

9° Corso Multiprofessionale di Nursing
L'ASSISTENZA ALL'ANZIANO:
NUOVI PROBLEMI, NUOVE RISPOSTE
Firenze, 27–29 novembre 2008
Società italiana di Gerontologia e Geriatria

Incontinenza fecale: raccomandazioni per la pratica assistenziale

Anna Castaldo

Incontinenza fecale

VALUTAZIONE

**Strumenti
di valutazione**

GESTIONE

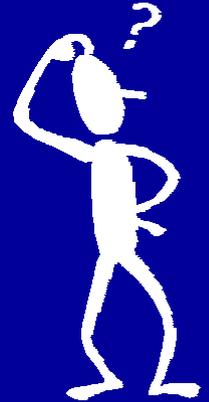


VALUTAZIONE DI BASE DELLA IF

Obiettivi

- Indagare la presenza di segni e sintomi nelle **persone ad alto rischio di IF**
- Pianificazione di un programma intestinale con interventi specifici o di supporto, anche in base alle preferenze e alla risposta individuale

PERSONE AD ALTO RISCHIO DI IF



- Anziani fragili
- Feci liquide o diarrea di qualsiasi eziologia
- Parto (soprattutto con lesione ostetriche di 3° e 4°)
- Malattia / lesione neurologica o spinale (es. spina bifida, ictus, sclerosi multipla, lesione al midollo spinale)
- Deterioramento cognitivo severo o disabilità nell'apprendimento
- Incontinenza urinaria
- Prolasso di organi pelvici e/o prolasso rettale
- Resezione del colon o una chirurgia anale
- Radioterapia pelvica
- Infiammazione perianale, prurito o dolore

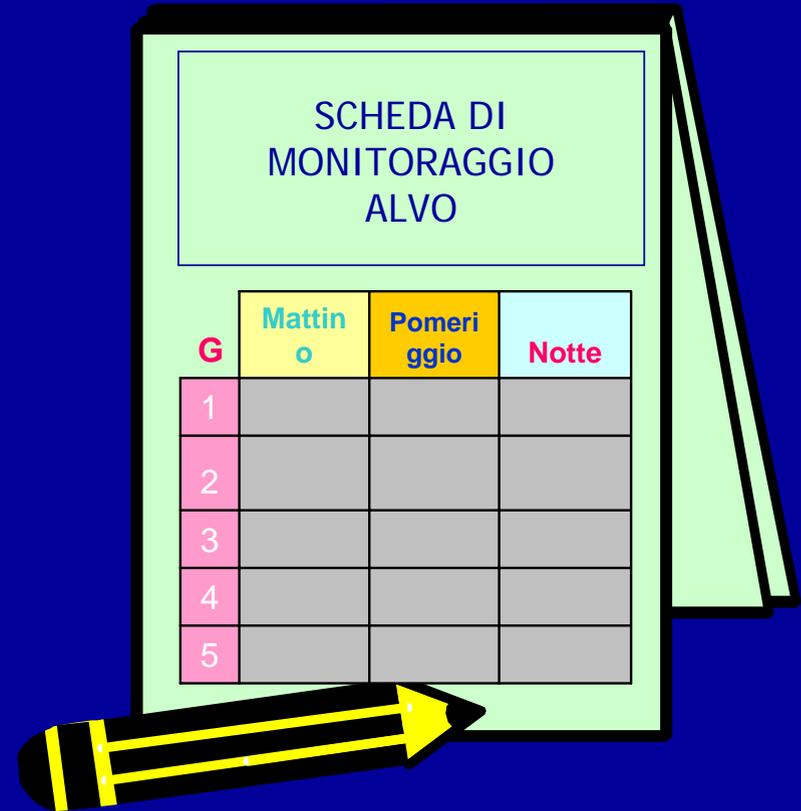
LA VALUTAZIONE DI BASE DELLA IF (1)



- Valutazione funzionale
- Valutazione cognitiva
- Pratiche auto-assistenziali e la loro efficacia
- Utilizzo di presidi assorbenti o di altri dispositivi
- Uso di farmaci antidiarroici
- Regime dietetico (i cibi evitati ...) e l'introito dei liquidi giornaliero
- Elementi ambientali (es. accessibilità alla toilet, abiti costrittivi, uso di contenzione, barriere ambientali)
- **Tipo di incontinenza** (feci liquide, solide, gas) la sua durata, la periodicità

LA VALUTAZIONE DI BASE DELLA IF (2)

- Modello intestinale individuale prima e dopo il sospetto di IF
- Modello eliminazione urinaria (diario minzionale) → IU
- Diario intestinale



SCHEDA DI MONITORAGGIO ALVO

G	Mattin o	Pomeri ggio	Notte
1			
2			
3			
4			
5			

LA VALUTAZIONE DI BASE DELLA IF (3)

- **Identificazione dei fattori contribuenti:**

- compressione fecale, infezioni,
- effetti collaterali dei farmaci,
- introito di liquidi inappropriato, confusione,
- problemi ambientali, immobilità,
- regime dietetico scarso ...

- **Esame obiettivo:**

- compressione fecale/fecalomi
- emorroidi
- Sensibilità perineale
- tono sfinterico



Scale di valutazione IF

- **SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE IF**
(Vaizey et al, 1999)
- **DIARIO INTESTINALE** (Satish S.C, 2004)
- **SCALA DI BRISTOL: CONSISTENZA DELLE FECCI** (Heaton et al., 1992)

Bowel Function in the community Instrument
(Reilly et al., 2000)



Strumenti di valutazione

Criteri per la scelta



- **Validità** → individua ciò che è designato a misurare
- **Sensibilità** → individua la maggior parte dei casi che sono a rischio o hanno realmente il problema misurato, i veri positivi
- **Specificità** → individua i veri negativi e quindi esclude chi non presenta la diagnosi in esame
- **Inter-rater reliability** → consente di ottenere gli stessi risultati quando una misura viene fatta da differenti valutatori
- Parte dedicata a i **commenti** e alle domande chiuse e aperte
- **Supporto informatico** che consente il monitoraggio dei dati
- **Pratico** da somministrare



SCALE DI VALUTAZIONE

VANTAGGI

- Lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali ed una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza possibile
- Maggiore rapidità e precisione nell'individuare i problemi e le capacità residue → maggior adeguatezza nella formulazione degli obiettivi;
- Monitoraggio nel tempo delle variazioni delle condizioni valutate;
- Verifica dei risultati attesi;
- Maggiore accuratezza nel passaggio delle informazioni e nell'integrazione fra diverse professionalità.

LIMITI

Valutano solo gli aspetti oggettivi del problema



Analisi parziale del fenomeno

Santullo, Chiari, 2003
Zanetti, 2003



SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE IF

	Mai	Rara mente	Qualche Volta	Settim analme nte	Giornal mente
Incontinenza per feci solide	0	1	2	3	4
Incontinenza per feci liquide	0	1	2	3	4
Incontinenza per gas	0	1	2	3	4
Cambiamenti nello stile di vita	0	1	2	3	4
				No	SI
Necessità di indossare un assorbente				0	2
Assunzione di farmaci costipanti (antidiarroici)				0	2
Ridotta abilità di posticipare di 15 minuti la defecazione				0	4

Vaizey C.J., Carapeti E., Cahill A., Kamm M. A., 1999

SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE IF

Istruzioni

Ciascun parametro è valutato in base alla presenza/assenza ovvero in base alla durata

- Mai: nessun episodio nelle precedenti quattro settimane
- Raramente: un episodio nelle precedenti quattro settimane
- Qualche volta: più di un episodio nelle precedenti quattro settimane ma meno di un episodio alla settimana
- Settimanalmente: uno o più episodi alla settimana ma meno di un episodio al giorno
- Giornalmente: uno o più episodi al giorno

PUNTEGGIO

0 = continente

24 = grave incontinenza

DIARIO INTESTINALE

Signor/Signora _____ n letto _____										
Data										
Ora dell'evacuazione										
Incontinenza	si	no								
Tracce o gocciolamento di feci	si	no								
Consistenza feci (tipo da 1 a 7)*										
Urgenza (<i>incapacità di posticipare di 15 minuti l'evacuazione intestinale</i>)	si	no								
Utilizzo di presidi assorbenti	si	no								
Farmaci assunti										
Commenti										

MONITORAGGIO EVACUAZIONE

Data	Mese →				Anno → 200
	Mat	Pom	Notte	Lassativi/Clisma	Note
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Scala di Bristol: consistenza delle feci

- 1. Feci caprine dure (o fecalomi)
- 2. Feci formate dure
- 3. Feci formate con superficie crepata
- 4. Feci formate morbide
- 5. Feci caprine morbide
- 6. Feci semiliquide e/o mucose
- 7. Feci liquide

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces ENTIRELY LIQUID

Heaton K.W., Radvan J., et al., 1992



Scale di valutazione Stipsi

- **CAS CONSTIPATION ASSESMENT SCALE**
(Susan Mc Millan and Williams 1989)
- **CONSTIPATION SCORING SYSTEM**
(Agachan at al. 1996)
- **ROME CRITERIA II** (G. Thompson, 1999)

CONSTIPATION SCORING SYSTEM (Agachan at al. 1996)

Indicatori

Inserire una sola risposta per riga con una " X "

PUNTEGGIO ASSEGNATO	0	1	2	3	4
frequenza delle evacuazioni	1-2 volte per 1-2 giorni	2 volte alla settimana	una volta alla settimana	meno di una volta alla settimana	meno di una volta al mese
durata della stipsi in anni	0	da 1 a 5	da 5 a 10	da 10 a 20	più di 20
dolore alla evacuazione	mai	raramente	qualche volta	solitamente	sempre
sensazione di evacuazione incompleta	mai	raramente	qualche volta	solitamente	sempre
dolore addominale	mai	raramente	qualche volta	solitamente	sempre
tipo di defecazione	spontanea	con lassativi	clistere o clisma fleet	evacuazione manuale	
durata della defecazione	meno di 5 minuti	da 5 a 10 minuti	da 10 a 20 minuti	da 20 a 30 minuti	più di 30 minuti
Insuccessi nella defecazione nelle 24 ore	nessuno	da 1 a 3	da 3 a 6	da 6 a 9	più di 9

Il punteggio va da 0 a 30 con un cut-off > 0 = 15

CAS CONSTIPATION ASSESMENT SCALE

(Susan Mc Millan and Williams 1989)

ITEM	Mai 0	Qualche volta 1	Sempre 2
distensione addominale o gonfiore			
transito di gas nell'intestino			
diminuzione della frequenza dei movimenti intestinali			
feci liquide o viscose			
sensazione di pienezza rettale			
dolore rettale alla defecazione			
Volume delle feci ridotto			
impedimento al passaggio delle feci			

L'assenza della stipsi è zero, mentre da 1 a 16 viene individuata la stipsi da lieve, moderata a severa.

ROME CRITERIA II di G. Thompson (1999)

Indicatori

- Meno di tre evacuazioni alla settimana
- Evacuazione di feci dure
- Sensazione di evacuazione incompleta
- Presenza di sforzo durante l'evacuazione
- Sensazione di impedimento o ostacolo rettale alla defecazione
- Digitazioni (rettali o vaginali) per facilitare l'espulsione delle feci

- Intervallo di tempo indagato → ultimi 12 mesi
- Tutte le risposte devono intendersi esenti dall'uso di lassativi.
- Ad ogni item corrispondono 5 risposte che variano da:
 - Mai o raramente
 - Occasionalmente 10 % delle volte
 - Spesso 25 % delle volte
 - Molto spesso 50 % delle volte
 - Sempre 100 % delle volte
- **Presenza di stipsi: il cut-off → 2 o più indicatori con risposte comprese tra " spesso molto spesso e sempre**

Diagnosi di stipsi

Criteri di Rome III

Deve includere **due o più dei seguenti sintomi**:

- **sforzo** almeno nel 25% delle defecazioni;
- **feci dure** o increspate in almeno il 25% delle defecazioni;
- **sensazione di incompleta evacuazione** per almeno il 25% delle defecazioni;
- **sensazione di ostruzione/occlusione ano-rettale** per almeno il 25% delle defecazioni;
- **manovre manuali** per facilitare l'evacuazione in almeno il 25% delle defecazioni (es. evacuazione digitale, supporto del pavimento pelvico);
- **meno di tre defecazioni alla settimana**;
- **evacuazioni rare senza l'uso di lassativi**;
- **esclusione** della diagnosi di sindrome dell'intestino irritabile (**IBS**) .

La stipsi cronica funzionale viene diagnosticata se tali criteri sono presenti **per almeno 3 mesi** con un inizio dei **sintomi da almeno 6 mesi** prima della diagnosi.

PROGRAMMA DI CONTINENZA

Approccio multidisciplinare

- Coinvolgere la direzione amministrativa nel processo di implementazione
- Individuare la persona che coordina e monitora l'implementazione (es. infermiere geriatrico esperto)
- Informare e **coinvolgere gli utenti e familiari** nel processo decisionale della gestione dell'Incontinenza, considerando le attitudini e le preferenze e le opinioni delle persone assistite.
- Assicurare il supporto /consulenza di professionisti sanitari specializzati nella gestione della continenza
- Sensibilizzare e formare gli operatori coinvolti

Gestione della IF

Obiettivo

favorire una consistenza delle feci ottimale e una evacuazione soddisfacente in tempi programmati

- Regime dietetico ed idrico
- Toilet
- Assistenza protesica a persone con disabilità motoria cognitiva
- Igiene e integrità cutanea
- Presidi assorbenti

Regime dietetico



- Introito alimentare complessivo bilanciato
- Monitoraggio giornaliero dell'introito di liquidi e di alimenti giornaliero → identificare alimenti che determinano diarrea o IF
- Limitare l'assunzione di alimenti che potenzialmente risultano contribuire ai sintomi di IF (es.caffeina che specie dopo i pasti può aumentare la risposta gastro colica e la motilità intestinale)
- Valutare la presenza/rischio di malnutrizione
- Incoraggiare le persone con feci dure e/o con disidratazione evidente ad assumere almeno 1.5 litri di liquidi/die (a meno che non sia controindicato)
- Misurare la diuresi se l'introito di liquidi è dubbio



TOILET

- Promuovere l'uso della toilet costante e regolare basata sugli intervalli di pasto della persona (utilizzare il riflesso gastrocolico)
- Favorire l'evacuazione in tempi programmati (*scheduled toileting*) sulla base del diario intestinale



TOILET

Favorire una rapida evacuazione in presenza di uno stimolo di defecazione



TOILET

- Water con un'altezza appropriata
- Sicurezza



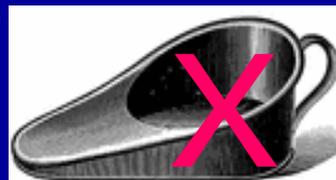
- Tempo sufficiente per l'evacuazione
- Favorire la posizione seduta o accovacciata

PRESIDI E AUSILI

- Favorire l'utilizzo della toilet o della comoda per la defecazione;



- Evitare, per quanto possibile, l'utilizzo della padella a letto



- Può essere utilizzato un presidio assorbente per incontinenti



ATTIVITA' FISICA

- Favorire un minimo di attività fisica giornaliera adattata alle capacità funzionale e alla condizione di salute della persona



Assistenza protesica

Igiene e integrità cutanea

- Fornire assistenza alle persone con problemi di mobilità/cognitività (assicurare l'accesso alla toilette in tempi rapidi, indossare e rimuovere il vestiario..)
- Assicurare costantemente l'integrità cutanea: può essere utile l'applicazione di creme protettive come l'ossido di zinco
- Assicurare un'igiene perianale frequente ovvero subito dopo un'evacuazione, utilizzando preferibilmente delle salviette umide piuttosto che la carta igienica asciutta (Satish S.C., 2004)

Presidi Assorbenti

- Applicare i presidi assorbenti, scelti in base alle esigenze e alle caratteristiche della persona e cambiarli regolarmente (Lehur P.A. et al., 2000)
- L'applicazione di presidi assorbenti dovrebbe essere un intervento di **seconda scelta**, cioè mirato alla gestione a lungo termine della IF intrattabile; inoltre i presidi assorbenti possono avere una funzione di protezione in associazione agli altri interventi assistenziali (NICE, 2007)

GESTIONE DELLA IF

Persone con compressione fecale



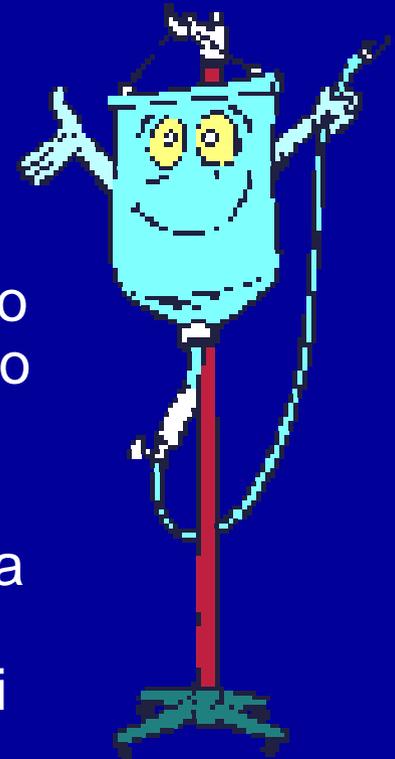
- Trattamento per via rettale (da ripetere se necessario giornalmente per alcuni giorni)
- Se inappropriato o inefficace dovrebbe essere assicurato un trattamento di lassativi per via orale
- L'applicazione di preparati rettali dovrebbe essere usata se i lassativi orali causano episodi di incontinenza fecale e se c'è la necessità di realizzare delle evacuazioni intestinali programmate (NICE, 2007)



GESTIONE DELLA IF

Persone con compressione fecale

- L'applicazione di **supposte** o di **clisteri evacuativi** può essere utile nel trattamento delle persone incontinenti con una evacuazione intestinale incompleta o di coloro che presentano un **gocciolamento fecale** dopo la defecazione.
- In alcuni pazienti l'alternanza di lassativi con periodici clisteri evacuativi può assicurare una evacuazione intestinale maggiormente controllata. Tali interventi necessitano però di ulteriori ricerche (Satish, 2004).



GESTIONE DELLA IF

Persone con limitata mobilità

Assicurare:

- evacuazioni intestinali programmate, attraverso la combinazione di lassativi orali o rettali e/o agenti costipanti.
- l'accessibilità alla toilet,
- l'applicazione di prodotti assorbenti appropriati

GESTIONE DELLA IF

Persone con gravi deficit cognitivi

- Effettuare una valutazione funzionale e comportamentale per determinare se qualche **disturbo comportamentale** sia la **causa dell'IF**
- Fornire interventi specifici con l'obiettivo di **gestire i comportamenti** che possono determinare l'IF

L'indagine assomiglia ai lunghi mesi di gestazione, e la soluzione del problema al giorno della nascita.

Indagare un problema è risolverlo.

(Mao Tse Tung, citato da Paco Ignacio Taibo II in "Giorni di battaglia")



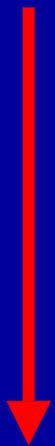
**GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE**



Aspetti Epidemiologici IF

P
R
E
V
L
E
N
Z
A

- Adulti → 1-10%, in relazione alla tipologia e alla frequenza degli episodi di IF (NICE, 2007)
- Anziani (età media di 75 anni) → 12% (12,4% negli uomini e 11.6% nelle donne) (Goode, 2005)
- Residenti in RSA 20 -54% (Chassagne et al., 1999; Chiang et al., 2000; Bosshard et al., 2004; Wald, 2005)



*Proporzione di eventi
presenti in una popolazione
in un dato momento*

Condizione sottoriportata e sottodiagnosticata

CLASSIFICAZIONE IF

L'incontinenza fecale nell'anziano istituzionalizzato è nella maggior parte dei casi multifattoriale (a differenza del giovane). Per questo è ragionevole utilizzare una classificazione sulla base della causa primaria (eziologica)

Norton, Christiansen. 2nd Ed. 2002)

1. OVERFLOW: IF da sovrafflusso secondaria a stipsi

- 52% dei soggetti in casa di riposo,
- 27% dei pazienti in ospedale

La stipsi, e l'utilizzo indiscriminato di lassativi, sono tra le più le più frequenti cause di incontinenza fecale (Brocklehurst et al., 1999; Norton, 1996)

2. INCONTINENZA FUNZIONALE

- La prevalenza dipende dal grado di dipendenza funzionale e dalla scala di valutazione di disabilità usata.
- Si verifica nei soggetti che non sono in grado di accedere al bagno in tempo per difficoltà nella mobilità, nella destrezza, o nella visione.

3. IF ASSOCIATA A DEMENTIA

- 46% dei soggetti con IF in RSA
- I pazienti con demenza avanzata possono avere una disinibizione neurologica del retto, con una tendenza a svuotare l'ampolla rettale una volta o due volte al giorno in conseguenza ai movimenti peristaltici

4. IF ASSOCIATA AD ALVO DIARROICO

conseguente ad abuso di lassativi,
intolleranze alimentari, uso di
antibiotici e infezioni
gastroenteriche

- Affligge il 44% dei pazienti in RSA
- Le feci liquide aumentano il rischio di IF negli anziani normalmente continenti
- Le più frequenti cause reversibili di feci liquide sono:
 - uso eccessivo di lassativi (oltre 30% della popolazione geriatrica)
 - intolleranza al lattosio (50% degli ultra-60enni)
 - - diarrea conseguente all'utilizzo di farmaci antibiotici

5. INCONTINENZA CONSEQUENTE A COMORBILITA'

- Stroke – (affligge il 40% dei soggetti con stroke recente, e persiste nel 10% a 6 mesi)
- Diabete mellito
- Disfunzioni nell'innervazione sacrale

6. INCONTINENZA CONSEQUENTE A DISFUNZIONI ANO- RETTALI

- Ricontrato nel 34% delle donne ultra65enni con IF)
- La disfunzione correlata all'età dello sfintere anale può contribuire all'aumentata prevalenza di IF negli uomini e nelle donne ultraottantenni
- Il prolasso rettale è inoltre una causa di IF

Attachment C. Sample Incontinence Monitoring Record for Hospital and Nursing Home Patients

INSTRUCTIONS: EACH TIME THE PATIENT IS CHECKED:

- 1) Mark one of the circles in the **BLADDER** section at the hour closest to the time the patient is checked.
- 2) Make an X in the **BOWEL** section if the patient has had an incontinent or normal bowel movement.

✓ = Incontinent, small amount ∅ = Dry × = Incontinence BOWEL
 ✓ = Incontinent, large amount Δ = Voided correctly × = Normal BOWEL

PATIENT NAME _____ ROOM # _____ DATE _____

TIME	BLADDER			BOWEL		Initials	Comments
	Incontinence of urine	Dry	Voided correctly	Incontinence	Normal		
12 am	•	•	○	Δ cc _____			
1	•	•	○	Δ cc _____			
2	•	•	○	Δ cc _____			
3	•	•	○	Δ cc _____			
4	•	•	○	Δ cc _____			
5	•	•	○	Δ cc _____			
6	•	•	○	Δ cc _____			
7	•	•	○	Δ cc _____			
8	•	•	○	Δ cc _____			
9	•	•	○	Δ cc _____			
10	•	•	○	Δ cc _____			
11	•	•	○	Δ cc _____			
12 pm	•	•	○	Δ cc _____			
1	•	•	○	Δ cc _____			
2	•	•	○	Δ cc _____			
3	•	•	○	Δ cc _____			
4	•	•	○	Δ cc _____			
5	•	•	○	Δ cc _____			
6	•	•	○	Δ cc _____			
7	•	•	○	Δ cc _____			
8	•	•	○	Δ cc _____			
9	•	•	○	Δ cc _____			
10	•	•	○	Δ cc _____			
11	•	•	○	Δ cc _____			
TOTALS:							

Copyright 1984, the Regents of the University of California. Used with permission.

Sample Incontinence Monitoring Record for Hospital and Nursing Home Patients

Università di California, 1984
in Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), 1996

