluppano un senso di fiducia quando i caregivers forniscono affidabilità, cure, & affetto	- Insegnare abilità di parenting - Ambo i genitori coinvolti nella cura
0-3 anni	Autonomia opposta a vergogna o dubbio	Genitori diventano controllori & non permettono l'indipendenza	I bambini hanno bisogno di un senso di controllo sulle abilità fisiche & sull'indipendenza. Il successo conduce all'autonomia, il fallimento dà luogo a vergogna & al dubbio	- I genitori dovrebbero incoraggiare l'autocontrollo del bambino - Bilanciare i limiti & l'indipendenza
Prescolare	Iniziativa opposta al senso di colpa	- Hanno difficoltà a giocare con gli altri bambini & iniziare a giocare - Eccessivamente competitivo & non condivide	I bambini hanno bisogno di cominciare a divenire autonomi sul controllo dell'ambiente. Il successo in questo stadio conduce alla sensazione di avere uno scopo. I bambini su cui viene esercitato troppo potere e mancanza di esplorazione sperimentano senso di colpa	- Modelli di comportamento a casa & incoraggiare un'appropriata interazione con la famiglia - Insegnare la sottomissione all'autorità senza umiliare il bambino
Infanzia	Industriosità opposta al senso di inferiorità	Il bambino non riesce a dominare le abilità	Bambini hanno bisogno di affrontare le nuove richieste sociali & accademiche. Il successo conduce ad un senso di competenza, & il fallimento dà luogo ad inferiorità	Incoraggiare un livello di competenza & lodare & mantenere le abilità & i compiti adatti all'età
Adolescenza	Identità opposta alla confusione dei ruoli	- I genitori non riescono ad aumentare la responsabilità & l'adolescente non riesce a gestire l'aumento delle responsabilità da adulto - Non riesce a spostare le necessità dai genitori ai pari	Gli adolescenti hanno bisogno di sviluppare un senso di auto e personale identità. Gli adolescenti hanno bisogno del potere decisionale e della responsabilità. Il successo conduce all'abilità di essere onesti con se stessi	- Discussioni centrate sulla negoziazione & sul compromesso - L'adolescente ha bisogno di interazione sociale con i pari & di essere ascoltato - Introdurre l'adolescente verso le responsabilità finanziarie, fisiche & alla realtà della maturità
Giovani Adulti	Intimità vs isolamento	Non riesce ad instaurare relazioni intime	Il fallimento conduce a confusione di ruoli e scarso senso di	Il maggior adattamento sociale necessita

		Fallimento economico & indipendenza sociale	autostima; i giovani adulti necessitano di formare relazioni intime e amorose. Il successo conduce a relazioni, mentre il fallimento dà luogo a solitudine & isolamento	di entrare nel mondo degli adulti con ruoli adulti & responsabilità I genitori devono solo consigliare
Adulto medio	Generatività opposta a stagnazione	- I bambini vanno via - il matrimonio crolla - Le abilità nel fare il nonno sono scarse	Gli adulti hanno bisogno di sentirsi utili, di creare & di cose come l'educare, spesso portate a termine con la nascita dei bambini	- Counseling Matrimoniale - Cambio di carriera - Stabilire limiti coi i bambini
Anziani	L'integrità dell'IO opposta a disperazione	- Stop partecipazione - Rabbia & vergogna se dipendenti	Gli anziani guardano alla loro vita sentendosi soddisfatti. Il successo a questo stadio conduce a sentimenti di saggezza	- Incoraggiare la volontà - Concentrarsi sulla positività della vita - Terapia familiare

(Kandel, 1999)

Appendice R: Programmi Istruttivi Riconosciuti

Nazione	Sito web	Programmi
Canada	www.caet.ca	Canadian Association for Enterostomal Therapy – Enterostomal Therapy Nursing Education Program (CAET-ETNEP)
United States of America	www.wocn.org	- Cleveland Clinic – R.B. Turnbull, Jr. School, Cleveland, Ohio - Emory University Wound, Ostomy and Continence Nursing Education Center - Harrisburg Area WOC Nursing Education program (Wick's) - La Salle University School of Nursing - University of Texas, M.D. Anderson Cancer Center, WOCNEP - University of Virginia Graduate Program in WOC Nursing - WebWOC Nursing Education Program

Appendice S: Carta dei Diritti degli Stomizzati

Questa Carta dei Diritti degli Stomizzati presenta necessità speciali di questo particolare gruppo e la cura che richiedono. Gli stomizzati devono ricevere informazioni e cure che li abiliteranno a vivere una vita auto-determinata ed indipendente e a partecipare in tutti i processi decisionali.

Tale è l'obiettivo dichiarato dell'International Ostomy Association che questo CAPITOLO vorrebbe realizzare in tutti i Paesi del Mondo.

Gli Stomizzati devono:

- Ricevere il counselling pre-operatorio per assicurare che siano completamente consapevoli del benefits dell'operazione ed i fatti essenziali del vivere con una stomia.
- Avere una stomia ben-costruita e posta in un luogo adatto, con piena e corretta considerazione del comfort del paziente.
- Ricevere un supporto medico professionale con esperienza, cure infermieristiche dello stoma e sostegno psicosociale nel periodo pre e post-operatorio sia in ospedale che nella comunità.
- Ricevere supporto ed informazioni per il beneficio della famiglia, caregivers personali e amici, al fine di aumentare la comprensione delle condizioni e gli adattamenti necessari per realizzare uno standard di vita soddisfacente con una stomia.
- Ricevere informazioni piene e imparziali su tutte le forniture attinenti e i prodotti disponibili nel proprio Paese.
- Avere accesso senza restrizioni ad una varietà di prodotti per stomie economici.
- Fornire informazioni sulla National Ostomy Association e sui servizi e supporti che possono essere forniti.
- Essere protetti contro tutte le forme di discriminazione
- Ricevere assicurazioni che le informazioni personali, che riguardano il proprio intervento chirurgico saranno trattate con discrezione riservatezza e riserbo; e che nessuna informazione sulla loro condizione medica sarà diffusa a terzi, ad entità che prendono parte alla vendita, distribuzione di prodotti, per stomie o relativi prodotti; né sarà diffuso a soggetti che trarranno profitto, direttamente o indirettamente a causa della loro relazione con il mercato delle stomie senza il beneplacito espresso dello stomizzato.

Issued by the IOA Coordination Committee, June 1993. Revised by World Council, June 1997, 2004, 2007.

Appendice T: Descrizione del ToolKit

Toolkit: L'implementazione delle Linee Guida Clinico Pratiche

Le linee guida di miglior pratica possono essere implementate con successo solamente se vi è: pianificazione adeguata, risorse, supporto organizzativo ed amministrativo così come appropriata facilitazione. RNAO, attraverso un gruppo di infermieri, ricercatori ed amministratori hanno sviluppato il *Toolkit: L'implementazione delle linee guida Clinical Practice* basate sull'evidenza disponibile, prospettive teoriche e consenso. Il Toolkit è raccomandato per indirizzare l'implementazione di ogni linea guida Clinical Practice in un'organizzazione sanitaria.

Il Toolkit offre un passo alla volta, direzioni ad individui e gruppi coinvolti nella progettazione, coordinamento, e facilitazione per l'implementazione delle linee guida. Specificamente, il Toolkit indirizza i seguenti passi chiave nell'implementare una linea guida:

1. Identificazione di un corretto sviluppo, delle linee guida evidence-based clinical practice
2. Identificazione, accertamento ed ingaggio di stakeholders
3. Accertamento della prontezza ambientale per la realizzazione delle linee guida
4. Identificazione e progettazione delle strategie d'implementazione delle evidenze
5. Progettazione e Implementazione della valutazione
6. Identificazione ed assicurazione delle risorse richieste per la realizzazione

Implementare le linee guida nella pratica, riuscendo a modificare i comportamenti in grado di condurre risultati di successo è un positivo impatto clinico in ambito lavorativo è un'impresa complessa. Il Toolkit è una risorsa chiave per gestire questo processo.

Il Toolkit è disponibile attraverso l'associazione Registered Nurses' Association of Ontario.

Il documento è disponibile in un formato rilegato ad una quota nominale, ed è anche disponibile gratis sul sito web della RNAO. Per ulteriori informazioni, in merito al form o sul modo di scaricare il Toolkit, per favore visitare il sito web della RNAO all'indirizzo www.rnao.org/bestpractices.

Note

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Note

[illegible]

A cura di Massimo Rivolo e Paolo Chiari
Centro Studi EBN

Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e
Riabilitativo

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Via Albertoni, 15 – 40138 Bologna - Italia

www.evidencebasednursing.it – www.ebn1.eu

Ostomy Care and Management

Made possible by the funding from the
Ontario Ministry of Health and Long Term Care



ISBN-13: 978-0-920166-95-6
ISBN-10: 0-920166-95-4



9 780920 166956

THIS IS ART
FOR THE SPINE

Clinical Best
Practice Guidelines

Ostomy Care and Management

AUGUST 2009

