

**REVISIONE DELLE EVIDENZE PER LA PREVENZIONE,
LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO
DELL'INCONTINENZA FECALE NEGLI ANZIANI
ISTITUZIONALIZZATI**

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

UN APPROCCIO GLOBALE

“Come spesso accade in ambito geriatrico, l’apporto di più saperi, e l’azione integrata di tutti coloro che operano nell’equipe, fa la differenza rispetto al risultato. Solo un approccio integrato delle figure (medici, infermieri, fisioterapisti, operatori, dietisti, cuochi, amministratori) risulterà vincente nell’approccio al problema”

INCONTINENZA FECALE (IF): DEFINIZIONE

Royal College of Physician 2005

L'incontinenza fecale (IF) è usualmente definita come involontario e inappropriato passaggio di feci e gas e può presentarsi come perdita passiva o conseguente all'impellente bisogno di defecare.

L'IF è un segno o un sintomo, non una diagnosi, e ne devono essere ricercate le cause che l'hanno determinato

L'IF è un sintomo associato a stipsi e alla sua non corretta identificazione e gestione

SOGGETTI AD ALTO RISCHIO DI IF

- ✓ Anziani fragili
- ✓ Persone con feci molli o diarrea di qualsiasi eziologia
- ✓ Donne che hanno avuto un parto (soprattutto con lesioni ostetriche)
- ✓ Persone con malattia/lesione neurologica o spinale
- ✓ Persone con deterioramento cognitivo severo
- ✓ Persone con incontinenza urinaria
- ✓ Persone con prolasso di organi pelvici e/o prolasso rettale
- ✓ Persone che hanno avuto una resezione del colon o sottoposte a chirurgia anale
- ✓ Persone sottoposte a radioterapia pelvica
- ✓ Persone con infiammazione perianale, prurito, dolore
- ✓ Persone con disabilità nell'apprendimento

IF: EPIDEMIOLOGIA

- Affligge più di **mezzo milione** di persone in Inghilterra
- Kamm nel 1998 evidenzia che la prevalenza del problema è pari al **2% della popolazione adulta** mentre nelle persone con età superiore a 65 anni, autosufficienti la prevalenza è del **7%**
- NICE 2007 indica la prevalenza di IF negli adulti in un range tra **l'1% e il 10%** in relazione alla tipologia e alla frequenza di IF considerata
- Ultra 75enni: Goode (2005) in uno studio con 1.000 partecipanti conclude che la prevalenza del problema equivale al **12%** (12,4% negli uomini e 11.6% nelle donne)

IF: EPIDEMIOLOGIA

IN RSA

In RSA la prevalenza dell'IF varia tra il 20% e il 54%.

(Chassagne 1999; Chiang 2000; Bosshard 2004; Wald 2005)

Così come per l'incontinenza urinaria anche l'IF è un problema che sovente determina vergogna nel paziente e di cui spesso non si parla per l'imbarazzo.

IF: COSTI ECONOMICI E SOCIALI

- **Difficile quantificare** i costi economici e sociali (Bellicini 2008) a causa della difficoltà di esternare il problema a familiari e curanti.
- 1998: in USA sono stati spesi **400 milioni di dollari** per l'acquisto di prodotti assorbenti (Bellicini 2008)
- In USA: vengono spesi circa **32 miliardi di dollari l'anno** per la gestione dell'incontinenza
- Nelle Nursing Home: viene spesa **1 ora/die** per paziente nella gestione dell'incontinenza per un costo totale annuo di **10.000 dollari/paziente** (Farage 2007)

IF: COSA SUCCEDE?

Sofferenza psicologica
(esperienze di esclusione, stress, ansia, depressione)



Imbarazzo nel discutere il problema

+

Mancanza di conoscenze



Sviluppo di **strategie personali** di scarsa efficacia e
spesso controproducenti

IF: COSA SUCCEDE?

Strategie personali

Atteggiamenti e opinioni: negazione o accettazione passiva (condizioni che non permettono il riconoscimento dell'IF e delle possibili soluzioni)

Strategie comportamentali: sono inclusi i tentativi di arginare il problema (diminuzione delle attività, modificazione della dieta) e il condizionamento di tutte le attività in funzione della gestione del problema

IF: PRINCIPALI CAUSE

- ✓ Tra le maggiori cause di IF si annoverano la **stipsi** e l'uso **indiscriminato di lassativi** (Brocklehurst 1999, Norton 1996)
- ✓ Il **nesso femminile** è **maggiormente predisposto** rispetto a quello maschile e la **costipazione** risulta essere un problema comune durante la gravidanza, dopo il parto e dopo un intervento chirurgico (Rehabilitation Nursing Foundation, 2002)
- ✓ La **prevalenza della stipsi** nella popolazione generale si attesta tra il **10% e il 20%** con una elevata incidenza **tra le donne e gli anziani** (Bosshard 2004, Eberhardie 2003; Winge 2003)

IF: CAUSE

Non esistono distinzioni di causa tra il giovane e l'anziano, ma gli effetti dell'invecchiamento aumentano la possibilità che l'IF si manifesti nel soggetto anziano.

In RSA le maggiori cause sono:

1. La stipsi
2. L'impatto fecale (fecalomi)
3. La presenza di un rilevante deficit cognitivo (demenza nelle fasi più avanzate della malattia)

IF: CAUSE

Tra le altre cause ricordiamo:

- Infezioni del tratto intestinale
- Farmaci (lassativi)
- Malattie del colon
- Alcuni trattamenti come la radioterapia
- Trattamenti ostetrici
- Chirurgia anorettale (emorroidi, polipectomia transrettale...)
- Traumi accidentali (fratture pelviche...)
- Prolasso rettale
- Malattie neurologiche (sclerosi multipla, ictus...)
- Diabete

IF: PATOLOGIE CORRELATE

ASSOCIATI A UOMINI

1. Diarrea cronica
2. Gonfiori ai piedi e alle gambe
3. Attacchi ischemici transitori
4. Depressione (GDS >5)
5. Vivere soli
6. Malattie della prostata
7. Bassa autopercezione dello stato di salute

IF: PATOLOGIE CORRELATE

ASSOCIATI A DONNE

1. Diarrea cronica
2. Bassa autopercezione dello stato di salute
3. Incontinenza urinaria

IF: PATOLOGIE CORRELATE

IN GENERALE

(domicilio, casa di riposo, ospedale)

1. Carico fecale (fecalomi)
2. Deficit cognitivo
3. Feci molli
4. Disabilità funzionale
5. Comorbidità

IF: VALUTAZIONE

Obiettivo

Identificazione delle cause che hanno determinato la comparsa dell'IF

Come?

1. pertinente anamnesi medica
 2. esame generale
 3. esame anorettale
 4. valutazione funzionale
5. valutazione dell'eventuale deficit cognitivo

IF: VALUTAZIONE

È importante ricordare che durante la valutazione e il trattamento iniziale è necessario:

1. Utilizzare ausili per l'incontinenza e informare il paziente circa il loro uso e le loro caratteristiche
2. Fornire un supporto psicologico

IF: ANAMNESI MEDICA

1. Storia delle abitudini intestinali
2. Specifiche in caso di documentata IF
3. Valutazione dei possibili fattori contribuenti
4. Valutazione circa la possibilità di limitata mobilità del soggetto
5. Valutazione di una possibile storia di problemi neurologici
6. Valutazione di possibili problemi al pavimento pelvico o ostetrici
7. Documentazione circa traumi o interventi perianali
8. Presenza di IU
9. Presenza di prolasso rettale
10. Terapia
11. Storia alimentare
12. Conseguenze dell'IF
13. Impatto sulla qualità della vita

IF:ESAME FISICO

1. Esame generale
2. Valutazione comportamentale e cognitiva
3. Abilità nel soggetto ad utilizzare la toilette
4. Esame anorettale

Nei soggetti nei quali la valutazione e l'approccio di base non sono sufficienti è necessario passare a una valutazione e gestione specialistica.

IF: CLASSIFICAZIONE

“ ... a differenza del giovane l'IF nell'anziano istituzionalizzato è nella maggior parte dei casi multifattoriale. Per questo è ragionevole utilizzare una classificazione sulla base della causa primaria (eziologica) in una modalità clinicamente significativa ... “

L'IF è classificata in 6 tipologie.

1. Overflow: incontinenza fecale da sovrafflusso secondaria a stipsi
2. Incontinenza funzionale
3. Incontinenza fecale associata a demenza
4. Incontinenza associata ad alvo diarroico: conseguente ad abuso di lassativi, intolleranze alimentari, uso di antibiotici e infezioni gastroenteriche
5. Incontinenza conseguente a comorbidità
6. Incontinenza conseguente a disfunzioni ano rettali

(Norton, 2002)

IF: CLASSIFICAZIONE

OVERFLOW

INCONTINENZA FECALE DA SOVRAFLUSSO SECONDARIA A STIPSI

Colpisce il 52% dei soggetti in casa di riposo e il 27% dei soggetti in ospedale.

La prevalenza di stipsi e conseguente incontinenza da sovraflusso è elevata nei soggetti istituzionalizzati tanto da indurre a ritenere che il ricovero in CDR sia un fattore di rischio di incontinenza fecale.

Tra le maggiori cause di stipsi in cdr ricordiamo:

- L'immobilità
- Effetti secondari da farmaci
- Malattia di Parkinson
- Dieta povera di fibre
- Scarsa idratazione

IF: CLASSIFICAZIONE

INCONTINENZA FUNZIONALE

La prevalenza dipende dal grado di dipendenza funzionale e dalla scala di valutazione di disabilità utilizzata.

L'IF funzionale si verifica nei soggetti che non sono in grado di accedere al bagno in tempo per difficoltà nella mobilità, nella destrezza o nella visione

IF: CLASSIFICAZIONE

IF ASSOCIATA A DEMENZA

Colpisce il 46% dei soggetti con IF in CDR.

I pazienti con demenza avanzata possono avere una disinibizione neurologica del retto, con una tendenza a svuotare l'ampolla rettale una o due volte al giorno in conseguenza ai movimenti peristaltici.

IF: CLASSIFICAZIONE

IF ASSOCIATA A ALVO DIARROICO

Consequente ad abuso di lassativi, intolleranze alimentari, uso di antibiotici e infezioni gastroenteriche affligge il 44% dei pazienti in CDR.

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 il 30% della popolazione geriatrica), intolleranza al lattosio (50% degli ultra60enni), diarrea conseguente all'utilizzo di farmaci antibiotici.

IF: CLASSIFICAZIONE

IF CONSEGUENTE A COMORBILITA'

Le seguenti patologie, comuni nei soggetti anziani, possono essere causa di IF : stroke (affligge il 40% dei soggetti con stroke recente e persiste nel 10% a 6 mesi), diabete mellito e disfunzioni nell'innervazione sacrale.

IF: CLASSIFICAZIONE

IF CONSEGUENTE A DISFUNZIONI ANO-RETTALI

Riscontrato 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.

IF: INTERVENTI ASSISTENZIALI

INDICAZIONI GENERALI

1. Approccio multidisciplinare
2. Coinvolgimento della Direzione Amministrativa
3. Individuazione di una persona per il coordinamento
4. Informazione e coinvolgimento degli utenti e dei loro familiari
5. Supporto/consulenza di professionisti sanitari specializzati
6. Sensibilizzazione e formazione degli operatori coinvolti
7. Valutazione prioritaria delle persona ad alto rischio di IF

IF: INTERVENTI ASSISTENZIALI

VALUTAZIONE DI BASE (1)

1. Valutazione funzionale
2. Valutazione cognitiva
3. Pratiche auto-assistenziali e loro efficacia
4. Utilizzo di presidi assorbenti o altri dispositivi
5. Uso di farmaci antidiarroici
6. Regime dietetico
7. Elementi ambientali
8. Tipo di incontinenza, durata e periodicità

IF: INTERVENTI ASSISTENZIALI

VALUTAZIONE DI BASE (2)

9. Modello intestinale individuale prima e dopo il sospetto di IF
10. Diario giornaliero delle evacuazioni intestinali e numero di episodi di IF
11. Presenza di compressione fecale (fecalomi)
12. Presenza di emorroidi
13. Presenza contemporanea di IU
14. Identificare i fattori contribuenti e reperire dati sulle condizioni cliniche potenzialmente trattabili con interventi specifici

IF: DIARIO INTESTINALE

(Satisch 2004)

DATA			
Ora dell'evacuazione			
Incontinenza SI/NO			
Tracce di gocciolamento di feci SI/NO			
Consistenza feci (tipo da 1 a 7)			
Urgenza: incapacità di posticipare di 15' l'evacuazione intestinale SI/NO			
Utilizzo di presidi assorbenti			
Farmaci			
Commenti			

IF: CONSISTENZA DELLE FECI

Scala di Bristol (Heaton 2004)

CONSISTENZA FECI		
FECI CAPRINE/ DURE O FECALOMI	<i>Type 1</i> 	Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
FECI DURE FORMATE	<i>Type 2</i> 	Sausage-shaped but lumpy
FECI FORMATE CON SUPERFICIE CREPATA	<i>Type 3</i> 	Like a sausage but with cracks on its surface
FECI FORMATE MORBIDE	<i>Type 4</i> 	Like a sausage or snake, smooth and soft
FECI CAPRINE MORBIDE	<i>Type 5</i> 	Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
FECI SEMILIQUIDE E/O MUCOSE	<i>Type 6</i> 	Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
FECI LIQUIDE	<i>Type 7</i> 	Watery, no solid pieces ENTIRELY LIQUID

IF: CLASSIFICAZIONE (Vaizey, 1999)

	MAI	RARAMENTE	QUALCHE VOLTA	SETTIMANALMENTE	GIORNALMENTE
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 o un tampone (Plug)				0	2
Assunzione di farmaci costipanti (antidiarroici)				0	2
Ridotta abilità di posticipare di 15' la defecazione				0	2

IF: PROCEDURE

CHI	COSA
OPERATORE	1) Di fronte ad un episodio di IF informati presso l'infermiere (se non ne sei già a conoscenza) se il problema è noto e documentato o si tratta di un primo episodio
INFERMIERE	<ol style="list-style-type: none">1) Di fronte ad un episodio di incontinenza fecale osservato e riferito dall'operatore accertati se il problema è noto o si tratta di un primo episodio2) Se il problema è noto consultati con il medico e verifica se già è stata effettuata una verifica di base3) Se si tratta di un primo episodio dà indicazioni per una puntuale osservazione e rilevazione dei successivi episodi (utilizza scheda di valutazione)4) In presenza di più episodi (documentati) e qualora il problema, seppur noto, non sia mai stato indagato, in accordo con il medico attua il percorso proposto dalle linee guida (cause e piano di intervento)5) Può essere utile utilizzare il diario intestinale. Accertati che gli operatori lo sappiano compilare o dai le opportune informazioni

IF: PROCEDURE

CHI	COSA
OPERATORE	2) Compila correttamente il diario intestinale: in caso di dubbio consulta l'infermiere
INFERMIERE	6) Da indicazioni circa l'utilizzo degli ausili assorbenti adeguati (misura, tipologia...)
OPERATORE	3) Ricorda che l'utilizzo dei pannoloni mutandina o assorbenti sagomati può rilevarsi un buon rimedio per contenere la perdita di feci formate ed evitare che si sporchino i vestiti, ma difficilmente aiuterà nella gestione di profusa diarrea o nel nascondere odori sgradevoli 4) Non avere atteggiamenti di rimprovero di fronte a un ospite con IF: non lo fa apposta! L'incontinenza è un segno di un problema non sempre, purtroppo, risolvibile.
INFERMIERE	7) Valuta la dieta del soggetto assicurandoti che l'introito alimentare complessivo sia bilanciato 8) In caso di dubbio adotta il diario alimentare e compilalo per una settimana

IF: PROCEDURE

CHI	COSA
OPERATORE	5) Compila correttamente il diario alimentare: in caso di dubbio consulta l'infermiere
INFERMIERE	9) Valuta l'adeguata assunzione di liquidi nelle 24 ore. In caso di dubbio registra i liquidi assunti 10) In presenza di IF associata a diarrea la quantità di liquido da introdurre è stimata in 50-100 ml/Kg/24 ore a seconda dello stato di idratazione e delle perdite 11) Nell'attesa di una definizione diagnostica, oltre all'eventuale reidratazione ed alla nutrizione artificiale nelle fasi iniziali, potrà essere utile il ricorso, nelle fasi iniziali di rialimentazione, a diete a basso contenuto di fibra, con preparazioni poco elaborate e l'eliminazione di uno o più alimenti spesso sospetti per intolleranza assoluta o relativa, come il latte e i latticini freschi, il glutine e la caffeina

IF: PROCEDURE

CHI	COSA
OPERATORE	<ul style="list-style-type: none">6) Effettua la distribuzione dei liquidi con regolarità7) Sollecita verbalmente gli ospiti a bere per otto volte al giorno e rispetta le preferenze8) Presenta liquidi agli anziani allettati ogni 1,5 ore durante il giorno
INFERMIERE	<ul style="list-style-type: none">12) Pianifica l'assistenza alle persone con IF al fine di ottenere una consistenza delle feci ottimale ed una evacuazione soddisfacente in tempi programmati ed in particolare: da indicazioni affinché l'ospite sia accompagnato in bagno dopo un pasto; assicurati che i servizi igienici siano comodi e possano essere usati in sicurezza, garantendo un tempo sufficiente per l'evacuazione; insegna all'ospite, se possibile, le tecniche che facilitano l'evacuazione e sottolinea l'importanza di evitare sforzi; laddove non è possibile l'accesso al water dà indicazioni affinché sia utilizzata la comoda e, come ultima scelta, una padella13) Pianifica un minimo di attività fisica giornaliera adatta alle capacità funzionali della persona

IF: PROCEDURE

CHI	COSA
OPERATORE	<p>9) Incoraggia le persone ad adottare una posizione seduta o accovacciata dove possibile, durante l'evacuazione, preferibilmente sul water</p> <p>10) Garantisce la privacy durante l'evacuazione</p> <p>11) Alle persone con problemi di mobilità e cognitività assicura l'accesso alla toilette in tempi rapidi e aiutali, se necessario, a rimuovere e indossare il vestiario</p>
INFERMIERE	<p>14) Assicura costantemente l'integrità cutanea: può essere utile l'applicazione di creme protettive a base di ossido di zinco</p> <p>15) Dà indicazioni per l'utilizzo di ausili assorbenti adatti: si è osservato un risultato significativamente migliore rispetto ad assenza di arrossamento e lesioni utilizzando prodotti con polimeri</p>

IF: PROCEDURE

CHI	COSA
OPERATORE	<p>12) Il cambio dell'eventuale ausilio assorbente deve avvenire dopo ogni scarica</p> <p>13) Assicura un'igiene perineale frequente ovvero subito dopo l'evacuazione, utilizzando preferibilmente manopole umide piuttosto che la carta igienica asciutta</p> <p>14) Nei soggetti con IF ispeziona la cute almeno 1v/die per rilevare segni di danno tessutale</p> <p>15) Segnala all'infermiere eventuali segni di danno della cute o sintomi riferiti dall'ospite</p> <p>16) Registra l'evacuazione (ora, caratteristiche delle feci e quantità) e segnala all'infermiere eventuali situazioni anomale</p>