

Riabilitazione

OMS 1948

**LA SALUTE E' UNO STATO DI
COMPLETO BENESSERE
PSICHICO, FISICO E SOCIALE
E NON SEMPLICEMENTE
L'ASSENZA DI MALATTIA E
INFERMITA'**

Riabilitazione al paziente con urostomia

La riabilitazione è un processo complesso che comprende diversi momenti

**Assistenza
psicologica**

**Informazione al
paziente e ai familiari**

**Coinvolgimento attivo
nella gestione dello
stoma**

.....LA RIABILITAZIONE HA INIZIO
CON L'INFORMAZIONE E
L'APPROCCIO PSICOLOGICO.....



Perchè

"...Vi assicuro che svegliarmi dopo l'intervento e ritrovarmi con una stomia, non è stato assolutamente piacevole; forse perché nessuno mi aveva preparato a questa eventualità e così ho dovuto innanzitutto rendermi conto della nuova condizione per poi accettarla, per poi accettarmi..."

Nunzia

Gestione della stomia e riabilitazione del paziente

Aiuta il paziente a stare meglio

- Consigliandolo su come gestire la stomia

Gli insegna a vivere meglio

- Reinserimento sociale

Il Momento della Dimissione

- Lettera di dimissione
 - Impegnativa interna post-ricovero per visita di controllo, medicazioni e rimozione punti
 - Certificato di ricovero
 - Richiesta cartella clinica
 - Esenzione ticket per patologia
-
- Come e dove inoltrare la richiesta di invalidità
 - Indicare il recapito telefonico, orari di operatori sanitari dell'ambulatorio divisionale e di riabilitazione per stomizzati
 - Si forniranno indicazioni su dieta, gestione stomia, stile di vita
 - Protesi sufficienti in attesa della fornitura (KIT DIMISSIONE)

Visita ambulatoriale

Valutazione dello stato generale del paziente

Prescrizione dei presidi scelti e addestramento all'uso

Valutazione dal punto di vista psicologico

Valutazione delle conoscenze tecniche acquisite

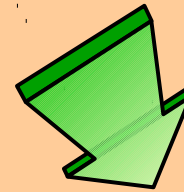
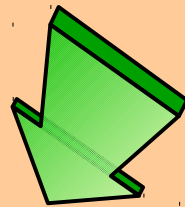
Riabilitazione

Pertanto la gestione dello stoma va insegnata al paziente ed ai suoi familiari con estrema pazienza e usando termini semplici e chiari



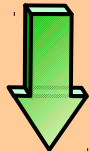
CLASSIFICAZIONE

**UROSTOMIE
INCONTINENTI**



**Temporane
e**

Definitive



Pielostomia
Nefrostomi
a

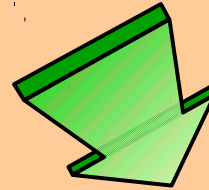
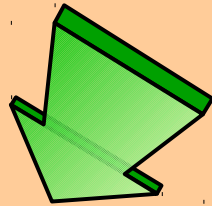
Cistostomi
a

Intern
e

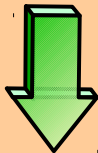
Estern
e

CLASSIFICAZIONE

UROSTOMIE
Continenti



Definitiva



Interna

Definitiva



Stoma Esterno

DERIVAZIONI URINARIE

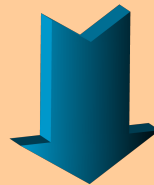
L

Indicazione

Età e sesso del paziente

Condizioni generali

Aspettativa di vita

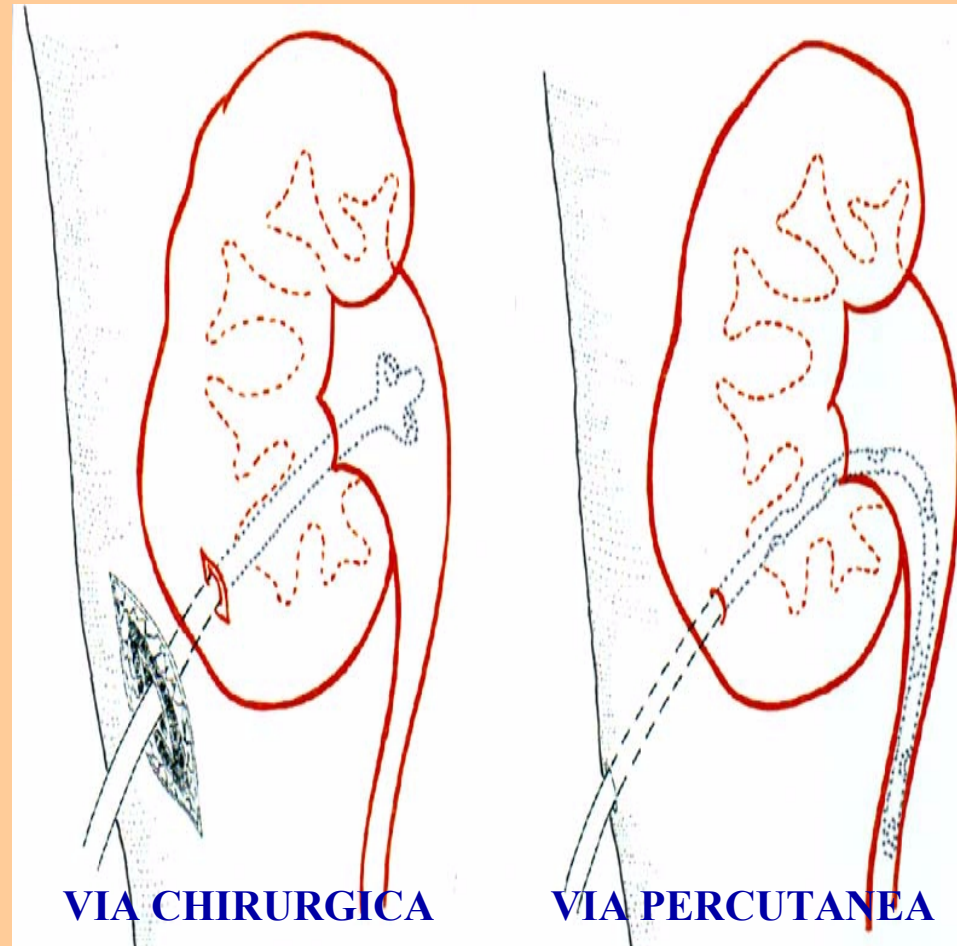


Aspetti psicologici

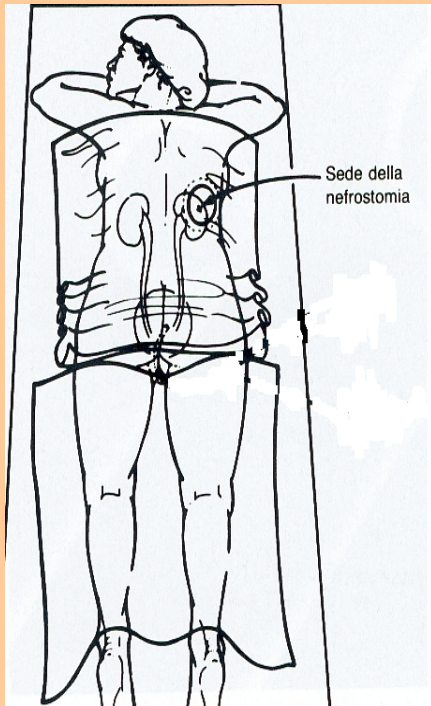
Aspetti sociali

NEFROSTOMIA

Serve ad eliminare all'esterno le urine che si raccolgono nel bacinetto renale, mediante il posizionamento di un sondino nefrostomico nel rene. Può essere temporanea o definitiva

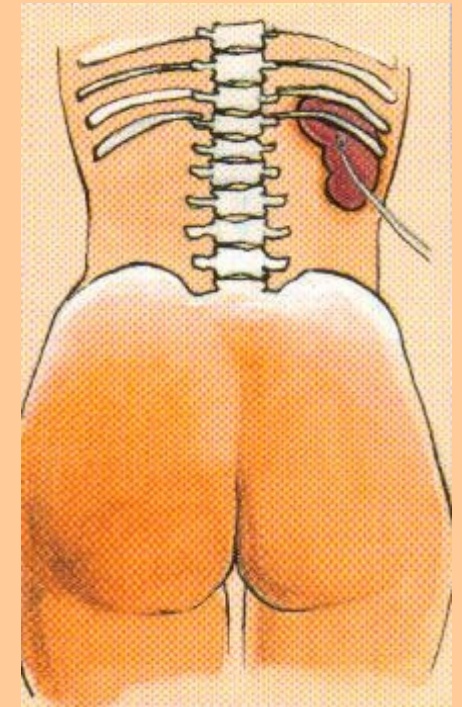
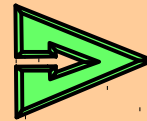


POSIZIONAMENTO CATETERE



POSTEROLATERALE

SOTTOCOSTALE



PAZIENTE IN POSIZIONE PRONA CON ZONA INTERESSATA ELEVATA DI 30°

Nefrostomia

Problemi di Nursing

- *Medicazione (ogni 6/7 giorni)*
- *Verifica della pervietà del catetere* **“se necessario”**
- *Sostituzione dei punti di sutura*
- *Sostituzione del catetere nefrostomico*

Nefrostomia



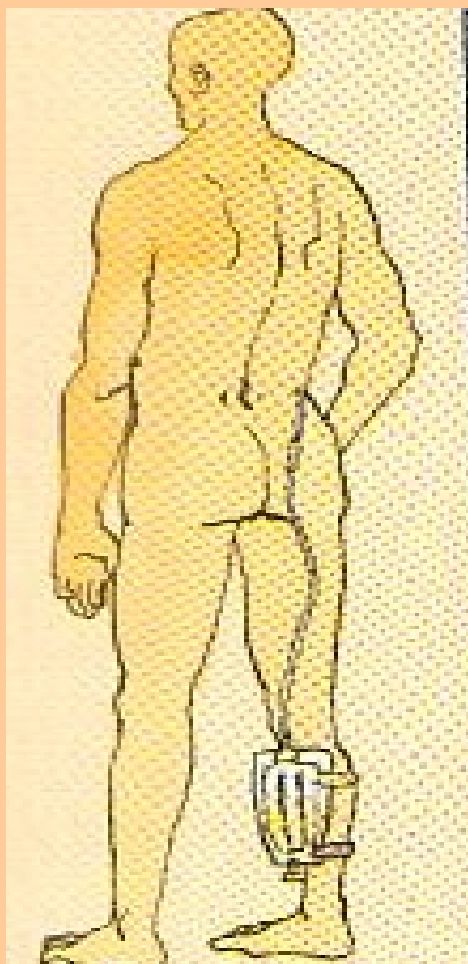
***Ost
ruz
ion
e***



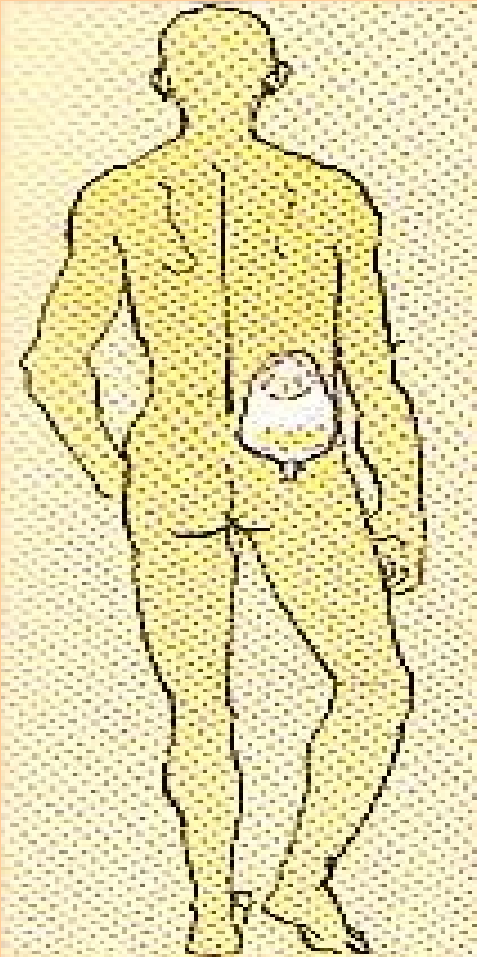
***Sp
osi
zio***

IRRIGAZIONE CATETERE

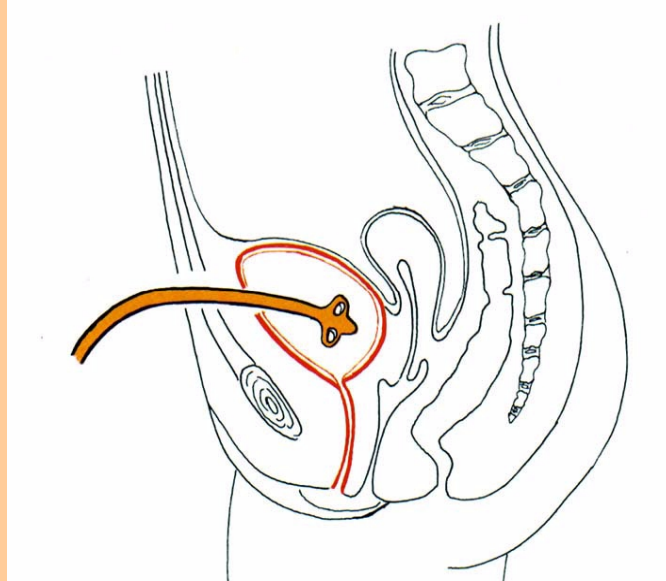
MEDICAZIONE



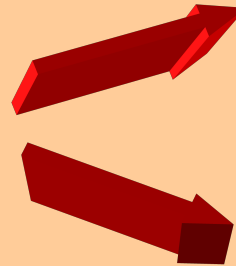
MEDICAZIONE



Epicistostomia



Drenaggio Urinario Sovrapubico



Chirurgico

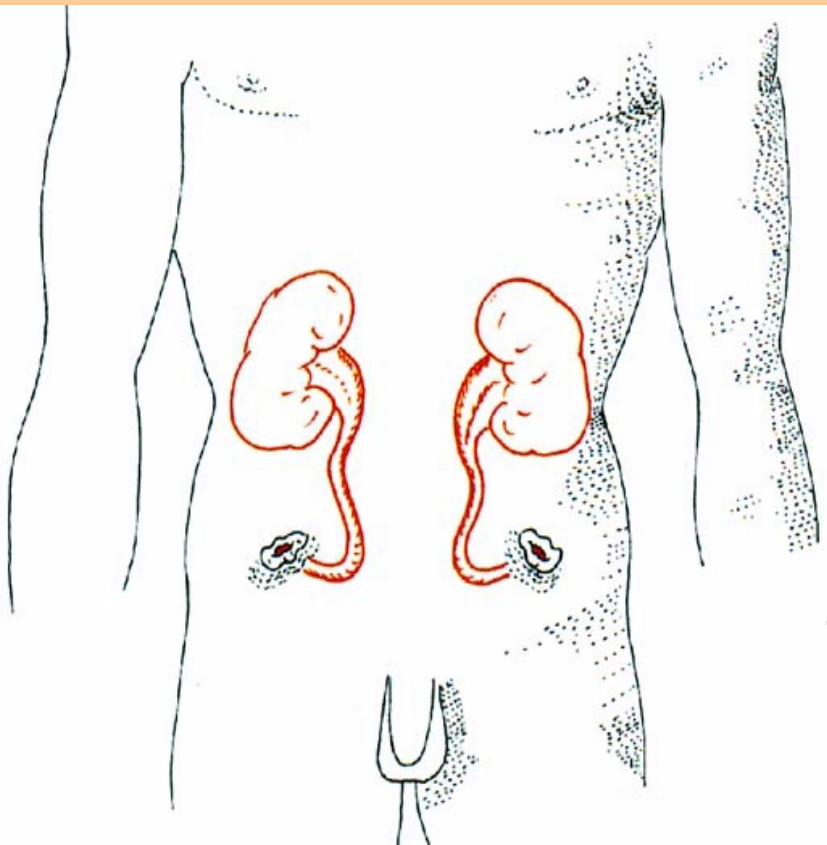
Percutaneo

Epicistostomia

- *Ostruzione*
- *Sposizionamento*

URETEROCUTANEOSTOMIE

**Gli ureteri sono derivati all'esterno
sulla parete addominale.
(monolaterale-bilaterale).**



Ureterocutaneostomia

- Sostituzione del sistema di raccolta (ogni tre – quattro giorni).
- Verifica della pervietà dei cateteri
- Sostituzione dello splint ureterale ogni 30/40 giorni

Ureterocutaneostomia

Fisiopatologia

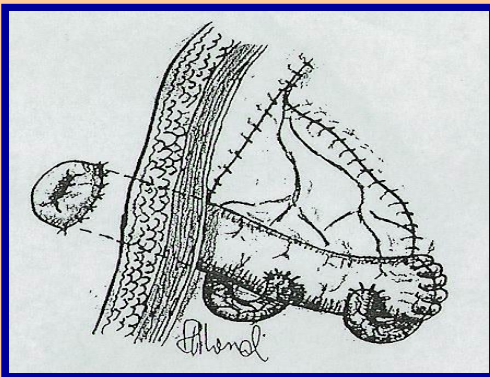
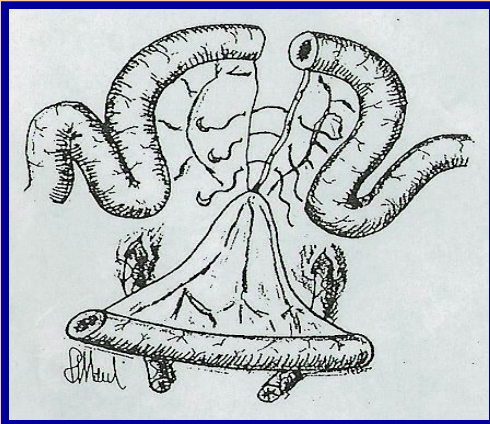
- Tendenza dello stoma ureterale alla stenosi
- Necessità di un tutore ureterale a permanenza (splint)
- lo Stoma è Sempre Refluente



Elevata Incidenza di Infezioni

URETEROILEOCUTANEOSTOMIE

Gli ureteri sono abboccati ad un tratto dell'ileo lungo circa 40 cm, con un lato chiuso a fondo di sacco e l'altro abboccato alla cute dell'addome.



Ileal Conduit

Vantaggi (rispetto all'ureterocutaneo)

- ❖ Un solo stoma
- ❖ Minor incidenza di infezioni
- ❖ Minor incidenza di idronefrosi

Limiti

- Produzione di muco*
- Apparecchiamento a volte difficoltoso*



URETEROCUTANEOSTOMIA URETEROILEOCUTANEOSTOMIA

COMPLICANZE

➤ REALI O PRECOCI

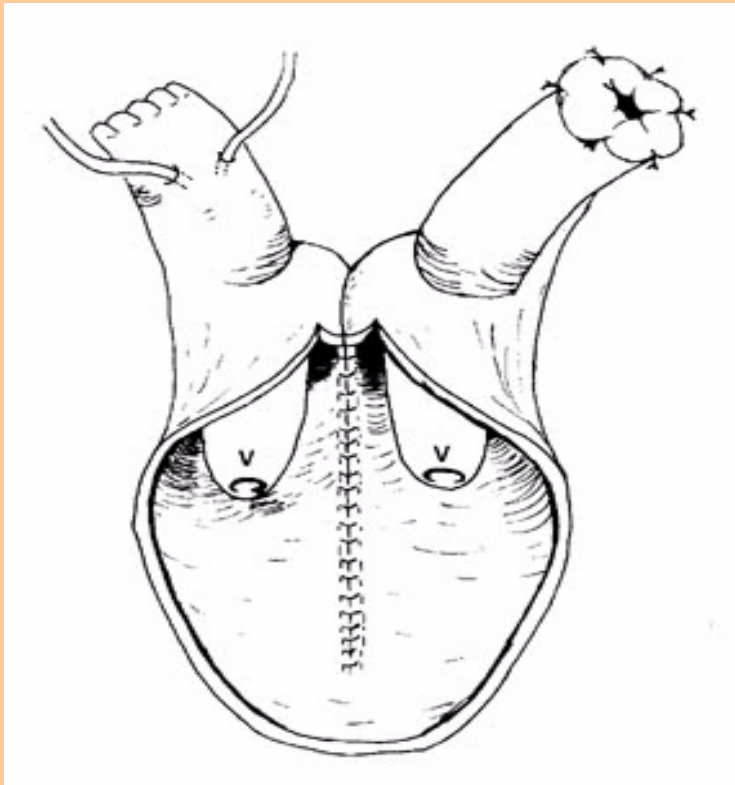
- ▶ Ischemia e/o necrosi
- ▶ Malposizionamento
- ▶ Dermatiti
- ▶ Retrazione
- ▶ Edema
- ▶ Emorragia intra e peristomale
- ▶ Suppurazione ed accessi peristomali

➤ POTENZIALI O TARDIVE

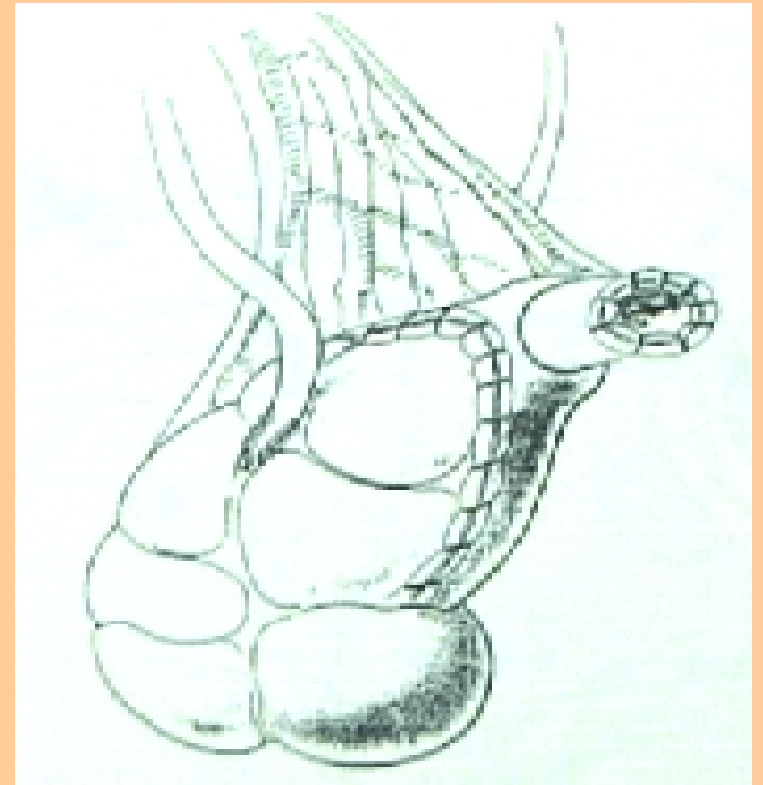
- ▶ Ernie
- ▶ Stenosi
- ▶ Prolasso
- ▶ Fistola

DERIVAZIONI URINARIE ESTERNE CONTINENTI

Tasca di kock



Indiana Pouch



C.

I.

C.

DERIVAZIONI URINARIE INTERNE

VESCICA RETTALE

MAUCLAIRE

GERSUNY

DUHAMEL

HOVELACQUE

URETEROSIGMOIDOSTOMIA

NEOVESCICA ILEALE

HAUTMANN

CAMEY (1/2)

VIP

NEOVESCICA ILEOCOLICA

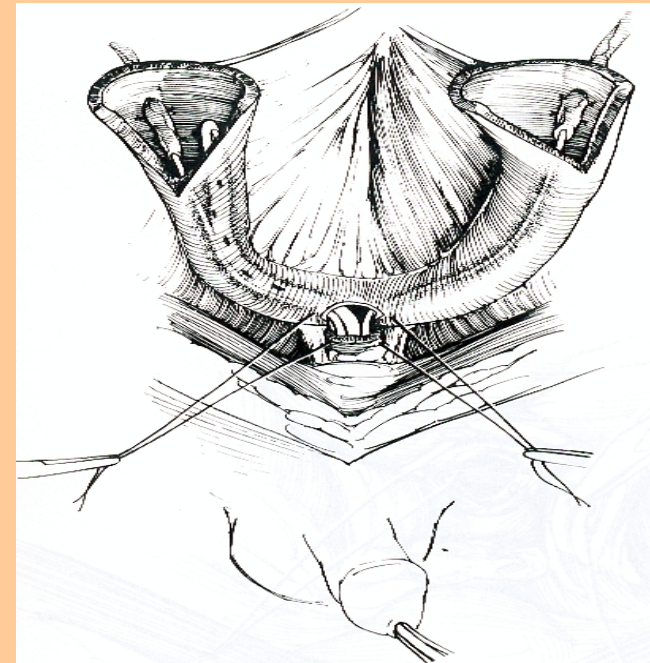
Urostomie definitive – interna - Continente

Neovescica Ortotopica sec. **Camey**

Consiste in una anastomosi tra moncone uretrale residuo della cistectomia ed un segmento ileale defunzionalizzato.

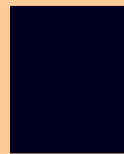
Indicazioni:

- **Pazienti Motivati.**
- **Condizioni generali “buone”**
- **Buon tono sfinterico (dell’uretra)**
- **Neoplasie lontano dall’uretra**
- **Funzionalità renale**

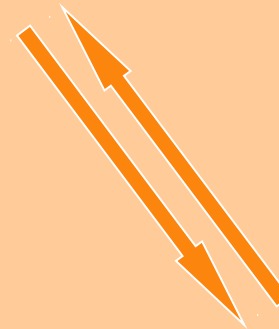
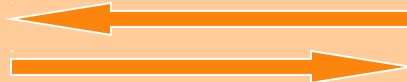
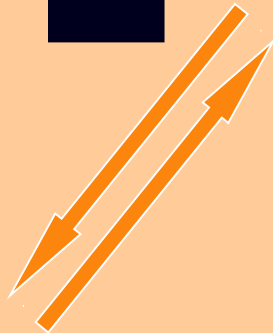


DERIVAZIONE ORTOTOPICA

L'assistenza postoperatoria specifica, viene focalizzata su
3 aspetti fondamentali:



Mantenere la pervietà dei drenaggi



Assicurare la tenuta delle anastomosi

Monitorare la fuoriuscita delle urine

OBIETTIVI

*CREAZIONE DI UN SERBATOIO A BASSA
PRESSIONE*

*AMPIA CAPACITA'
CONTINENTE*

*SVUOTAMENTO VOLONTARIO DELLE
URINE*

PROTEZIONE DELL' ALTO APPARATO URINARIO

Nel periodo postoperatorio il serbatoio viene drenato da un catetere di grosso calibro per permettere la fuoriuscita del muco anche grazie a lavande quotidiane con soluzione fisiologica sterile. La presenza dei tutori che deviano le urine dagli ureteri all'esterno permettono l'isolamento degli stessi per l'esecuzione delle lavande alla neovescica, introducendo 20-30 cc di soluzione fisiologica sterile a bassa pressione e aspirando delicatamente e/o valutando il ritorno a caduta.

I pazienti devono essere istruiti a eseguire questa procedura a domicilio perché la produzione di muco avverrà ancora per molto tempo e non si deve rischiare l'occlusione del serbatoio.

Riabilitazione

- **Minzione in posizione seduta, rilassando il piano perineale ed esercitando una leggera pressione addominale.**
- **Minzione ad orari, con intervalli di 3 ore di giorno e di 4/5 di notte...**
- **Sedute giornaliere di kinesiterapia pelvica attiva (kegel)... Contrazione toniche periodiche piano perineale di 10" cadauna per la stimolazione delle aree muscolari e sfinteriali**
- **Eventuale trattamento di stimolazione passiva tramite elettrostimolazione sfinteriale (SEF) , e/o biofeedback minzionale
-3 sedute settimanali per 5 settimane-**
- **Compilazione di una "carta minzionale" per annotare la frequenza minzionale,diurna e notturna, quantità di urina emessa ad ogni minzione, eventuali episodi di incontinenza urinaria, quantità di liquidi ingeriti nell'arco della giornata.....**
- **Eventuale autocateterismo**

FOLLOW-UP

- *Esame clinico generale ogni 3 mesi*
- *Esami ematochimici ogni 3 mesi*
- *Ecotomografia addominale e pelvica ogni 3 mesi nel primo anno ed ogni 6 mesi nel periodo successivo*
- *Rx torace ogni 6 mesi*
- *Rx urografia a 6 mesi e quindi annualmente come film supplementare a tac*
- *Tac addome e della pelvi a 6 mesi nel primo anno e quindi annualmente*
- *Scintigrafia ossea a 6 mesi nel primo anno e quindi annualmente*
- *Esame urodinamico a 6 e 12 mesi nel primo anno e quindi annualmente*
- *Uretrocistoscopia a cadenza annualmente con eventuale biopsia della mucosa della neovescica e dell'anastomosi uretrale*