

MANAGEMENT INCONTINENZA FECALE IN UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Massidda M.V.¹, Massidda R.²

ABSTRACT

L'incontinenza fecale (IF) è l'incapacità di controllare la fuoriuscita di feci solide o liquide durante esercizio fisico o nella normale attività quotidiana. L'IFA (incontinenza fecale acuta) è presente in più del 40% dei pazienti ricoverati nei reparti di terapia intensiva. L'IFA rappresenta un fattore di rischio riconosciuto per la trasmissione delle infezioni nosocomiali come il Clostridium difficile, nella formazione di lesioni cutanee in zona perianale, con aumento della morbilità, della mortalità, dei tempi e costi di ospedalizzazione.

Il Management specifico sull'incontinenza rappresenta un capitolo importante nella gestione complessiva del paziente acuto e critico in terapia intensiva. Richiede un approccio multidisciplinare e multi professionale al fine di valutare le cause e la gravità della IF, ed evitare o ridurre al minimo le complicanze. L'infermiere, all'interno del team assistenziale, è una risorsa essenziale nella cura del paziente incontinente e dei familiari. La consapevolezza del problema, l'adozione delle raccomandazioni, l'utilizzo di strumenti di gestione della AFID, rappresentano il primo passo per un corretto management.

ENG: Faecal incontinence (IF) is the inability to control the leakage of solid or liquid stools during exercise or normal daily activity. IFA (acute faecal incontinence) is present in more than 40% of patients admitted to intensive care units. IFA represents a recognized risk factor for the transmission of nosocomial infections such as Clostridium difficile, in the formation of skin lesions in the perianal area, with increased morbidity, mortality, time and costs of hospitalization.

The specific Management on incontinence represents an important chapter in the overall management of the acute and critical patient in intensive care. It requires a multidisciplinary and multi-professional approach to assess the causes and severity of the IF, and avoid or minimize complications. The nurse, within the care team, is an essential resource in the care of the incontinent patient and the family members. The awareness of the problem, the adoption of the recommendations, the use of management tools of the AFID, represent the first step for a correct management.

¹ Dottore magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, infermiera, docente, coordinatore di anno attività professionalizzanti cdl infermieristica, coordinatore Infermieristico U.O.C Anestesia e Rianimazione AOU Cagliari.

² Dottore magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, infermiera, docente, coordinatore infermieristico, impiantatore PICC, Responsabile infermieristico ambulatorio infermieristico

Lezione tratta dal corso Infermiere Online Critical Care Anno 2017 edita da MedicalEvidence divisione di Marketing & Telematica Italia srl

Keywords:
incontinenza fecale, nursing, scienze infermieristiche, terapia intensiva

This article was published on June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-5>
Copyright © 2018 SIMEDET.

BACKGROUND L'incontinenza fecale (IF) è l'incapacità di controllare la fuoriuscita di feci solide o liquide durante esercizio fisico o nella normale attività quotidiana. Si tratta di una condizione invalidante ad eziologia multifattoriale, che può comportare un fattore di rischio riconosciuto per la trasmissione delle infezioni nosocomiali come il *Clostridium difficile*⁽¹⁾, nella formazione di lesioni cutanee in zona perianale, con aumento della morbilità, della mortalità, dei tempi e costi di ospedalizzazione⁽²⁾.

L'IFA (incontinenza fecale acuta) è presente in più del 40% dei pazienti ricoverati nei reparti di terapia intensiva⁽¹⁾.

Il Management specifico sull'incontinenza rappresenta un capitolo importante nella gestione complessiva del paziente acuto e critico in terapia intensiva. L'incontinenza fecale è causa di discomfort, modifica l'immagine di sé ed è spesso causa di angoscia e disagio per il paziente e per i familiari, sia per l'odore e che per lo stigma associato alla mancanza di controllo degli sfinteri.

Per valutare le cause e la gravità della IF, ed evitare o ridurre al minimo le complicanze, agendo sia sulle cause che sulle conseguenze della perdita di feci, è necessario un approccio multidisciplinare e multi professionale. L'infermiere, all'interno del team assistenziale, è una risorsa essenziale nella cura del paziente incontinente e dei familiari⁽³⁾.

La capacità di affrontare in maniera efficace queste situazioni è legata alla predisposizione di un protocollo capace di uniformare le valutazioni e i successivi interventi degli operatori in modo da evitare errori o complicanze a carico dei pazienti.

EZIOLOGIA E CLASSIFICAZIONI DELLA IF L'incontinenza fecale riconosce molte eziologie e fattori di rischio. L'IF può derivare da lesioni dell'apparato sfinterico muscolare, da patologie del sistema nervoso (infarto cerebrale, sclerosi multipla, neuropatia diabetica, demenza), da infiammazione, infezione, trattamento radioterapico, ristagno fecale, rilassamento del pavimento pelvico, abuso di lassativi, farmaci e dal fisiologico processo di invecchiamento.

Una prima classificazione si basa sulla identificazione del meccanismo ultimo responsabile della perdita fecale:

1) Incontinenza da stress

Si verifica durante gli sforzi fisici, causata da un brusco e repentino aumento della pressione addominale non compensato da un adeguato aumento della pressione nel canale anale.

2) Incontinenza da urgenza

Si verifica quando il paziente avverte lo stimolo alla defecazione ma, per incompetenza degli sfinteri esterni, non riesce a contrastare la spinta propulsiva rettale se non per pochi secondi, non sufficienti al raggiungimento del luogo adeguato alla evacuazione.

3) Incontinenza totale

In questo caso, tutto il gruppo sfinteriale risulta danneggiato, con perdita in vario grado di materiale fecale.

4) Incontinenza da "overflow"

Quando si verificano delle perdite fecali modeste, per la presenza di fecalomi responsabili di una riduzione del tono sfinteriale, oppure in caso di dilatazione abnorme del retto, in cui, saltuariamente, la pressione causata dalla massa fecale supera la capacità ritentiva degli sfinteri.

La classificazione eziologica di IF di Bliss et al⁽⁴⁾ identifica 5 classi eziologiche:

1. incontinenza fecale neuro-senso-motorio dovuta a disfunzioni dello sfintere anale o del pavimento pelvico come avviene nei traumi ano-rettali;
2. incontinenza fecale associata ad anormale transito del colon;
3. incontinenza fecale associata ad alvo diarroico;
4. incontinenza fecale da sovrafflusso (overflow) in presenza di tumori o fecalomi;
5. incontinenza fecale idiopatica: limitazioni funzionali della mobilità, e limitazioni delle capacità cognitive, contribuiscono notevolmente al rischio di incontinenza fecale.

Rao⁽⁵⁾ divide l' incontinenza fecale in tre sottotipi:

- 1) incontinenza passiva (involontaria di scarico delle feci);
- 2) incontinenza da urgenza (scarico delle feci

nonostante i tentativi attivi per contenere);
3) infiltrazioni fecali (perdite feci dopo l'evacuazione normale).

VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ DELL' IF

Per trattare correttamente l' IF si deve precisare la frequenza, l'entità e la consistenza delle fughe, classificando così l'incontinenza per gravità.

Allo scopo esistono numerosi score per valutare la gravità dell'incontinenza⁽⁶⁾.

Lo Wexner Incontinenza Score prende in considerazione una serie di fattori, come il controllo di gas, di liquidi e feci solide, l'utilizzo o meno di pannoloni e la relativa frequenza, e, infine, l'impatto che questo ha nello stile di vita di una persona.

La somma dei punteggi consente di calcolare la gravità: un punteggio uguale a 0 indica continenza perfetta, mentre un punteggio di 20 indica incontinenza totale

FIG.2 BRISTOL STOOL CHART

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, mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces. ENTIRELY LIQUID

Tipo 1: Grumi duri separati tra loro, come noci/nocciole (difficili da espellere) dette anche feci caprine.

Tipo 2: A forma di salsiccia, ma formata da grumi uniti tra loro.

Tipo 3: Come un salame, ma con crepe sulla sua superficie.

Tipo 4: Come una salsiccia o un serpente, liscia e morbida.

Tipo 5: Pezzi separati morbidi con bordi come tagliati/spezzati; chiara (facile da evacuare).

Tipo 6: Pezzi soffici/flocculari con bordi frastagliati, feci pastose.

Tipo 7: Acquosa, nessun pezzo solido, feci completamente liquide.

FIG.1 THE WEXNER SCORE⁽⁷⁾

Type of incontinence	Frequency				
	Never	Rarely	Sometimes	Usually	Always
Solid	0	1	2	3	4
Liquid	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Wears pad	0	1	2	3	4
Lifestyle alteration	0	1	2	3	4

Un altro strumento utilizzato per valutare la gravità dell'incontinenza è una scala che valuta la consistenza delle feci, la scala di Bristol o scala delle feci di Bristol.

Questo strumento consente di classificare in categorie la forma e la consistenza delle feci umane; la scala prevede sette categorie distinte.

INCONTINENZA FECALE ACUTA ASSOCIATA A DIARREA IN UTI (AFID)

L' incontinenza fecale acuta associata a diarrea (AFID) è presente in più del 40% dei pazienti ricoverati nei reparti di UTI(1). Per diarrea si intende l'emissione di 2 o più scariche al giorno di materiale fecale liquido o semiliquido, superiore a 200 g/die.

I pazienti con AFID, oltre al rischio di sviluppare dermatite perineale, lesioni cutanee, sepsi contaminazioni crociate, richiede notevole impiego di tempo di cura, con aumenti della durata del ricovero ospedaliero e dei costi derivanti dalla gestione delle complicazioni.

Le cause principali dell'incontinenza fecale nel paziente critico sono:

- Intolleranza Nutrizione Enterale
- Terapia antibiotica
- Infezioni intestinali (es. Clostridium difficile, escherichia c. salmonella, rotavirus,..ect)
- Ischemia intestinale

La diarrea può essere associata alla somministrazione di nutrizione enterale per sonda.

La patogenesi della diarrea dei pazienti che ricevono nutrizione enterale non è ben nota, ma è stata attribuita alla:

- contaminazione batterica delle formule;
- caratteristiche delle formulazioni enteriche;
- concomitante terapia farmacologica.

La somministrazione di soluzioni enterali è seguita da diarrea nel 30% dei casi. Ciò è conseguenza dell'elevata osmolarità delle soluzioni nutritive; della velocità di somministrazione, oppure da intolleranza al lattosio, eccesso di grassi o dalla contaminazione.

La contaminazione batterica può avvenire sia per manipolazioni frequenti, sia per l'utilizzo di singole soluzioni contaminate^(8,9).

Per la prevenzione della diarrea correlata alla NE, le linee guida SINPE suggeriscono di ridurre al minimo le manipolazioni della miscela e della via di infusione, evitando aggiunte di acqua e farmaci,

quindi utilizzando formule pronte e confezionate; cambiare la sacca, la miscela e la via di infusione ogni 12 ore;

evitare soluzioni iperosmolari; iniziare l'infusione a bassa velocità e incrementare progressivamente⁽⁸⁾.

Sono numerosi i farmaci comunemente utilizzati in terapia intensiva e in grado di indurre diarrea. Farmaci cardiovascolari (digossina, ace inibitori β bloccanti), antidepressivi, farmaci pro cinetici o emollienti fecali, ma gli antibiotici si ritengono la causa più comune di diarrea nei pazienti in unità di terapia intensiva⁽¹⁰⁾.

Gli antibiotici che più frequentemente possono indurre diarrea sono l'eritromicina, l'ampicillina, la clindamicina e le cefalosporine.

Il Clostridium difficile è responsabile del 15-25% dei casi di diarrea associata agli antibiotici e di quasi tutti i casi di colite pseudomembranosa associata agli antibiotici⁽¹¹⁾.

Il clostridium difficile (CD) è un bacillo gram positivo, anaerobio, sporigeno, largamente diffuso nel suolo, presente nel tratto intestinale degli animali e che colonizza circa il 3% degli adulti sani; in ambito clinico è responsabile di diversi quadri infettivi di differente gravità (C. difficile-associated disease, CDAD, o infezione da C. difficile, CDI). I fattori di rischio sono rappresentati da terapia antibiotica, età avanzata (> 65 anni), chemioterapia antineoplastica e dalla durata della degenza ospedaliera.

Anche alcune procedure quali clisteri, sondaggio naso-gastrico, chirurgia gastrointestinale e uso di farmaci antiperistaltici, sono state messe in relazione ad un aumento di incidenza di infezioni da CD⁽¹²⁾. Il sospetto o la diagnosi da infezione da CD impone misure di isolamento per evitare la diffusione del batterio.

Gli stati di ipovolemia sono associati a ipoperfusione splancnica con conseguente sofferenza della mucosa intestinale e conseguente diarrea.

La presenza di diarrea acuta con presenza di sangue, in pazienti in stato di shock, scompenso cardiaco, sindrome da bassa gittata, deve sempre rappresentare un campanello d'allarme.

MANAGEMENT INCONTINENZA FECALE ACUTA IN UTI

L'obiettivo assistenziale nel management dell'incontinenza fecale è quella di favorire una consistenza ottimale delle feci, una evacuazione soddisfacente in intervalli temporali programmati e garantire l'igiene e integrità cutanea.

I metodi di controllo della Incontinenza fecale acuta in UTI possono essere suddivisi principalmente in:

1. **Prodotti di contenimento**
2. **Sonde per drenare il materiale fecale**
3. **Trattamento farmacologico combinato con una delle precedenti opzioni**
4. **Regime dietetico ed idrico adeguato**

La scelta del metodo di controllo dell'incontinenza non può prescindere dalla valutazione della consistenza delle feci (liquide, solide, gas) dalla durata dell'incontinenza e dalla frequenza delle scariche.

1. PRODOTTI DI CONTENIMENTO

(panni e traverse assorbenti)

Le linee guida NICE 2007 raccomandano l'applicazione di presidi assorbenti come 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⁽¹³⁾.

La scelta dei presidi assorbenti va fatta in base alle esigenze e alle caratteristiche della persona e vanno cambiati regolarmente⁽³⁾.

In commercio esistono varie tipologie di panni per la gestione della incontinenza.

La scelta dovrebbe tener conto del fatto che le persone costrette a letto hanno bisogno di un ausilio con una maggiore capacità contenitiva e che le operazioni di cambio devono essere agevoli; la taglia, inoltre, sarà scelta in base al peso e alla circonferenza del bacino.

L'utilizzo delle traverse assorbenti, in sostituzione o ad integrazione del panno, sono la scelta ideale per

proteggere letti, materassi ed evitare il disagio dei cambi troppo frequenti di tutta la biancheria del letto.

L'utilizzo dei prodotti di contenimento non è scevro da rischi di eventi avversi: l'occlusione della cute dovuta ai prodotti assorbenti può, infatti, provocare l'aumento di umidità, la quale può concorrere all'insorgenza di molti tipi di dermatite da contatto⁽¹⁴⁾.

Oltre al rischio di dermatite vi è anche quello relativo al disagio correlato all'umidità, all'aumento della temperatura e all'attrito⁽¹⁴⁾.

Queste variabili concorrono alla formazione di lesioni da decubito.

Negli ultimi anni i materiali utilizzati sono più traspiranti, alcuni anche trattati con lozioni (cere) per offrire maggiore protezione contro dermatiti.

Vi sono evidenze a supporto che l'uso dei materiali traspiranti e il miglioramento dello stato di umidità della cute riduca la prevalenza delle dermatiti da pannolone e da *Candida albicans*⁽¹⁴⁾.

Secondo Runeman⁽¹⁵⁾, la prevalenza di dermatite a seguito dell'uso dei pannoloni è tra il 5% e il 35%⁽¹⁶⁾, anche se negli ultimi 10 anni sembra essere in diminuzione⁽¹⁴⁾.

Fattore principale nell'insorgenza delle dermatiti è l'aumento dell'umidità, dovuto al contatto prolungato con feci e urine, il processo prende avvio in combinazione con le forze da taglio esercitate tra la superficie del pannolone e la superficie cutanea. Inoltre l'aumento dell'umidità facilita la penetrazione di sostanze potenzialmente tossiche e favorisce lo sviluppo di microrganismi, prevalentemente *Candida albicans*, e aumenta di 4 volte la macerazione della cute⁽¹⁴⁾.

Le urine e le feci degradandosi determinano un aumento del PH, questa degradazione è alla base del processo di macerazione della cute. La strategia migliore per contrastare la dermatite da pannolone è quella di contrastare questi fattori con il cambio frequente del pannolone (ogni 3 ore) e l'utilizzo di creme e lozioni per favorire l'idratazione della cute e creme barriera per proteggere la cute dall'umidità.

I casi più gravi vengono solitamente trattati con steroidi topici (idrocortisone) spesso in combinazione con un antimicotico⁽¹⁴⁾.

2. SONDE PER DRENARE IL MATERIALE FECALE O FECAL MANAGEMENT SISTEM (FMS)

Da alcuni anni sono stati immessi in commercio in Italia, e approvati dalla FDA, dei dispositivi medici di classe I di contenimento delle feci costituiti da una sonda mantenuta in situ da un palloncino ed un sistema chiuso di raccolta (FMS). Questi sistemi consentono di direzionare, raccogliere e contenere scariche liquide per pazienti allettati e possono restare in situ 29 giorni continuativamente.

Alcuni autori suggeriscono di prendere in considerazione, nei pazienti delle terapie intensive e in quelli che ricevono cure palliative con incontinenza fecale, associate scariche diarroiche, l'utilizzo di un presidio FMS al fine di controllare le complicanze cutanee e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Il sistema però presenta vantaggi e svantaggi.

L'utilizzo del sistema, essendo totalmente chiuso, consente di ottenere un'esposizione minore a sostanze potenzialmente infette, minimizzare l'odore e proteggere la cute perianale. Il sistema di raccolta consente inoltre di monitorare con precisione le uscite rettali⁽¹⁷⁾.

Inoltre, se utilizzato in modo efficace e appropriato, consente l'ottimizzazione del tempo assistenziale e una riduzione della spesa (in particolare delle medicazioni per le lesioni o ferite), migliora l'accettabilità del paziente e il comfort⁽¹⁷⁾.

Non ci sono al momento molti studi che valutino i risultati a lungo termine del FMS, non sono però riportati danni alla mucosa a seguito dell' utilizzo appropriato. Beitz⁽¹⁷⁾ suggerisce comunque di rimuovere il catetere appena la diarrea si risolve, in quanto lo stesso catetere e il pallone fungono da blocco e possono causare potenzialmente ostruzione

e perforazione all'intestino.

Al fine di prevenire lesioni della mucosa rettale è necessario lo sgonfiaggio e gonfiaggio periodico.

Questi dispositivi non sono indicati nella diarrea cronica e nei pazienti deambulanti, pediatrici o in pazienti che hanno subito recenti interventi chirurgici al basso intestino crasso o al retto, pazienti con lesioni anali o rettali, stenosi, compromissione mucosale, tumore anale o rettale o emorroidi gravi.

La presenza della sonda all'interno dell'ampolla rettale rende difficile la somministrazione di farmaci per via rettale, l'esecuzione di esami rettali per l'esecuzione dei quali è necessario rimuovere il sistema).

E' indubbio che l'utilizzo corretto di sistemi di drenaggio del materiale fecale migliorino il management infermieristico e il comfort del paziente, ma il loro utilizzo nella quotidianità assistenziale in UTI, richiede esperienza, valutazione delle controindicazioni assolute e relative, valutazione del costo-beneficio, sia in termini economici che di esposizione del paziente a complicanze.

Bayon e al⁽¹⁾, basandosi sulla revisione della letteratura e le evidenze cliniche a supporto, hanno elaborato alcune raccomandazioni di esperti e sviluppato un algoritmo (figura 2) al fine di aiutare gli operatori sanitari a gestire gli episodi di incontinenza fecale acuta con diarrea (AFID) in terapia intensiva⁽¹⁾, intendendo per AFID due episodi di diarrea liquida o semiliquida in 24 ore con feci liquide (secondo Bristol^(6,7)) in paziente immobile.

FIG.3 ALGORITHM FOR AFID RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT

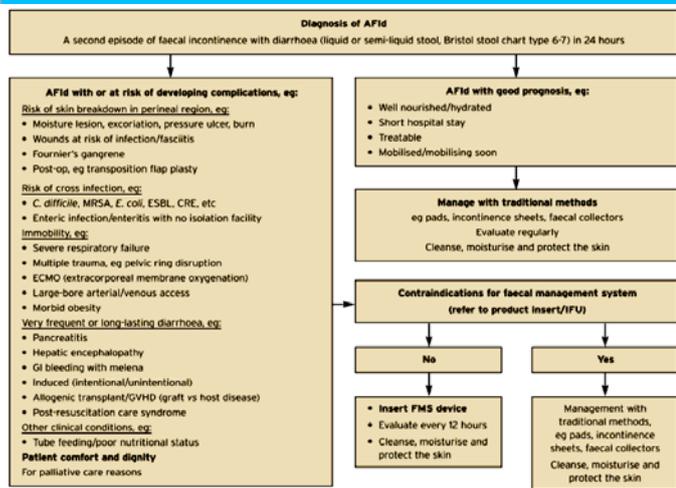


Figure 1. Algorithm for AFID risk assessment and management.
Key: AFID=acute faecal incontinence with diarrhoea; C. difficile=Clostridium difficile; E. coli=Escherichia coli; MRSA=methicillin-resistant Staphylococcus aureus; ESBL=extended-spectrum beta-lactamase; CRE=carbapenem-resistant enterobacteriaceae; FMS=faecal management system; IFU=instructions for use.

L'algoritmo suddivide i pazienti in due gruppi: quelli considerati a rischio di sviluppare complicanze o che presentano complicanze legate all' AFID, che sono i pazienti più adatti per la gestione con FMS e un secondo gruppo che comprende i pazienti a basso rischio e per i quali si prevede una risoluzione in tempi brevi dell' AFID.

La valutazione del rischio deve considerare il rischio di lesioni cutanee nella regione perineale, la presenza di ferite a rischio di infezione, rischio di infezioni correlate all'assistenza, stato di immobilità, Condizioni di comorbilità che possono determinare diarrea, altre condizioni cliniche quale per esempio la nutrizione enterale (NE).

Il secondo gruppo comprende sia pazienti con aspettativa di vita molto breve e in condizioni di terminalità che pazienti nei quali si ritiene che la AFID si risolverà in breve tempo, che sono a basso rischio di danni cutanei e di contaminazione ambientale. Si tratta, in questo caso, di pazienti ben nutriti e ben idratati e per i quali si prevede una degenza breve.

I pazienti appartenenti a questo gruppo, nei quali non vi sono indicazioni alla gestione con FMS, devono essere monitorati ogni 12 ore (o più frequentemente secondo giudizio clinico) per ogni possibile deterioramento della loro condizione, che potrebbe suggerire l'appropriatezza della gestione con un FMS.

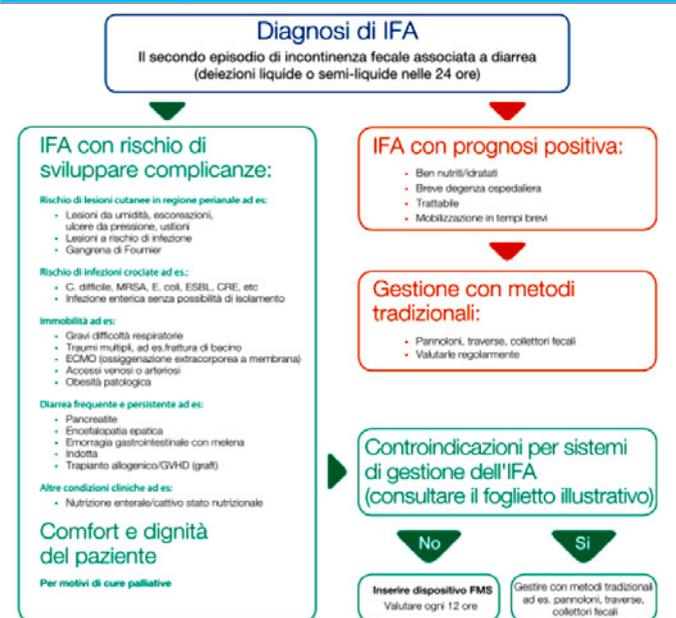
LA VALUTAZIONE INFERMIERISTICA NEL PAZIENTE CON AFID

La valutazione infermieristica del paziente con AFID mira a identificare l'entità della diarrea, i fattori contributivi utili a migliorare il trattamento della diarrea e le sue conseguenze, quali il ridotto assorbimento di liquidi, le alterazioni del bilancio idroelettrolitico e lo stato mentale.

L'infermiere, nella valutazione di questa complicanza, dovrà considerare:

- il modello di eliminazione abituale; quantità, caratteristiche e consistenza delle feci.
- il modello di eliminazione in relazione

FIG.3 ALGORITMO DI GESTIONE IFA (18)



Alla diagnosi di AFID segue una valutazione completa del paziente che consente la classificazione dei pazienti in termini di gravità dell'incontinenza, della situazione clinica, del rischio o la presenza di complicazioni associate alla diarrea e al comfort e la dignità del paziente. L' utilizzo di un dispositivo FMS è in grado di aumentare il benessere fisico e la dignità del paziente riducendo il trauma emotivo e l'imbarazzo legato all'incontinenza⁽¹⁾.

all'alimentazione e all'inizio della NE(9).

Nella valutazione della AFID, utili strumenti per la raccolta dati e il monitoraggio dell'alvo sono:

- il diario intestinale⁽¹⁹⁾
- la scala di Wexner
- la scala di Bristol

L'infermiere collaborerà ad identificare tutti quei fattori contribuenti l'incontinenza⁽¹³⁾:

presenza di fecalomi, infezioni, effetti collaterali dei farmaci, introito di liquidi inappropriato, confusione, intolleranza alla NE.

Qualora si sospetti una infezione da clostridium difficile si procederà all'invio del campione in laboratorio. Nei pazienti sintomatici con diagnosi accertata, o in attesa dell'esito della ricerca della tossina sulle feci, è necessario attivare l'isolamento da contatto.

LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE NEL PAZIENTE CON AFID

La pianificazione può essere definita come l'insieme delle scelte e degli interventi che l'infermiere, singolarmente o in équipe, ritiene possano condurre in modo efficace ed efficiente alla soluzione dei problemi posti.

La pianificazione si realizza attraverso l'identificazione:

1. di diagnosi infermieristiche, che la NANDA International (North american nursing diagnosis association) definisce come " un giudizio clinico riguardante le esperienze/risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/ processi vitali attuali o potenziali. Una Diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere ha la responsabilità"⁽²⁰⁾.
2. di obiettivi, cioè l'esplicitazione di scopi e finalità misurabili dell'attività assistenziale.
3. di interventi necessari alla realizzazione degli obiettivi stessi.

Nell'impegno a continuare lo sviluppo di un linguaggio infermieristico standardizzato iniziato fin negli anni 70 da parte della NANDA, nel 1991, un gruppo di ricerca guidato da Marion Johnson e Maridean Maas, ha sviluppato una classificazione completa e standardizzata dei risultati dell'assistito (Nursing Outcomes Classification – NOC) che possono essere utilizzati per valutare l'efficacia degli interventi⁽²¹⁾.

Nel 1987, un altro gruppo di ricerca guidato da Joanne Docheterman e Gloria Bulechek ha sviluppato la Nursing Interventions Classification (NIC), una classificazione completa e standardizzata degli interventi infermieristici^(21,22).

L'utilizzo di un linguaggio infermieristico standardizzato attraverso le tassonomie è dunque un processo avviato da alcuni decenni, sperimentato a macchia di leopardo che non trova però piena espressione nella pratica clinica. E' possibile che la diffusione di cartelle infermieristiche informatiche possa rappresentare un fattore trainante per una maggiore applicazione nell'uso delle tassonomie.

Nella pianificazione assistenziale del paziente critico con incontinenza fecale associata a diarrea, alla diagnosi infermieristica principale di "diarrea" (00013) e di "incontinenza fecale" (0014) potranno essere associate le seguenti diagnosi infermieristiche, reali o di rischio:

- Volume di liquidi insufficiente (00025 / 00027)
- Integrità cutanea compromessa (00046 / 00047)
- Mobilità compromessa (00085)
- Dolore acuto (00132)
- Confusione acuta (00128 / 00173)
- Disturbo dell'immagine corporea (00118)

Gli interventi infermieristici sono finalizzati principalmente a:

- Garantire l'igiene e prevenire la contaminazione ambientale.
- Mantenere il comfort.
- Prevenire lesioni cutanee e infezioni
- Contribuire ad alleviare nel paziente sensazione di vergogna, imbarazzo o impotenza dovuta alla perdita del controllo.

- Garantire l'idratazione e la nutrizione.
- Favorire il riposo.

Gli interventi principali associati alle due diagnosi principali: gestione della diarrea (NIC 0460) e continenza fecale (NIC 0500), prevedono numerosi interventi in autonomia, su prescrizione e in collaborazione agli altri membri dell'equipe multi professionale.

Tra questi:

- L'utilizzo di presidi assorbenti o di altri dispositivi come gli FMS.
- L'utilizzo di algoritmi di management dell' AFID o score come lo smile score, al fine di evitare danni correlati ad un utilizzo improprio o alla gestione imprudente. e ⁽¹⁾.

Ambrosino e altri hanno condotto uno studio prospettico su 178 pazienti (2008) per validare uno score per la gestione dell'incontinenza fecale acuta⁽²³⁾. Laddove vengano utilizzati sistemi di management fecale, è importante che tutti gli operatori familiarizzino con il presidio e le giuste procedure di inserimento, che conoscano i potenziali rischi connessi al suo abuso o alla non valutazione di controindicazioni.

FIG.5 SMILE-SCORE PER LA GESTIONE DELL'INCONTINENZA FECALE ACUTA

Descrizione	Score
DIARREA (1)	
SI	5
NO	0
MOBILIZZAZIONE ATTIVA/PASSIVA	
Nessuna limitazione	0
Limitata mobilizzazione(2)	1
Impossibile mobilizzazione(3)	2
STATO CUTANEO DEL DISTRETTO DI INTERESSE*	
Stato cutaneo integro	0
Eritema/Perdita di sostanza fino al derma	1
Perdita di sostanza a tutto spessore	2
RISCHIO/PRESENZA DI INFEZIONI NEL DISTRETTO DI INTERESSE*	
Assenza di fattori di rischio locali	0
Presenza device invasivissimi cutanei/erite chirurgiche	1
Infezione conclamata/infezione da patogeni gastroenterici	2
NON CONSIGLIATO	0-2
CONSIGLIATO	3-5
FORTEMENTE CONSIGLIATO	> 5

LEGENDA

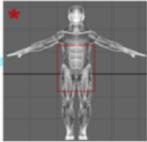
1) Diarrea: oltre 3 perdite o scariche di feci liquide al giorno
 2) Limitata in mobilizzazione: instabilità clinica
 3) Impossibile mobilizzazione: posizione obbligata

0-2 NON CONSIGLIATO
 Il posizionamento del dispositivo non è consigliato per mancanza di diarrea e/o presenza di fattori di rischio.

3-5 CONSIGLIATO
 Il posizionamento del device è consigliato in quanto è presente diarrea oppure più fattori di rischio tali da indurci l'utilizzo a fini prevalentemente preventivi.

>5 FORTEMENTE CONSIGLIATO
 Il posizionamento del device è fortemente consigliato per migliorare la gestione e/o evitare il peggioramento delle complicanze legate all'incontinenza fecale, in quanto è presente diarrea e uno o più fattori di rischio ad essa associate.

Conclusioni: Questo strumento rappresenta un metodo di valutazione obiettivo e standardizzato per l'uso di un sistema a circuito chiuso per la gestione dell'incontinenza fecale. Questo aiuta a risparmiare tempo infermieristico e garantisce un miglior comfort per il paziente senza eventi avversi.



- Prima dell'inserimento di un sistema FMS, l'infermiere dovrà valutare, insieme al medico, se esistono controindicazioni all'uso della sonda. Durante la permanenza del presidio sarà cura dell'infermiere controllarne la pervietà, eventualmente

procedendo a periodici lavaggi della sonda, controllare le quantità e la qualità delle feci.

La sonda non deve restare in situ oltre 30 giorni e comunque non successivamente alla risoluzione della diarrea.

Somministrazione di farmaci (NIC 2300) antidiarroici e/o per il ripristino della flora batterica.

- Il trattamento causale della diarrea, prevede oltre agli esami delle feci, la valutazione delle terapie in corso e della Nutrizione enterale (gestione della NE, NIC 1056). Molti autori convengono⁽⁹⁾ che la presenza di diarrea non deve condurre alla sospensione della nutrizione.

La modifica della nutrizione può essere attuata sia aumentando contenuto di fibre oppure o riducendo l'osmolarità o la velocità.

- Mantenere l'igiene accurata totale e in particolare perianale (NIC 1750). Se non si utilizzano sistemi FMS, il cambio della biancheria dovrà avvenire dopo ogni evacuazione, il panno sostituito ogni 3 ore o più frequentemente se sporco o umido, usando creme barriera per mantenere la pelle asciutta. E' importante ispezionare regolarmente la cute nella zona perineale per rilevare segni di dermatite (lesioni eritemato-desquamative o crostose o vescicole) o lesioni da decubito. Le lesioni già formate vanno protette dalla contaminazione urinaria con medicazioni impermeabili all'acqua.

Ulteriori interventi infermieristici sono rappresentati dalla

- Gestione della privacy
- Gestione del dolore (NIC 1400)
- Gestione dei liquidi e degli elettroliti in entrata e in uscita (NIC 2080).
- Miglioramento del sonno (NIC 1850) e gestione del delirio (6440)

La pianificazione e l'attuazione delle attività infermieristiche richiedono una valutazione continua, essa consente di verificare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali ed il superamento dei problemi di salute della persona assistita.

CONCLUSIONI

La diarrea, nel paziente critico, costituisce una manifestazione comune di numerose patologie. La sua gravità può variare, ma nel paziente critico può aggravarne le condizioni cliniche per gli effetti diretti e perché espone il paziente a contaminazione di devices invasivi e quindi di infezioni. Ciò comporta un impatto notevole sui costi umani e economici.

Alcuni studi internazionali sulle AFID nelle terapie intensive hanno dimostrato una prevalenza che varia tra il 9-37% dei pazienti per giorno dell'indagine(1), a seconda del paese, ma nonostante questo dato, vi è ancora oggi una bassa consapevolezza del problema ed una variabilità di strategie di management della AFID.

Alcuni strumenti di gestione dell'incontinenza acuta associata a diarrea, come i sistemi FMS, consentono oggi una migliore gestione della AFID in UTI. L'utilizzo o il non utilizzo di sistemi di gestione con FMS prevede comunque strategie aggiuntive di gestione, quali trattamento farmacologico se indicato, cura della cute e rispetto della dignità del paziente.

La consapevolezza del problema, l'adozione delle raccomandazioni, l'utilizzo di strumenti di gestione della AFID, rappresentano il primo passo.

Il modo migliore per agire in sicurezza è quindi quello di sviluppare sempre più il lavoro di équipe e declinare le raccomandazioni internazionali e validate in un protocollo che uniformi i comportamenti dei singoli.

BIBLIOGRAFIA

- Binks R, Luca E De, Dierkes C, Franci A, Gallart E, Niederalt G, et al. Intensive Care Society Expert recommendations for managing acute faecal incontinence with diarrhoea. *J Intensive Care Soc.* 2013;14(Supplement 2):1-9.
- Mike langill, BScN (Kin), RN; Songkai Yan, MS; Dheerendra Kommala, MD; Michael Michenko, BsCn R. Fecal management system budget impact analysis. 2012;58(12):25-33.
- Lehur PA, Leroi AM, Une D, Adulte IADEL. Incontinence anale de l'adulte : recommandations pour la pratique clinique. *Ann Chir.* 2000;125(6):511-21.
- Bliss DZ, Norton CA, Miller J, Krissovich M. Directions for future nursing research on fecal incontinence. *Nurs Res [Internet]. [cited 2017 Jan 2];53(6 Suppl):S15-21.*
- Rao SS. Pathophysiology of adult fecal incontinence. *Gastroenterology.* 2004 Jan 1 ;126:S14-22.
- Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut.* 1999 Jan 1 ;44(1):77-80.
- Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1993 Jan ;36(1):77-97.
- Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002.
- Cinzia IM, Dina A, Giuliana B, Quesito CS. Prove di efficacia nella gestione delle linee per l'alimentazione enterale.
- Fink MP, Abraham E, Vincent J-L, Kochanek PM. *Terapia intensiva.* London : Elsevier Health Sciences Italy; 2007. 2352 p.
- Barbut F, Petit JC. Epidemiology of Clostridium difficile-associated infections. *Clin Microbiol Infect.* 2001 Aug;7(8):405-10.
- Serra R, Rigobello V, Curti MLuisa Moro C, Cusano C, Lobati P, Martini L, et al. Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile. 2009;16(1).
- Faecal incontinence in adults: management | 1-guidance | Guidance and guidelines | NICE. NICE;
- Vanzetta C. eventi avversi nell'utilizzo di pannolini e di guaine urinarie in soggetti incontinenti; revisione della letteratura. *Sci Inferm.* 2011;48(1):27-36.
- Reintam Blaser A, Starkopf L, Deane AM, Poeze M, Starkopf J. Comparison of different definitions of feeding intolerance: A retrospective observational study. *Clin Nutr.* 2015 Oct;34(5):956-61.
- Runeman B. Skin interaction with absorbent hygiene products. *Clin Dermatol.* 2008 Jan;26(1):45-51.
- Beitz JM. Fecal incontinence in acutely and critically ill patients: options in management. *Ostomy Wound Manage.* 2006 Dec ;52(12):56-8, 60, 62-6.
- Luca D, Soc IC. Raccomandazioni di esperti per la gestione dell'incontinenza fecale con diarrea nei reparti di terapia intensiva L ' IFA (incontinenza fecale acuta). 2013;
- Rao SSC. Advances in Diagnostic Assessment of Fecal Incontinence and Dyssynergic Defecation. *YJCGH.* 8:910-919.e2.
- T. H. Herdman SK. Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione. Nanda international. 6th ed. CEA, editor. 2015 . 496 p
- Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Collegamenti NANDA-I con NOC e NIC..
- Bulechek GM, Butcher H., Dochterman J., Wagner C. Classificazione NIC degli interventi infermieristici. Casa editrice Ambrosiana, editor. 2013. 815 p.
- Ambrosino P, Ballerini G, Elia M, Giannini A, Molon A, Scalini D, et al. gestione delle feci liquide e semi-liquide nei pazienti critici:sviluppo di uno strumento di misurazione. 2008;5.