

www.ipasvi.it

CONTRIBUTI

La qualità di vita della persona enterostomizzata: il disegno preoperatorio

di *Monica Scotti (1), Valentina Spedale (2), Massimo Alberio (3)*

(1) Infermiera

(2), (3) Docente e Tutor Corso di Laurea in Infermieristica sede di Monza, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Corrispondenza: monicasct92@gmail.com

Il disegno preoperatorio è spesso considerato l'aspetto più importante nella preparazione della persona che si sottopone al confezionamento di una stomia (Readding, 2003). Potrebbe erroneamente sembrare marginale, se paragonata all'intero intervento chirurgico, eppure sarà la conseguenza più tangibile del percorso di cura e l'elemento che impatterà maggiormente sulla qualità di vita della persona assistita (Cataldo, 2008). Pertanto è fondamentale che lo stoma sia localizzato nel sito più idoneo.

Il disegno preoperatorio dovrebbe essere eseguito in tutti i casi di chirurgia d'elezione (Rutledge et al, 2003) e nei casi in emergenza laddove possibile (Crooks, 1994). Se eseguito correttamente, può ridurre l'incidenza di complicanze precoci (Bass et al, 1997; Brand e Dujonvy, 2002). Secondo gli autori Kann e Cataldo (2002) le complicanze che si verificano entro un mese dall'intervento chirurgico sono dovute a un disegno preoperatorio improprio. Una stomia mal posizionata, infatti, può causare il distacco del sacchetto di raccolta, con conseguente perdita di feci, flogosi e escoriazione della cute peristomale, oltre a essere una fonte di disagio emotivo, psicologico e sociale (Brand e Dujonvy, 2008). Una stomia confezionata correttamente, invece, favorisce lo stoma *care* e l'autocura, permettendo alla

persona una più facile accettazione di sé e della stomia e una migliore qualità di vita (Taylor, 1999).

Citando la Carta Internazionale dei Diritti dello Stomizzato (2003), all'articolo 2 troviamo: "Ogni individuo portatore di stomia ha il diritto di avere una stomia ben confezionata e situata in una posizione appropriata in modo che possa essere adeguatamente gestita."

Riconoscere che, in una persona candidata al confezionamento di una stomia, il disegno preoperatorio può influire positivamente sulla qualità di vita della persona e sul suo benessere fisico e psicologico è quindi estremamente importante (Rutledge et al, 2003).

Lo stato dell'arte

È stata effettuata una revisione della letteratura scientifica, consultando le banche dati PUBMED, CINHAI, SCOPUS, da febbraio a giugno 2014. A causa della scarsità di ricerche sull'argomento in oggetto, sono stati inclusi studi e/o articoli in lingua inglese, dal 2003 ad oggi, che indagano persone sottoposte a intervento chirurgico, in elezione o in emergenza, indipendentemente dal tipo di stomia intestinale che è stata creata.

Esponiamo qui di seguito i risultati di questa revisione.

Arumugam et al. (2003), in uno studio prospettico, hanno analizzato 97 persone portatrici di stomia, delle quali 78 hanno eseguito un intervento chirurgico in elezione, mentre 19 in emergenza. Il disegno preoperatorio è stato realizzato in 72 dei casi d'elezione e in 10 dei casi d'emergenza. Tra questi ultimi vi sono 3 casi (30%) in cui lo stoma era situato in corrispondenza di una piega cutanea, mentre, tra i casi d'emergenza non preceduti dal disegno preoperatorio, ciò si verificava 4 volte su 9 (44%). Inoltre, in 7 delle 19 stomie confezionate in emergenza, lo stoma si trovava su una piega cutanea, a differenza delle 78 persone operate in elezione, in cui questa complicanza è insorta 11 volte.

Gulbinienė et al. (2004) hanno condotto uno studio quasi sperimentale in due ospedali universitari in Lituania. I soggetti esaminati sono stati suddivisi in tre gruppi: il primo ha ricevuto sia l'educazione sia il disegno preoperatorio, il secondo solo l'educazione preoperatoria, il terzo (gruppo di controllo) nessun intervento. Per valutare l'impatto dell'educazione e del disegno preoperatorio sono stati utilizzati diversi strumenti validati, tra cui EORTC QLQ-C30 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*), un questionario composto da 30 item che misura l'impatto dei sintomi e la qualità di vita nelle persone affette da tumore, e EORTC QLQ-CR38 (*European Organization for Research and Treatment of Colorectal Cancer-specific Quality of Life Questionnaire*), un questionario più

specifico composto da 38 item che rileva l'impatto dei sintomi e la qualità di vita nelle persone colpite da tumore al colon-retto.

Entrambi sono stati somministrati prima dell'intervento e a distanza di due mesi da esso e i risultati mostrano che i soggetti appartenenti ai primi due gruppi non presentano significative variazioni della qualità di vita tra il periodo pre e post-operatorio. Inoltre, mostrano meno complicanze e meno problemi di adattamento allo stoma rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia, il gruppo che ha ricevuto entrambi gli approcci, quello educativo e la scelta della posizione dello stoma, evidenzia dei risultati significativamente migliori rispetto sia al gruppo di controllo, sia al gruppo che aveva ricevuto l'approccio educativo.

Di interesse anche quanto riporta uno studio sperimentale condotto da Person et al. (2012) presso il *Rambam Health Care Campus* ad Haifa, in Israele, in cui sono state esaminate le persone sottoposte a confezionamento di stomia (colostomia, ileostomia, e urostomia) in regime di elezione. Per valutare come l'educazione e il disegno preoperatorio della stomia influiscono sulla qualità di vita, sull'indipendenza della persona e sull'incidenza delle complicanze postoperatorie, è stato utilizzato *Stoma QOL* (Stoma Quality of Life), un questionario validato e strutturato, composto da 20 domande che indagano, appunto, la qualità di vita delle persone portatrici di stomia, attribuendo un punteggio da minimo 1 (minimo) a 4 (massimo) per ciascun item. Dei 105 soggetti inclusi nello studio, 52 (49,5%) hanno ricevuto il disegno preoperatorio, mentre 53 (50,5%) non sono stati sottoposti a tale procedura. Dal questionario proposto risulta che, in 18 item su 20, la qualità di vita delle persone il cui stoma è stato disegnato è migliore rispetto a quella di coloro che non hanno effettuato il disegno. Oltre a un significativo aumento della qualità di vita, i soggetti che hanno ricevuto il disegno preoperatorio mostrano una maggior fiducia e indipendenza e un minor tasso di complicanze.

Millan et al. (2009), invece, hanno svolto uno studio prospettico descrittivo presso 12 unità di chirurgia colo-rettale in Spagna, tramite cui hanno indagato 270 persone di età superiore ai 18 anni con diagnosi di tumore al colon-retto e portatrici di stomia intestinale. Dallo studio emerge che il 24% di essi ha eseguito una stomia in emergenza, mentre il 76% in elezione. Tra questi, il 58,8% è stato sottoposto al disegno preoperatorio, mentre nessuna persona operata in emergenza ha eseguito la procedura. Coloro che sono stati "marcati" hanno riportato una minor incidenza di complicanze precoci come dermatiti (6,5%) e irritazioni cutanee (8,1%) rispetto a coloro che non hanno eseguito il disegno (rispettivamente, 23,1 % e 18,4%). Inoltre le persone che hanno ricevuto l'educazione e il disegno preoperatorio hanno sviluppato minor ansia riguardo la diagnosi, l'intervento chirurgico e la stomia.

Un'ulteriore indagine è stata condotta da Zimnicki et al. (2013): tramite uno studio retrospettivo hanno indagato il valore dell'educazione e del disegno preoperatorio, già ritenuti a livello teorico interventi efficaci per ridurre l'incidenza di complicanze stomali, nella pratica clinica. Lo studio ha coinvolto 30 persone giunte al servizio di chirurgia per acuti di un ospedale pubblico americano. I dati raccolti dimostrano che, nonostante i benefici dell'educazione e del disegno preoperatorio siano comprovati a livello teorico, nella realtà presa in esame solo una piccola percentuale di persone viene preparata correttamente per l'intervento chirurgico. Tra di esse, infatti, 21 persone (70%) sono state ammesse nel reparto di degenza almeno 24 ore prima dell'intervento e solo 3 di esse (14%) hanno ricevuto l'educazione e il disegno preoperatorio. Le restanti 9 persone (30%), invece, sono state operate entro le 24 ore e nessuna di esse ha avuto la possibilità di eseguire il disegno preoperatorio.

Infine, Baykara et al. (2014) hanno valutato l'effetto del disegno preoperatorio sulle complicanze stomali e peristomali. Protagonisti di questo studio retrospettivo sono state 748 persone seguite presso 8 centri di stomaterapia in Turchia. Il disegno preoperatorio è stato eseguito il giorno precedente o il giorno stesso dell'intervento in 287 casi (38,4%). Le complicanze stomali e peristomali si sono verificate in 248 persone (33,2%). Tra le più comuni: problemi alla cute peristomale (136 = 48,7%), separazione della mucosa (52 = 18,6%) e retrazione dello stoma (31 = 11,1%). L'incidenza delle complicanze è risultata più alta nelle persone che non hanno ricevuto il disegno preoperatorio (46%), piuttosto che in quelle che sono state sottoposte alla procedura (22,9%).

Oltre a verificare l'efficacia del disegno preoperatorio sulla qualità di vita nelle persone enterostomizzate, è interessante conoscere come eseguire il disegno preoperatorio in assenza di un infermiere stomaterapista. Ciò è stato approfondito da Pengelly et al. (2014), i quali hanno confrontato due diverse procedure per effettuare il disegno della stomia in emergenza e che possono essere svolte dal personale infermieristico abilitato. Come *gold standard* per il confronto è stato scelto il disegno preoperatorio eseguito da un infermiere stomaterapista (metodo G), al quale si associano, in letteratura, risultati significativamente migliori. I metodi oggetto dello studio sono stati il Metodo S, il quale consiste nell'appoggiare l'impugnatura di un paio di forbici 5 Mayo lateralmente all'ombelico e nel segnare un "x" sotto la maniglia più esterna, e il metodo H, secondo il quale il sito della stomia corrisponde al punto medio della linea che collega l'ombelico con la spina iliaca antero-superiore. In media è risultato che il sito S si trova più lontano dal sito G (3,6 cm) rispetto al sito H (2,6 cm) e, nonostante il primo non sia più così ampiamente diffuso, garantisce dei siti leggermente migliori rispetto al metodo H. Tuttavia, entrambi i metodi hanno dato scarsi risultati, o per la difficoltà della persona di

all'incisione laparotomica o in corrispondenza di una piega cutanea.

Discussione

L'analisi della letteratura ha evidenziato l'efficacia del disegno preoperatorio della stomia, specialmente nella prevenzione delle complicanze.

E' appurato, inoltre, che uno stoma correttamente posizionato e ben confezionato, insieme ad un incontro educativo preoperatorio, favorisce il *coping* positivo da parte della persona assistita, e quindi anche la sua capacità di raggiungere più velocemente l'autonomia nella gestione dello stoma e di riprendere le normali attività quotidiane (Gulbiniene e coll, 2004). È dimostrato che i soggetti sottoposti al disegno preoperatorio mostrano una minore frequenza di complicanze, una maggiore indipendenza e una migliore qualità di vita (Person e coll, 2012).

Tuttavia, dagli studi analizzati, è emerso che il disegno preoperatorio in caso di intervento chirurgico in elezione non sempre viene eseguito, come invece raccomandano Rutledge et al. (2003), (Millan et al, 2009). Per quanto riguarda, invece, gli interventi chirurgici in emergenza, in cui la marcatura del sito è comunque consigliata laddove possibile (Crooks, 1994), si osserva che è una pratica poco considerata e spesso tralasciata (Arumugam et al, 2003; Millan et al, 2009; Zimnicki et al, 2013).

Occorre comunque precisare che il disegno preoperatorio del sito chirurgico, sede ottimale della stomia, potrebbe in taluni casi non coincidere con la sede definitiva adottata dal chirurgo in sala operatoria, poiché durante l'intervento chirurgico altri fattori potrebbero condizionarne, anche pesantemente, il posizionamento.

Inoltre è inevitabile che nella persona sottoposta al confezionamento di una stomia la qualità di vita venga a modificarsi. Tra i cambiamenti che una stomia comporta, uno dei più rilevanti è l'alterazione della percezione di sé e della propria immagine corporea, a cui si associano alterazione nei rapporti con gli altri, fragilità e senso di stigmatizzazione. In più, la persona che si trova in questa condizione deve far fronte ad altre problematiche, quali lo stoma care, la scelta dei dispositivi di raccolta più idonei alle proprie necessità, la tipologia di alimentazione, la prevenzione o il trattamento delle complicanze precoci e tardive, la riorganizzazione della propria vita sociale e lavorativa in accordo con le nuove esigenze legate alla stomia. Tutto ciò, se non affrontato con la giusta mentalità, porta a un rischio di caduta dell'autostima e a un peggioramento della qualità di vita.

Misurare il livello di qualità di vita di una persona portatrice di stomia, dunque, è importante in quanto permette di sondare gli aspetti assistenziali eventualmente da potenziare e di pianificare

l'assistenza, individuando specifiche azioni volte al miglioramento delle condizioni della persona assistita. A tal fine, risulterebbe utile promuovere e diffondere l'utilizzo di Stoma QOL, un questionario validato e creato appositamente per misurare la qualità di vita nelle persone stomizzate.

Conclusioni

Si è visto come il disegno preoperatorio, se correttamente eseguito, possa influire positivamente sulla qualità di vita delle persone portatrici di stomia.

La letteratura analizzata non individua una tecnica specifica per determinare la sede della stomia in quanto essa deriva dall'insieme di una serie di valutazioni che l'infermiere stomaterapista esegue, indagando la sfera biofisiologica, psicologica e socio-culturale della persona assistita. In un periodo di crisi globale come quello che la società sta attraversando, anche il costo delle cure sta diventando una questione sempre più importante, che i sistemi sanitari devono affrontare: ciò dovrebbe costituire un incentivo per la realizzazione del disegno preoperatorio. In una logica di ottimizzazione, effettuare la marcatura del sito permette di ridurre il tasso di complicanze e migliorare la qualità di vita, ovvero velocizzare il percorso di riabilitazione e ridurre le risorse necessarie. In termini economici, il tutto si traduce con una diminuzione dei costi.

Al fine di suscitare maggior consapevolezza circa l'importanza del disegno preoperatorio tra il personale infermieristico e non, e promuovere l'assistenza alla persona stomizzata, dovrebbero essere eseguiti ulteriori studi che avvalorino l'efficacia del disegno preoperatorio nella persona sottoposta a confezionamento di stomia.

BIBLIOGRAFIA

- Baykara ZG, Demir SG, Karadag A, Harputlu D, Kahraman A, Karadag S, Hin AO, Togluk E, Altinsoy M, Erdem S, Cihan R (2014) A multicentre, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Manage*, 60(5): 16-26.
- Bass E. M, Del Pino A, Tan A, Pearl R. K, Orsay C. P, Abcarian H (1997) Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Diseases of the colon and rectum*, 40(4): 440-442.
- Brand MI, Dujovny N (2008) Preoperative considerations and creation of normal ostomies. *Clinics in colon and rectal surgery*, 21(1): 5-16.
- Cataldo PA (2008) Technical tips for stoma creation in the challenging patient. *Clinics in colon and rectal surgery*, 21(1): 17-22.
- Colwell JC, Gray M (2007) Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *Journal of wound ostomy & continence nursing*, 34(5): 492-496.
- Cronin E (2012) What the patient needs to know before stoma siting: an overview. *British Journal of Community Nursing*, 21(22): 1234-1237.
- Millan M, Tegido M, Biondo S, Garcia-Granero E (2010) Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. *Colorectal disease*, 12 (7 Online): e88-e92.
- Pengelly S, Reader A, Jones A, Roper K, Doouie WJ, Lambert AW (2014) Methods for siting emergency stomas in the absence of a stoma therapist. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 96(9): 240-246.

- Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek S, Kluger Y, Assalia A (2012) The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life and patient's independence. *Diseases of the colon and rectum*, 55(7): 783-787.
- Readding LA (2003), Stoma siting: what the community nurse needs to know. *British Journal of Community Nursing*, 8(11): 502-511.
- Rust J (2009) Understanding the complexities of the clinical nurse specialist: A focus on stoma siting. *Gastrointestinal nursing*, 7(4): 18-26.
- Vujnovich A (2008) Pre and post-operative assessment of patients with a stoma. *Nursing standard*, 22(19): 50-56.
- Zimnicki KM (2013) Preoperative stoma site marking in the general surgery population. *Journal of wound ostomy & continence nursing*, 40(5): 501-505.

Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia
Via Agostino Depretis 70, 00184 Roma - tel 0646200101 - fax 0646200131 - federazione@ipasvi.legalmail.it