



REGIONE
LAZIO

ROMA



ENGIM
SAN PAOLO
Formazione Orientamento
Cooperazione

CORSO DI FORMAZIONE PER ASSISTENTI FAMILIARI

PRINCIPI DI ASSISTENZA AL PAZIENTE INCONTINENTE:

Enterostomizzato e portatore di PEG.

Docente:

Dott.ssa A. Musi

PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE INCONTINENTE

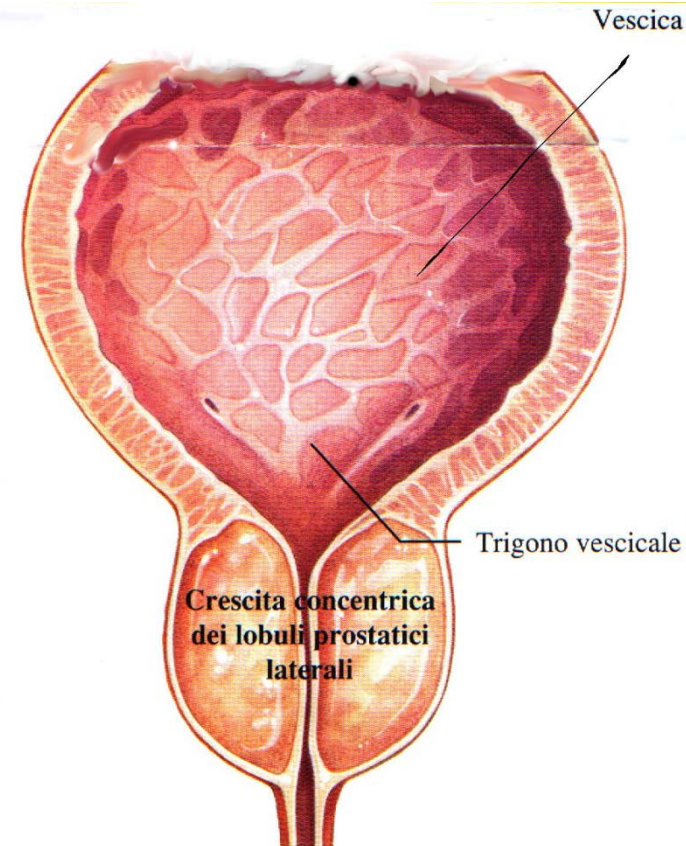
INCONTINENZA

Incapacità, totale o parziale, di chiusura di uno o più sfinteri, dovuta a cause patologiche (malformazioni anatomiche, diminuzione del tono muscolare, paralisi dei nervi inibitori).

PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE INCONTINENTE

L'incontinenza urinaria è una involontaria perdita delle urine, che determina un peggioramento della qualità della vita.

Si definisce incontinenza urinaria la perdita involontaria di urina al di fuori dell'atto della minzione.



PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE INCONTINENTE

TIPI DI INCONTINENZA URINARIA

a) **Incontinenza da sforzo** È una perdita involontaria di piccole quantità di urina che si verifica quando viene esercitata pressione sulla vescica (es.: colpi di tosse, starnuti, salti, riso, sollevamento pesi o una corsa). Nell'uomo l'incontinenza da sforzo è principalmente causata da chirurgia sulla prostata oppure lesioni di nervi. Nella donna a seguito di gravidanze con parto laborioso e l'obesità.

b) **Vescica iperattiva** OAB (OverActive Bladder) è causata da contrazioni involontarie del muscolo detrusore sia spontanee che provocate durante il riempimento della vescica. Tali contrazioni generano nell'individuo una sensazione di urgenza alla minzione.

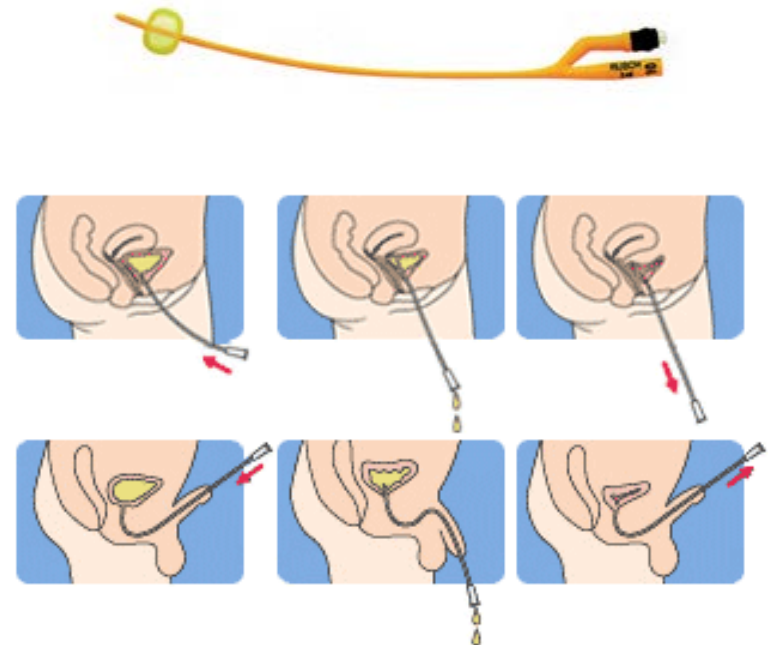
c) **Incontinenza mista** è caratterizzata dall'associazione dei sintomi tipici dell'incontinenza da stress e dell'incontinenza da urgenza.

d) **Incontinenza da rigurgito** si verifica quando la vescica si riempie oltre la sua capacità e non riesce mai a svuotarsi completamente. Le cause di tale patologia si possono ritrovare nell'assenza della sensazione di riempimento, oppure nella presenza di un ostacolo a livello dell'uretra (tumore o adenoma della prostata, stenosi uretrale, sclerosi a placche, diabete, costipazione, ecc).

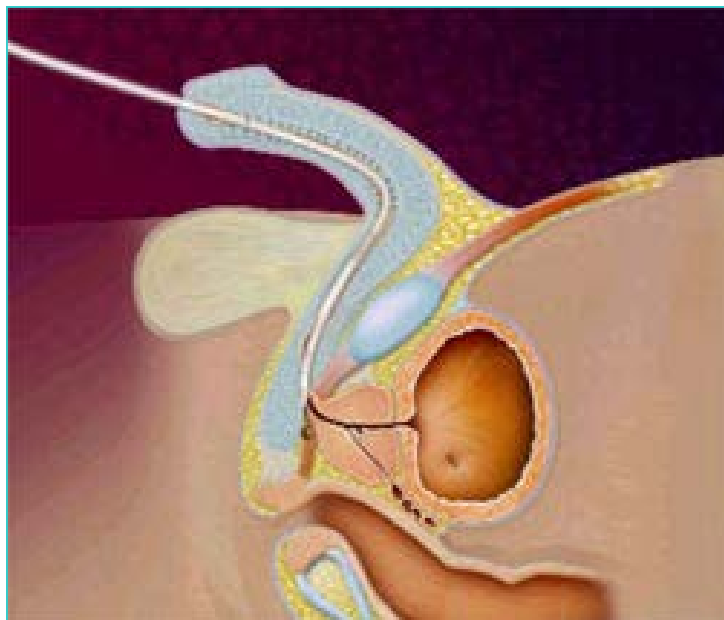
PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE INCONTINENTE

Il Cateterismo vescicale è l'introduzione, con posizionamento provvisorio o permanente, di un catetere sterile, in vescica per via transuretrale o sovrapubica a scopo: diagnostico, terapeutico, evacuativo.

A seconda dell'impiego al quale è destinato, il catetere possiede fogge e dimensioni diverse ed è costruito con vari materiali per renderlo rigido, semirigido o flessibile.



PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE INCONTINENTE



PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE INCONTINENTE



PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE INCONTINENTE





PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI ENTEROSTOMIA

PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI ENTEROSTOMIA

ENTEROSTOMIA

Abboccamento dell'intestino con la parete addominale eseguito per creare uno sbocco artificiale del tubo digerente quando, per qualche evenienza patologica, non sia possibile usare la via naturale.

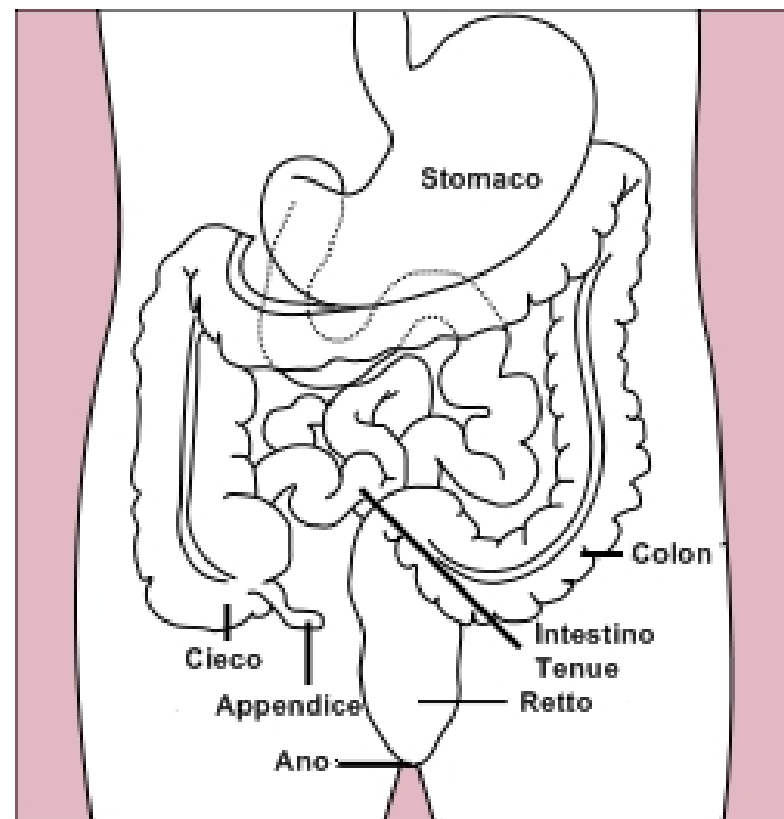
Il termine indica genericamente un tipo di intervento, che viene meglio specificato rispettivamente dai corrispondenti termini di *colostomia* se viene abboccato alla parete un tratto dell'intestino colon, di *ileostomia* se è utilizzato un tratto dell'intestino ileo e di *digiunostomia* se si impiega un tratto del digiuno.

PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI ENTEROSTOMIA

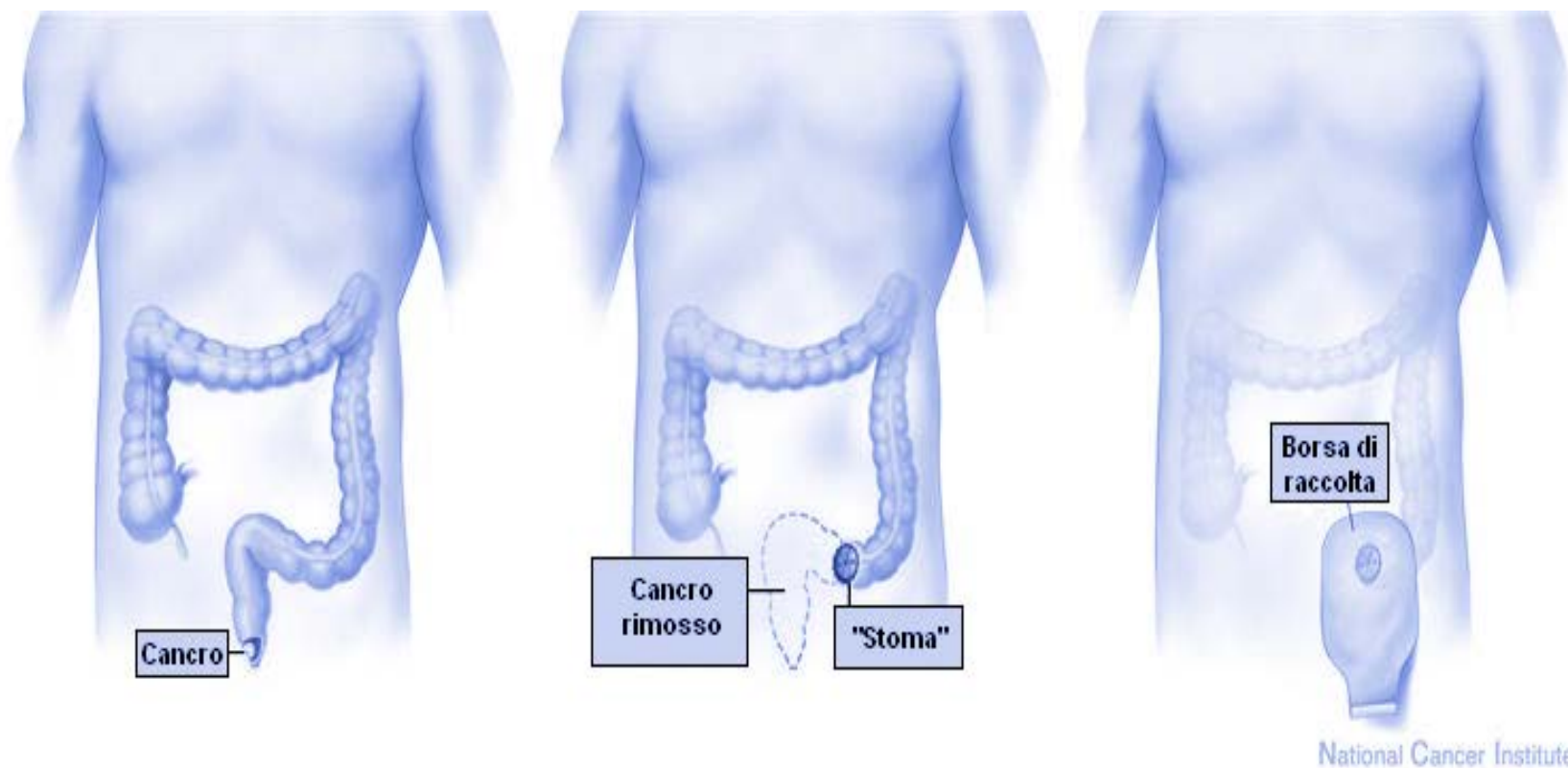
ENTEROSTOMIA

Abboccamento dell'intestino con la parete addominale eseguito per creare uno sbocco artificiale del tubo digerente quando, per qualche evenienza patologica, non sia possibile usare la via naturale.

Il termine indica genericamente un tipo di intervento, che viene meglio specificato rispettivamente dai corrispondenti termini di *colostomia* se viene abboccato alla parete un tratto dell'intestino colon, di *ileostomia* se è utilizzato un tratto dell'intestino ileo e di *digiunostomia* se si impiega un tratto del digiuno.



PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI ENTEROSTOMIA



PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI ENTEROSTOMIA

ITALIA: alcuni dati

6.000 interventi si concludono con la confezione di una stomia

35.000 soggetti stomizzati oggi viventi nel nostro paese



PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI ENTEROSTOMIA



PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI ENTEROSTOMIA

IGIENE E SOSTITUZIONE DEL SISTEMA A DUE PEZZI NELLA COLOSTOMIA

1. Lavarsi le mani.
2. Staccare dall'alto verso il basso, il sistema, tenendo ed unificando la cute intono alla stomia.
3. Rimuovere con un panno carta eventuali feci sulla stomia.
4. Eseguire movimenti a spirale, procedendo dall'esterno verso la stomia, lavando la pelle con acqua e sapone con un panno carta (le feci sono irritanti).
5. Sciacquare ed asciugare la pelle senza strofinare.
6. Assicurarsi che la pelle sia ben asciutta, prima di far aderire la placca.
7. Assicurarsi che il foro della placca sia adeguato alla stomia (usare misuratore).
8. Modellare con un paio di forbici il foro, secondo il diametro della stomia.
9. Rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo.
10. Far aderire la placca appoggiandosi al margine inferiore della stomia e completare l'adesione del sistema (procedere dal basso verso l'alto).
11. Assicurarsi che la placca sia ben aderente alla pelle (assenza di pieghe).
12. Agganciare la sacca alla placca e verificare la perfetta tenuta.
13. Eliminare il sacchetto dei rifiuti prodotti.
14. Lavarsi le mani



PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI GASTROSTOMIA

PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI GASTROSTOMIA

Alcune malattie (neurologiche, infettive, tumorali) possono determinare un'incapacità temporanea o definitiva ad alimentarsi attraverso la bocca. In queste situazioni è necessario assicurare al paziente una nutrizione che può avvenire per via parenterale (infusione in vena attraverso fleboclisi), o per via enterale posizionando un sondino che attraverso il naso viene fatto arrivare nello stomaco o nell'intestino.

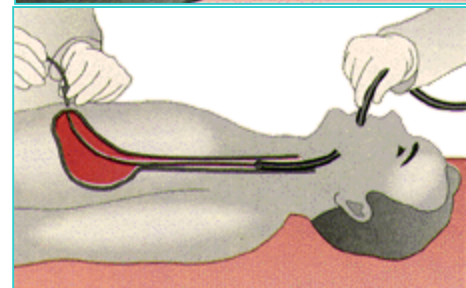
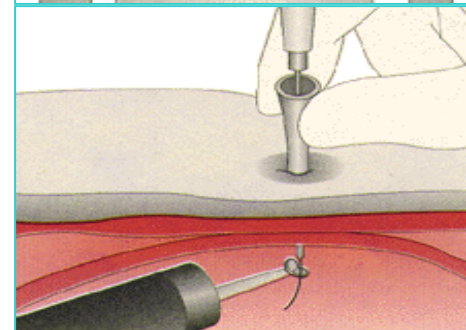
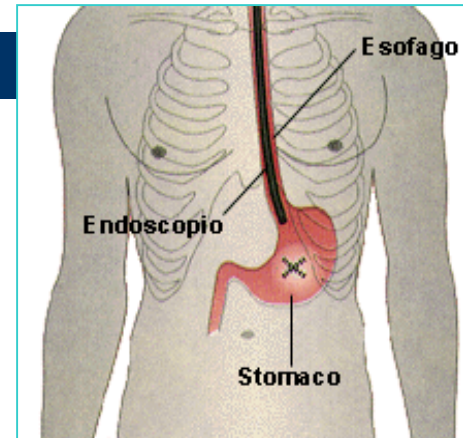
Entrambe queste soluzioni presentano numerosi problemi quando l'alimentazione debba durare per lunghi periodi. Fino a pochi anni fa l'alternativa era la gastrostomia o la digiunostomia chirurgica (posizionamento di un piccolo tubicino attraverso un foro praticato nello stomaco o nell'intestino), per le quali era necessario l'intervento chirurgico in sala operatoria, in anestesia totale o locale. Oggi è possibile posizionare per via endoscopica questo piccolo tubicino per l'alimentazione (gastrostomia o digiunostomia percutanea endoscopica).

PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI GASTROSTOMIA

Si utilizza una sonda, il gastroscopio, di diametro in torno al centimetro, con una telecamera in punta o delle lenti (fibre ottiche) e dotato di luce propria, che viene introdotto delicatamente attraverso la bocca e fatto arrivare nello stomaco (fig.1).

L'esame non provoca dolore ma solo modesto fastidio all'introduzione dello strumento. Per tale motivo vi potrà essere somministrato un liquido o una pastiglia per l'anestesia della gola. La luce del gastroscopio nello stomaco viene riflessa sulla parete dell'addome. In questo punto il medico, dopo aver effettuato un'anestesia locale della cute, fa entrare nello stomaco, attraverso la parete dell'addome, un piccolo ago.

Questa manovra non produce alcun dolore. Attraverso l'ago viene fatto scorrere un sottile filo, che viene afferrato nello stomaco attraverso il gastroscopio ed estratto dalla bocca, per poter introdurre il tubicino che consentirà l'introduzione degli alimenti direttamente nello stomaco o nell'intestino (fig.2 e fig.3).

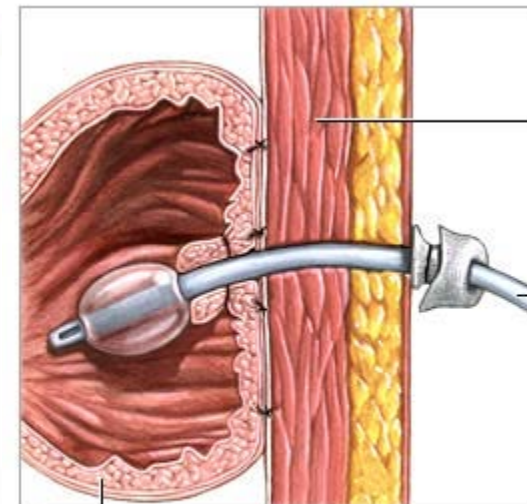
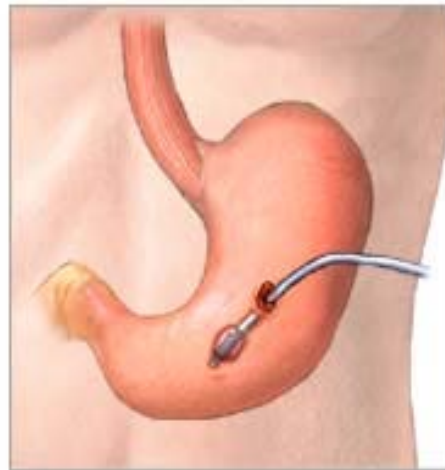


PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI GASTROSTOMIA

Antes



Después

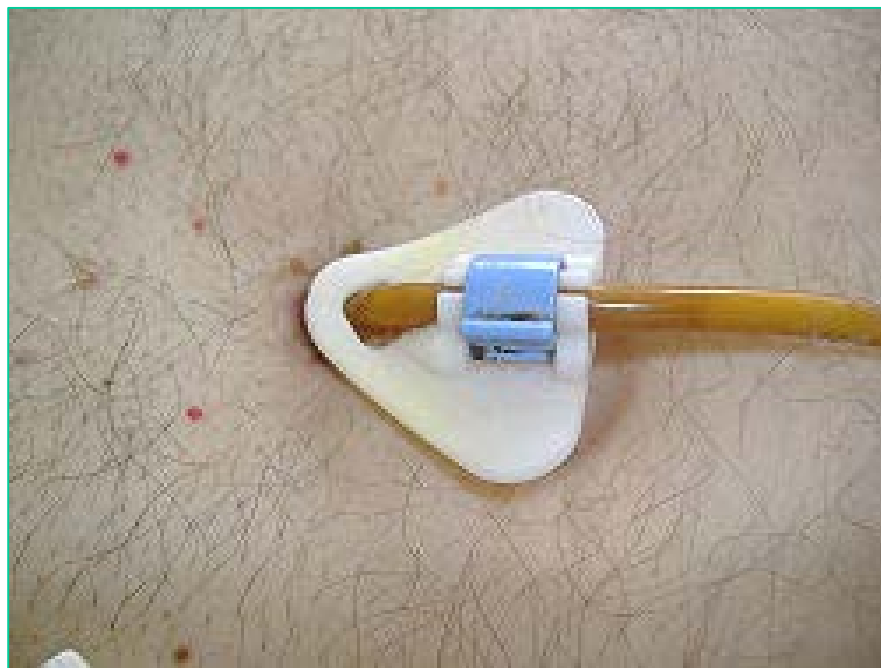


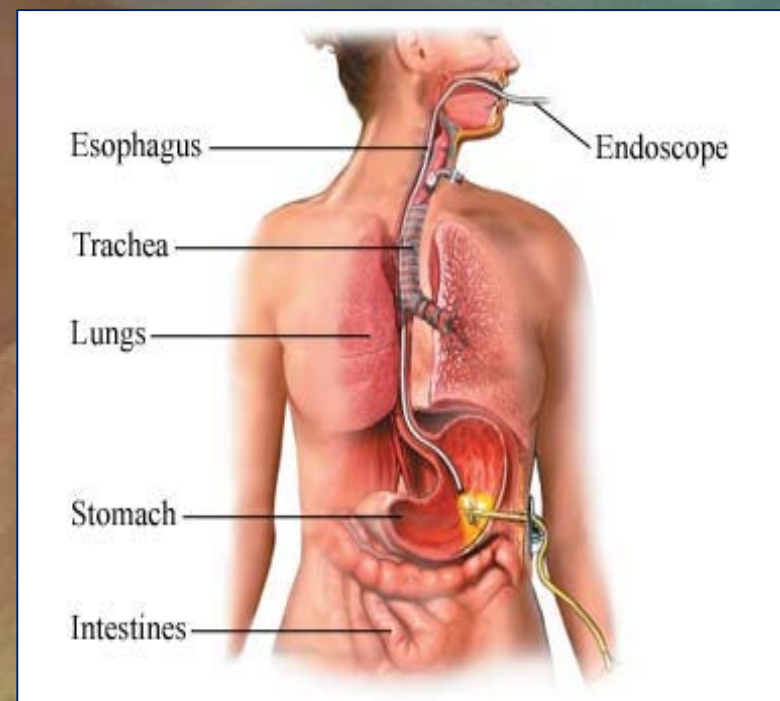
Corte transversal de la pared abdominal

Sonda de alimentación

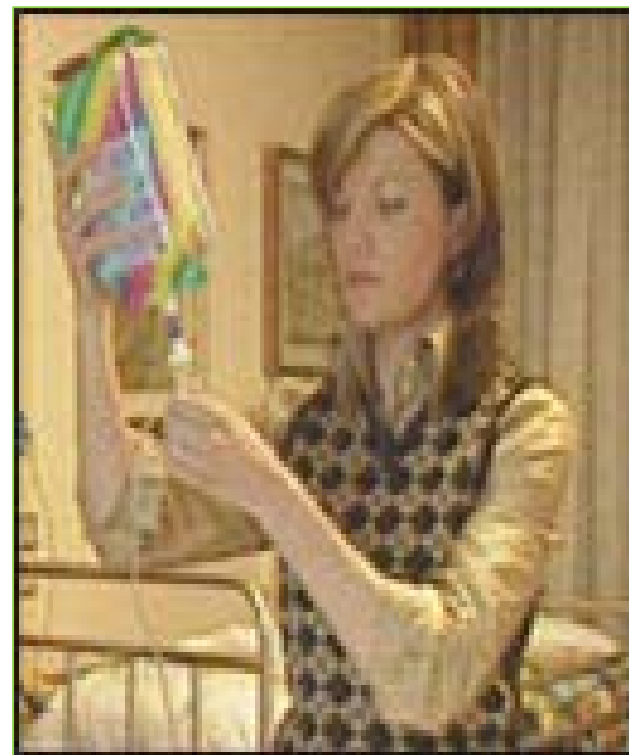
Corte transversal del estómago

PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI GASTROSTOMIA





PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI GASTROSTOMIA



PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI GASTROSTOMIA

ALIMENTAZIONE PER IL PAZIENTE CON P.E.G.

a) DIETA NATURALE miscela di sostanze naturali:

- 1- Artigianale (frullati e omogeneizzati)
- 2- Industriale (disponibili in commercio)

b) DIETE CHIMICAMENTE DEFINITE:

- 1- polimeriche o semielementari (digestione parziale)
- 2- monomeriche o elementari (già pronto assorbimento)

PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI GASTROSTOMIA

RACCOMANDAZIONI

1. Controllare la pervietà della sonda prima dell'inizio dell'alimentazione;
2. in caso di ostruzione, provare a forzare con una siringa di acqua tiepida da 5-10 cc e/o aspirare con una siringa da 50 cc;
3. durante e nei 60 minuti successivi all'alimentazione è consigliabile rimanere in posizione semiseduta;
4. dopo ogni pasto, lavare il tubicino con 30-50 cc di acqua e chiudere poi i tappini della sonda;
5. pulire almeno tre volte alla settimana la cute circostante con acqua e sapone e disinfettare la zona di fuoriuscita del sondino con acqua ossigenata;
6. per evitare la rimozione accidentale, coprire con una garza sterile;
7. in caso di vomito, interrompere l'alimentazione per alcune ore. Successivamente riprovare con una minore quantità e con infusione più lenta;
8. in caso di diarrea, diminuire la concentrazione e la velocità di afflusso del liquido di nutrizione; se persiste, consultare il medico;
9. la rimozione accidentale della gastrostomia non è una complicanza grave; è sufficiente ricoprire la piccola ferita con una garza sterile e consultare il medico.

PRINCIPI BASE DI ASSISTENZA PER UNA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI GASTROSTOMIA

COMPLICANZE

- 1. Allargamento ed arrossamento della stomia.
- 1. Ostruzione della sonda.
- 1. Rimozione accidentale della PEG.
- 1. Nausea e vomito.
- 1. Diarrea.



GRAZIE