

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

-sede di Lecce-

Primo anno II° semestre A.A. 2015-2016

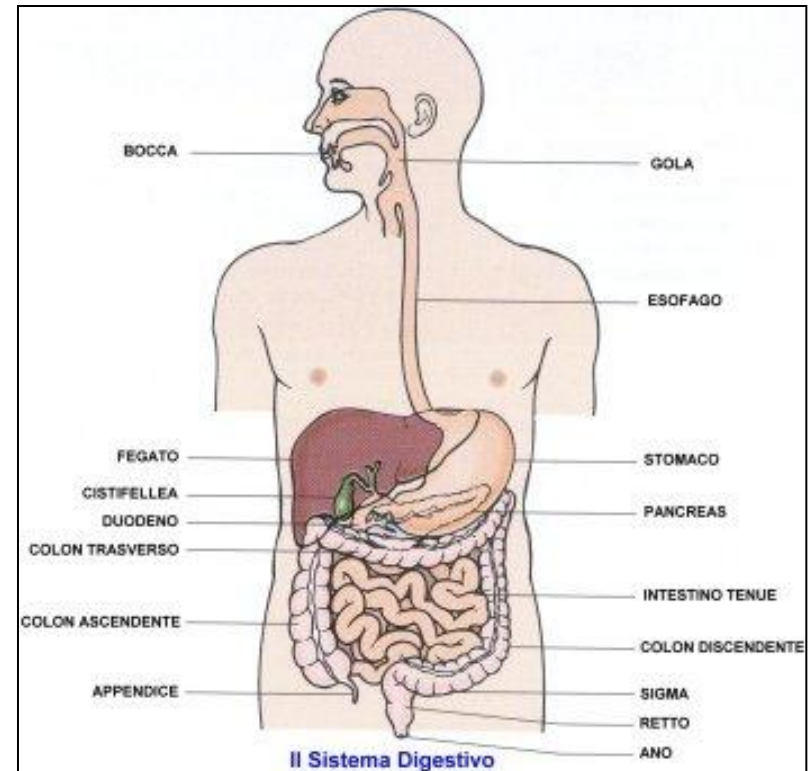
CORSO INTEGRATO DI:
SCIENZE UMANE

Insegnamento MODULO

SCIENZE INFERMIERISTICHE GENERALI E CLINICHE

Docente: dott. Riso biagio

ELIMINAZIONE INTESTINALE



CONCETTI FISIOLOGICI

L'ELIMINAZIONE INTESTINALE

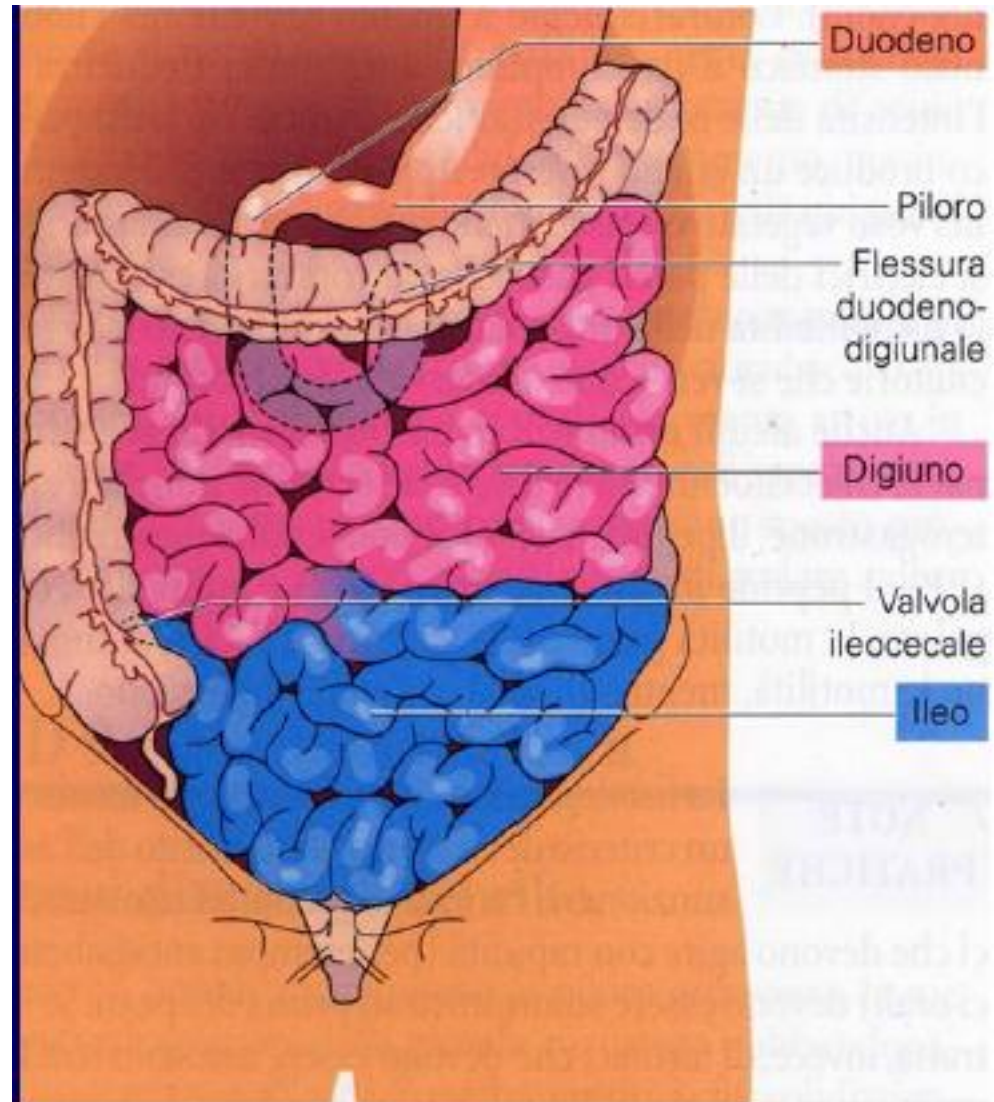
- Defecazione- (espulsione delle feci dal tratto intestinale verso l'esterno)
- Riflesso colico- (presenza di feci nell'ampolla rettale)
- L'espulsione delle feci è garantita dall'azione muscolare volontaria e involontaria (muscoli addominali, contrazione diaframma > pressione intraddominale)

L'intestino : struttura e caratteristiche

1) Intestinuo tenue

(piccolo intestino)

Nell'adulto ha un diametro di 3 cm e una lunghezza di 6 metri. E' ripiegato in anse nella cavità addominale ed è composto di tre parti: il **duodeno**, il **digiuno** e l'**ileo**.



L'intestino : struttura e caratteristiche

Intestino crasso o grosso intestino

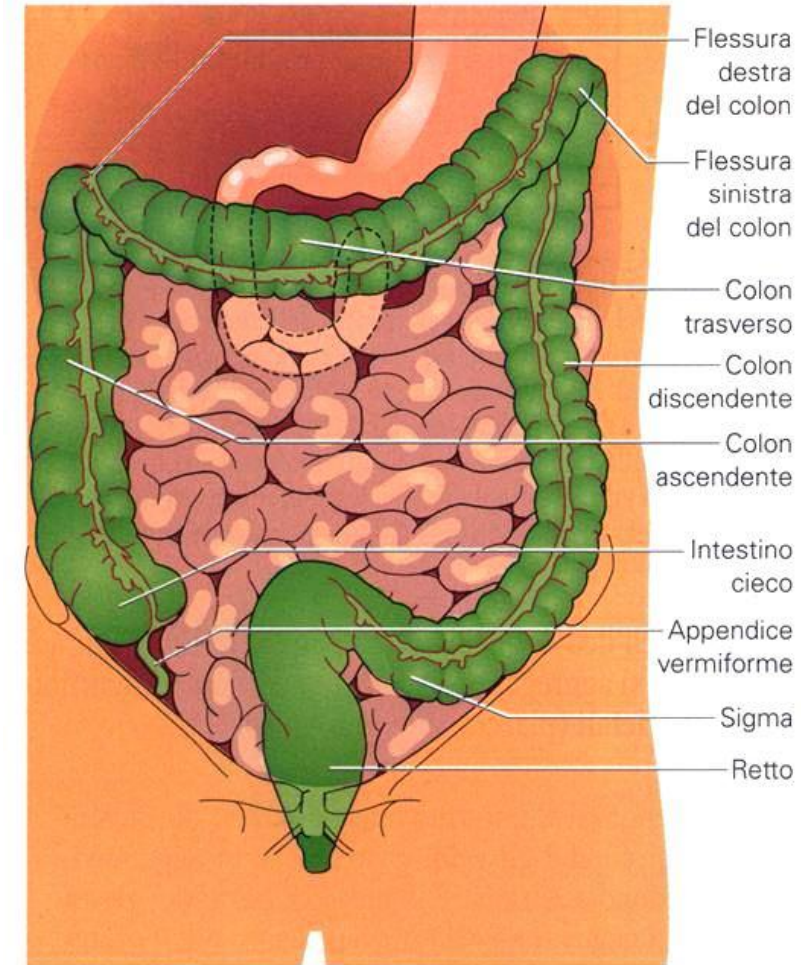
Dalla valvola ileo-cecale:

- Ceco
- Colon ascendente
- Colon trasverso
- Colon discendente
- Colon sigmoideo
- Retto

IL COLON:

- ASSORBE ACQUA ED ELETTROLITI
- ELIMINA SCORIE

Il materiale digerito e non assorbito viene trasportato attraverso il colon ascendente, trasverso e discendente sino al colon sigmoideo, **ove diviene progressivamente sempre più solido** in seguito all'assorbimento dell'acqua.



LE FECI Si muovono nel grosso intestino per mezzo di:

1.PERISTALSI COSTANTE: movimento propulsivo caratterizzato da una contrazione del muscolo liscio che si muove lungo un tubo anatomico, forzando in avanti il contenuto, verso l'ano.

1.PERISTALSI DI MASSA: movimento propulsivo che compare 2-3 volte al giorno, solitamente dopo i pasti.

Quest'ultima indotta principalmente dal riflesso gastro-colico: **movimento che ha luogo quando il bolo alimentare entra nello stomaco**, stimolando la peristalsi in tutto il tratto gastro-enterico. Avviene, tipicamente, dopo colazione, in seguito ad una notte di riposo.

Il tempo di transito del materiale fecale va dalle **6 alle 8 ore**, ma è influenzato da:

- **Motilità intestinale**
- **Quantità** del materiale fecale
- **Presenza di gas** (derivato da processi di fermentazione e dall'aria deglutita)
- Presenza di **sostanze irritanti**

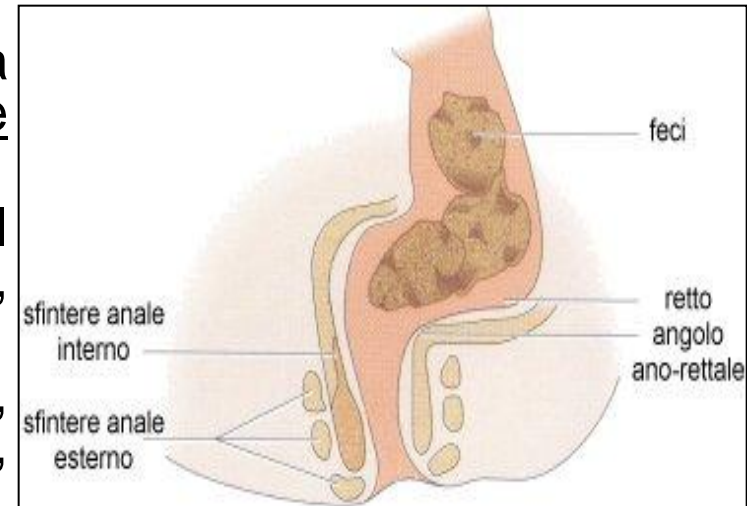
Il retto rimane vuoto sino al momento immediatamente precedente alla defecazione

Quando la massa fecale ed i gas si spostano dal sigma al retto, ha inizio il riflesso della defecazione

- Le feci entrano nel retto
 - **INVOLONTARIAMENTE:** in seguito al movimento propulsivo di massa del colon
 - **VOLONTARIAMENTE:** in seguito all'aumento della pressione intra-addominale attraverso la contrazione dei muscoli addominali e l'espirazione forzata a glottide chiusa (manovra di Valsalva) che forza il diaframma verso il basso con conseguente aumento della pressione intraddominale

La distensione del retto causa l'aumento della pressione intrarettale e l'urgenza ad evacuare l'intestino

- La distensione del retto induce il rilassamento involontario dello sfintere interno, permettendo il passaggio delle feci
- Contemporaneamente allo sfintere interno, anche lo sfintere esterno si rilassa, permettendo la fuoriuscita delle feci e del gas



Sistema di controllo dell' (evacuazione/eliminazione intestinale)

- i centri del sistema nervoso parasimpatico sono principalmente responsabili dell'atto della defecazione che consta di **controllo volontario ed involontario**
- una persona, in **condizioni fisiologiche**, può controllare lo sfintere esterno e ritardare volontariamente l'atto della defecazione, contraendo l'ano
- se l'atto viene interrotto, le feci rimangono nel retto finché il riflesso della defecazione viene nuovamente stimolato.

LA DEFECAZIONE

(evacuazione/eliminazione intestinale)

È l'espulsione delle feci dal retto, che si compie periodicamente mediante un complesso meccanismo, in parte riflesso ed in parte volontario.

- La frequenza delle evacuazioni è fisiologicamente accettabile quando si mantiene entro un range di **1-2 volte al giorno, oppure una volta ogni 2-3 giorni.**

- La situazione diviene patologica quando le evacuazioni avvengono nell'adulto con una **frequenza superiore a 3 volte al giorno** oppure con una **frequenza inferiore ad 1 volta ogni 3 giorni.** Per i neonati la situazione è patologica quando la frequenza delle evacuazioni è maggiore di 6 volte/die o minore di 1 volta ogni 1-2 giorni.

È importante segnalare che **anche i soggetti che non si alimentano devono evacuare,** in quanto la massa fecale non deriva esclusivamente dal cibo ingerito, ma è composta per buona parte da altre componenti.

LE MANIFESTAZIONI DI ALTERAZIONE DELL'EVACUAZIONE

LA COSTIPAZIONE O STIPSI

(in greco “*stypsis*” = “astringente, stringere”)

stipsi

La **stipsi** (o costipazione) definisce un disturbo riferito in vario modo dalla popolazione generale, rispetto a **CONSISTENZA** DELLE FECI EMESSE e **FREQUENZA** DELLE EVACUAZIONI:

- Espulsione di feci dure, eccessivamente disidratate, di volume insufficiente
- Difficoltà espulsiva
- Evacuazione infrequente
- Necessità di assunzione di lassativi per ottenere un'evacuazione
- Sensazione di evacuazione incompleta

stipsi

Esistono numerose definizioni di stipsi in letteratura.

Secondo i criteri elaborati da un comitato di esperti internazionali di Gastroenterologia ("i criteri di Roma" aggiornati al 2006), la diagnosi di stipsi cronica deve essere basata sui seguenti riferimenti:

- **< 2 evacuazioni/settimana negli ultimi 12 mesi**
- **Presenza per un minimo di 3 mesi di almeno 2 dei seguenti criteri:**
 - ☐ - < 3 evacuazioni/settimana
 - ☐ - sforzo evacuativo durante almeno il 25% delle evacuazioni in assenza di lassativi
 - ☐ - sensazione di evacuazione incompleta dopo almeno il 25% delle evacuazioni in assenza di lassativi
 - ☐ - presenza di feci dure in almeno il 25% delle evacuazioni, in assenza di lassativi

Fisiopatologia della stipsi

- L'ileo immette quotidianamente nel colon da 1 a 2 lt di materiale fecale fluido, che la peristalsi trasporta dal cieco al sigma.
- Durante questo tragitto la mucosa colica riassorbe circa il 90% del contenuto acquoso e le **feci acquistano consistenza solida**.
- Quando il materiale contenuto nel sigma viene immesso nel retto, la distensione dell'ampolla induce lo stimolo della defecazione che si realizza grazie alla contrazione addominale (**torchio**), al rilasciamento involontario dello sfintere anale interno e al rilasciamento volontario di quello esterno.

MA

Quando la mobilità intestinale rallenta, la massa fecale rimane per un tempo maggiore a contatto con le pareti intestinali e **la maggior parte del contenuto liquido delle feci viene assorbita**. Le feci della persona costipata sono pertanto **dure, secche e scarsamente lubrificate**, tanto da rendere doloroso l'atto della defecazione con rischio di formazione di FECALOMA.

Segni e sintomi di stipsi

La persona costipata può manifestare, principalmente:

- Senso di **distensione addominale** (*ciò può provocare anche dispnea*)
- **Tenesmo rettale** (*TENESMO RETTALE = sforzo doloroso, continuato ed inefficace; fastidiosa sensazione di necessità di evacuare nuovamente l'alvo appena terminata una defecazione*)
- **Meteorismo** (*presenza di gas nell'intestino*)
- **Cefalea**
- **Letargia** (*stato di torpore e di apatia*)
- **Inappetenza**
- **Alitosi** (*disturbo che si manifesta con l'emissione di odore sgradevole attraverso l'atto espiratorio e la fonazione*)
- **Lingua impaniata** (*la mucosa della lingua è ricoperta da una patina biancastra*)

Il fecaloma

Per **FECALOMA** s'intende la raccolta di feci, di consistenza dura, compattate e stipate nel retto, che rende estremamente difficoltoso il passaggio delle feci normali.

- Il primo segno della presenza di un fecaloma è l'incapacità del paziente di evacuare delle feci normali ed uno dei segni principali è il **gocciolamento di feci** liquide dall'ano (poiché la liquefazione rappresenta l'unico modo per il materiale fecale di passare oltre il fecaloma). Il gocciolamento di feci solitamente non è controllato dato che **gli sfinteri anali divengono meno continenti**, secondariamente alla prolungata stimolazione del riflesso della defecazione da parte della massa indurita.
- Altri segni e sintomi che suggeriscono la presenza di un fecaloma sono: lo stimolo continuo a defecare, il dolore rettale, il senso di distensione addominale, la nausea ed il vomito.

Fattori predisponenti alla costipazione

- Apporto di **liquidi** inferiore a 1000 ml/die
- Dieta con basso contenuto di **fibre**
- **Limitazione della mobilità** e riduzione dell'attività fisica
- Abitudine a **rimandare nel tempo** l'evacuazione intestinale
- Mancanza **di privacy**, durante l'atto della defecazione
- Stato di **gravidanza**
- **Età senile**
- Presenza di patologie intestinali o di altro tipo che inducono la **riduzione della peristalsi**
- **Interventi chirurgici** sul tratto gastrointestinale
- Paura del **dolore** durante la defecazione
- **Farmaci** che possono rallentare la motilità gastro-intestinale

Conseguenze della stipsi

Oltre ad essere una condizione spiacevole e di disagio, la stipsi può essere **RISCHIOSA** per alcune persone.

- Per espellere le feci dure, la persona ricorre spesso alla **Manovra di Valsalva**: questa azione può causare problemi nelle persone con malattia cardiaca e con malattie respiratorie (aumenta la pressione intratoracica), con malattie vascolari (possono dislocarsi trombi), con lesioni craniche (aumenta la pressione intracranica)

Inoltre, gli sforzi compiuti per fare fuoriuscire le feci possono :

- favorire lo sviluppo di **ragadi ed emorroidi**
- favorire la **rottura della linea di sutura** nel caso di interventi chirurgici (es: emorroidectomia, polipectomia)

LA DIARREA

(In greco “*diarroia*” = “scorrere attraverso”)

Non vi sono univoche definizioni di “diarrea” riportate in letteratura.

La definizione che la Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE, 2002) riconosce come la più diffusa la seguente:

“si definisce diarrea la presenza di più di 3 scariche liquide/die con un volume totale superiore a 400 ml”

Si fa, pertanto, riferimento a tre criteri:

1. **Frequenza** di emissione delle feci
2. Grado di **consistenza** delle feci
3. **Volume** totale giornaliero delle feci emesse

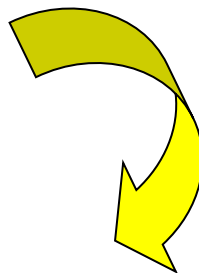
- Nella **diarrea cronica** questa condizione deve essere presente per almeno 6-7 settimane.

- Nella **diarrea acuta** questa condizione è di breve durata (la diarrea acuta è generalmente sostenuta da infezioni autolimitantesi)

L'evacuazione imperiosa e spesso dolorosa di liquidi con caratteristiche non più fecali, ma di materiali organici (muco, sangue, pus, acqua) prende il nome di **DISSENTERIA**.

Fisiopatologia della diarrea

Generalmente, la diarrea indica **un'aumentata motilità gastrointestinale**: data la rapidità del tempo di transito, non vengono rimosse dalle feci le normali quantità di acqua e di nutrienti. L'irritazione della mucosa del colon, inoltre, causa un'aumentata secrezione di muco.



Il **volume maggiore** di materiale fecale associato alla **rapidità** con la quale esso raggiunge il retto, causa **distensione addominale** che determina un'**urgenza** più intensa di defecare (la persona può non essere in grado di controllare lo stimolo).

Segni e sintomi di diarrea

La persona che manifesta diarrea presenta **la necessità di evacuare frequentemente** in quanto le feci raggiungono rapidamente il retto provocandone la distensione, **per l'aumentato contenuto di acqua e muco.**

Altri segni e sintomi sono:

- malessere generale
- **senso di distensione addominale**
- crampi addominali
- **inappetenza**
- nausea (con o senza vomito)

Cause di diarrea

Generalmente la diarrea si associa a patologie che alterano la digestione, l'assorbimento, la secrezione dell'apparato gastrointestinale:

- stati di agitazione psicomotoria aumentano la stimolazione nervosa, accrescendo la motilità intestinale e la produzione di muco
- allergie alimentari, quali l'intolleranza al glutine o al lattosio, possono determinare l'aumento della frequenza delle evacuazioni e la riduzione di consistenza delle feci
- Infezioni del tratto gastro-intestinale provocate da microrganismi, e malattie infiammatorie del tratto gastro-intestinale, possono alterare la funzione di assorbimento ed escrezione della mucosa
- farmaci come gli antibiotici, possono determinare la limitazione di proliferazione della flora batterica fisiologica, con conseguente aumento del *clostridium difficile*, le cui tossine possono provocare diarrea; farmaci, come i lassativi, contengono magnesio e possono essere responsabili di diarrea

Conseguenze della diarrea

- Una perdita eccessiva di materiale fecale può provocare **squilibri idrici ed elettrolitici** anche molto gravi (in particolare in persone anziane o nei neonati e lattanti)
- Le feci diarroiche sono spesso acide. I frequenti passaggi di feci acide possono causare **infiammazione e lesioni cutanee** (con sanguinamenti) della cute perianale



- Se la diarrea è causata da agenti infettivi è importante mettere in atto tutte le precauzioni necessarie per **evitare la diffusione dei germi** ad altri pazienti

L'INCONTINENZA INTESTINALE (o fecale)

Da “*incontinente*” = “incapace di contenersi, frenarsi o imporsi un limite”

(*med*): condizione morbosa in cui viene meno la funzione di chiusura di uno sfintere

La CONTINENZA INTESTINALE

La defecazione normale richiede dei meccanismi di continenza ed evacuazione efficaci e ciò implica:

- integrità anatomica del retto e dell'ano
- integrità dell'innervazione che regola la complessa funzione dell'ultimo tratto dell'intestino e del pavimento pelvico.

La continenza, in condizioni di normalità, è in prevalenza una funzione inconscia, controllata da meccanismi nervosi ad integrazione locale e spinale, regolati anche dalla volontà.

L' INCONTINENZA INTESTINALE

L'incontinenza intestinale (o fecale) è l'eliminazione involontaria attraverso l'ano di materiale fecale e gas intestinale.

La persona presenta, così, l'evacuazione ogni qualvolta viene stimolato il riflesso della defecazione, indipendentemente dalla sua volontà.

Cause di incontinenza intestinale

- **Condizione fisiologica (in relazione con l'età del soggetto):** il bambino alla nascita e fino all'età di 2-3 anni è incontinente, perché non è ancora avvenuta la mielinizzazione del segmento sacrale del midollo spinale. La maturazione del SNC è indispensabile nel percepire la presenza delle feci nel retto, lo stimolo alla defecazione e permettergli il controllo degli sfinteri
- **Alterazioni emotive:** i soggetti in preda a forti stati d'ansia possono perdere il controllo degli sfinteri e perdere involontariamente le feci
- **Alterazioni cognitive:** le persone con confusione mentale e disorientamento spazio-temporale, non sono più in grado di percepire la defecazione come un atto personale e privato, pertanto, perdono l'inibizione sociale che, normalmente, le spinge ad evacuare in un ambiente idoneo

Cause di incontinenza intestinale

- **Alterazioni neurologiche:** le persone con danni neurologici (a livello della corteccia cerebrale e/o al midollo spinale sacrale) non riescono a percepire il normale riflesso dell'evacuazione.
- **Presenza di masse o lesioni localizzate nell'area perineale:** esse compromettono l'integrità della funzione sfinterica (emorroidi, ragadi, tumori, prolassi, fistole).
- **Presenza di diarrea:** predispone all'incontinenza fecale poiché il volume di feci può essere così rilevante ed il senso di defecazione così intenso che la persona non può mantenere la contrazione sfinterica così abbastanza a lungo per accedere ai servizi igienici e rimuovere gli abiti necessari.

Conseguenze dell'incontinenza intestinale

- ⇒ L'incontinenza fecale può fortemente minacciare **l'immagine corporea** del paziente, infatti, in molte situazioni egli è consapevole del problema, ma, non è in grado di evitare la defecazione
- ⇒ L'imbarazzo di sporcare i vestiti e di provocare odori e rumori sgradevoli, può portare il paziente ad evitare o ridurre le proprie **relazioni sociali**
- ⇒ Il contatto prolungato con il materiale fecale può favorire la **macerazione della cute** della regione perineale
- ⇒ Il contatto prolungato con il materiale fecale può favorire la **migrazione dei batteri** normalmente presenti nelle feci nell'orifizio uretrale e da qui nella vescica urinaria (questo provoca infezione delle vie urinarie)

LA FLATULENZA

La FLATULENZA

Per **FLATULENZA** s'intende l'accumulo di gas nel tratto gastrointestinale e la sua emissione attraverso la bocca o l'ano.

L'espulsione di quantità maggiori di gas rispetto al normale, è spesso dovuta all'aumento dell'attività colica secondaria all'irritazione intestinale: in tal caso i gas sono spinti verso l'ano prima che essi abbiano il tempo di essere assorbiti dalla mucosa dell'intestino.

→ Se l'aumento dell'attività colica si associa ad una riduzione della motilità intestinale, la flatulenza può diventare abbastanza grave da causare **DISTENSIONE ADDOMINALE** (all'ispezione visiva, l'addome appare disteso e convessamente dilatato)



La distensione addominale può causare dolore addominale intenso e, nelle persone con problemi respiratori, aggravamento della **DISPNEA.**

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO



**DATI SOGGETTIVI
e
DATI OBIETTIVI**

ANAMNESI

L'anamnesi permette all'infermiere di ottenere dall'assistito informazioni rispetto a:

➤ **caratteristiche delle feci**

❑ **abitudini** seguite per favorire l'alvo

➤ tipo di **dieta** assunta e apporto giornaliero di liquidi

❑ grado di **mobilità** e tipo e quantità di esercizio fisico svolto dal paziente

➤ **stato emotivo**

❑ **condizione sociale**

➤ modificazioni dell'**appetito**

❑ **patologie** o interventi chirurgici a carico dell'apparato gastrointestinale o di altri sistemi

➤ uso di **farmaci** e, in particolar modo, di lassativi

Il modello di eliminazione intestinale varia da individuo ad individuo, in quanto può avvenire 2 – 3 volte alla settimana o più volte nella stessa giornata. Anche il tipo e la quantità di feci espulse sono soggettivi e **sono determinati da vari fattori**, descritti di seguito, CHE DEBBONO ESSERE ACCERTATI DALL'INFERMIERE.



**FATTORI FISIOLOGICI E
FATTORI PATOLOGICI CHE
INFLUENZANO L'ELIMINAZIONE INTESTINALE**

I FATTORI FISIOLOGICI CHE INFLUENZANO L'ELIMINAZIONE INTESTINALE

L'ETA'- l'infanzia

Il neonato non è in grado di controllare la defecazione a causa della mancaanza di sviluppo neuromuscolare che si completa tra i 2 e 3 anni di vita.

- Ha una capacità gastrica limitata e secerne una minore quantità di succhi ed enzimi digestivi → minor tolleranza agli amidi complessi e aumento nella frequenza della defecazione
- Il neonato, solitamente, evacua feci tra le 24 e le 48 ore dopo la nascita (feci soffici di colore scuro-verdastro il **MECONIO**). Da circa il terzo giorno dopo la nascita le feci cominciano a riflettere il tipo di latte assunto nella dieta: nel neonato allattato al seno esse assumono un caratteristico colore giallo-oro, sono soffici, non formate ed hanno poco odore. Nel neonato alimentato con latte artificiale, le feci saranno di colore giallo scuro o marrone giallastro, leggermente più formate e con odore piuttosto sgradevole.

L'ETA'- l'infanzia

- Il **lattante**, solitamente, **fra i 22 ed i 36 mesi**, inizia ad apprendere il controllo volontario dell'eliminazione intestinale in virtù dello sviluppo del sistema nervoso centrale (già a 12-18 mesi si completa la mielinizzazione del segmento sacrale del midollo spinale, che controlla l'innervazione dell'ano). NB. Il controllo intestinale è solitamente raggiunto prima di quello vescicale.
- Sempre tra i 22 ed i 36 mesi, peraltro, il bimbo impara i termini adeguati **per comunicare il suo bisogno di defecare** ed è in grado di differire momentaneamente la defecazione.
- Le feci sono più formate, poiché il bambino assume progressivamente **cibi di consistenza più solida**.
- Il **bambino in età scolare** ha ricevuto l'educazione intestinale ed è influenzato dalle abitudini degli adulti con i quali è in contatto. La consistenza e le frequenza delle evacuazioni dipendono dall'apporto di liquidi, dal tipo di fibre solitamente ingerite e dalla quantità di esercizio quotidiano. Spesso i bambini di quest'età **ritardano la defecazione** o perché impegnati in attività scolastiche e ludiche o perché desiderano la privacy del proprio bagno di casa.

L'ETA'- l'adulto

- Quando la persona raggiunge **l'età adulta**, si consolidano le sue abitudini di eliminazione intestinale in funzione delle abitudini familiari e lavorative. A causa del rallentamento della motilità gastrointestinale dovuta all'età, di solito, **la frequenza diminuisce**.
- Se la donna è in stato di **gravidanza**, le dimensioni del feto possono esercitare una pressione sul retto ed ostacolare il passaggio delle feci. La costipazione è, peraltro, favorita a seguito di numerosi cambiamenti ormonali.

L'ETA'- l'anziano

→ la riduzione dell'attività fisica ed insufficiente apporto di liquidi facilmente possono determinare **stipsi**

→ Con l'età, inoltre, la forza del muscolo sfinterico striato esterno diminuisce e comporta un minor controllo sfinteriale che può causare incontinenza fecale.

A ciò si associano le modificazioni che avvengono a carico di tutti gli apparati, in particolare a carico della funzione di digestione ed assorbimento dei nutrienti e del sistema cardiovascolare e nervoso.

LA DIETA e L'ATTIVITA' FISICA

Il tipo e la quantità di cibo ingerito influisce notevolmente sulla defecazione.

- Le **fibre** (residuo non digeribile del cibo ingerito, in particolare, della frutta e della verdura), costituiscono la massa prevalente del materiale fecale poiché esse tendono ad assorbire liquidi e a mantenere le feci morbide (giornalmente, la persona adulta dovrebbe assumere 20-30 gr di fibre).

- **I liquidi** ammorbidiscono il contenuto intestinale, facilitandone il transito nel colon.

→ Inoltre, **L'ATTIVITÀ FISICA ED IL REGOLARE ESERCIZIO FISICO** promuovono il **mantenimento del tono muscolare e favoriscono la peristalsi**, mentre la sedentarietà riduce queste funzioni.

Inoltre, muscoli addominali e perineali tonici sono fondamentali per **aumentare la pressione intraddominale** durante la defecazione.

POSIZIONE (durante la defecazione)

La posizione seduta o semiseduta è la normale posizione durante la defecazione.

Le toilette sono disegnate per facilitare tale posizione, consentendo alla persona di sporgersi in avanti, esercitare un'ulteriore pressione intraddominale e contrarre i muscoli, sfruttando, peraltro la forza di gravità.

- Per i pazienti immobilizzati a letto è spesso difficile defecare, poiché in posizione supina (caratteristica della persona immobilizzata a letto) è impossibile contrarre i muscoli impiegati nella defecazione. Se le condizioni del paziente lo consentono, è bene alzare la testata del letto in modo da fargli assumere la posizione semiseduta sulla padella, migliorando la capacità di defecare.

CONDIZIONI SOCIALI e CULTURA di APPARTENENZA

➔ L'infermiere, durante l'accertamento, deve considerare alcune variabili molto importanti:

- Caratteristiche del luogo ove l'assistito vive
- Presenza di servizi igienici all'interno del domicilio
- Se in casa è presente un unico bagno per più persone, ognuno deve adattarsi ai tempi e ritmi degli altri
- Se il paziente vive solo, deve essere in grado di raggiungere il bagno in tutta sicurezza
- Se il paziente non è indipendente, necessita dell'aiuto di un care-giver

➔ Un atteggiamento discreto e rispettoso, che garantisca la privacy, è importante per tutte le persone assistite, ponendo particolare attenzione alla cultura e alla religione di appartenenza.

CONDIZIONI SOCIALI e CULTURA di APPARTENENZA

Presso molte culture la defecazione è azione considerata relegata alla sfera domestica individuale e la sua pubblica esecuzione è considerata riprovevole. Allo stesso modo, anche il riferimento verbale o concettuale all'azione del defecare è spesso ritenuto improprio. Ma vi sono rilevanti eccezioni.

Non così avveniva infatti in età romana, come testimoniato dai ritrovamenti di latrine.



Una sedia con un'apertura nella seduta per consentire la defecazione. L'uso è stato ripreso in tempi recenti per alcuni modelli di sedia a rotelle.

"Nessuna miseria, neanche l'assoluta povertà di un marciapiede di Calcutta, poteva alterare i riti del popolo più pulito che esista. Appena il tram cominciava a sferragliare sulle rotaie, Hasari Pal si alzava per andare a rispondere al "richiamo della natura" nella fogna a cielo aperto che scorreva sull'altro lato. Hasari si sollevava il perizoma e si accovacciava sopra il canaletto. Sull'orlo del marciapiede, decine di uomini facevano altrettanto. Nessuno ci faceva caso. Faceva parte della vita e dello scenario. Hasari pal andava poi alla fontana per lavarsi. La "fontana" era in realtà un idrante al livello della strada. Ne usciva un'acqua brunastra pompata direttamente dal fiume. Quando arrivava il suo turno, Hasari si sedeva sui talloni, si versava una gamella d'acqua sul capo e si fregava vigorosamente dalla testa ai piedi con il sapone dei poveri, una pallina di argilla e di cenere mescolate insieme. Né i morsi del freddo invernale, né i crampi del ventre vuoto, acceleravano quel rito ancestrale di purificazione che il popolo dei marciapiedi adempiva religiosamente ogni mattina, dai più giovani ai più vecchi."

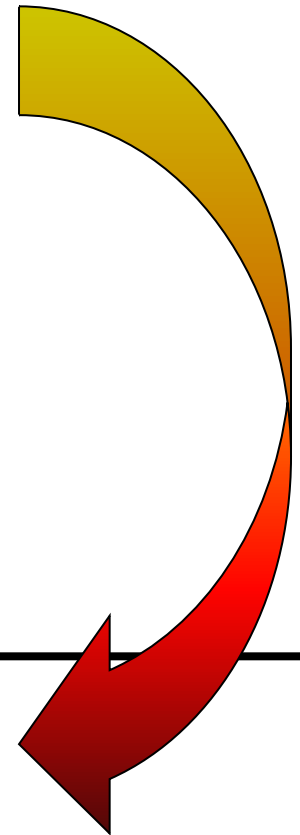
brano tratti da "La Città della gioia", D Lapierre, 1985

ABITUDINI PERSONALI e STILE DI VITA

- Per alcune persone evacuare ogni mattina è da considerarsi un'abitudine, mentre, altre persone evacuano quando vi è effettiva urgenza senza avere degli orari d'abitudine.
- La maggior parte delle persone preferisce poter utilizzare la propria toilette nel momento più adatto e defecare in privacy. In ambito sanitario, le toilette sono spesso condivise con uno o più compagni di stanza le cui abitudini igieniche potrebbero essere notevolmente differenti.
- L'imbarazzo può indurre i pazienti a ignorare lo stimolo a defecare inducendo costipazione e malessere.
- Inoltre, la presenza di una patologia potrebbe limitare l'equilibrio o la tolleranza all'attività, rendendo necessario ricorrere all'uso della padella o della sedia comoda per defecare: **la vista, i suoni e gli odori associati alla condivisione della toilette** o all'uso della padella e della sedia comoda sono spesso imbarazzanti.

I FATTORI PATOLOGICI CHE ALTERANO L'ELIMINAZIONE INTESTINALE

- **Malattie e traumi**
- **Uso di farmaci**
- **Dolore durante l'evacuazione**
- **Disturbi dello stato psicologico**



LE CARATTERISTICHE DELLE FECI

Le feci sono composte per il 75% da acqua e per il 25% da materiale solido.

Il materiale solido include:

- le fibre non digerite
- batteri
- acidi grassi
- lipidi
- muco

In condizioni fisiologiche la quantità giornaliera è di 150-300 gr.

- Valori superiori a quelli considerati normali possono essere determinati da dieta vegetariana oppure in caso di diarrea.
- Valori inferiori a quelli considerati normali possono essere determinati da digiuno prolungato o da stipsi.

L'odore

Normalmente, l'odore delle feci è pungente, determinato dalla decomposizione batterica delle proteine dell'intestino, in particolare è conferito dalla presenza di due gas: **indolo** e **scatolo**, prodotti dai batteri. E, comunque, influenzato dall'alimentazione.

- l'odore è **particolarmente penetrante** in presenza di acido butirrico, acido propionico, acido acetico, acido lattico
- l'odore è **putrido** in caso di aumento della flora putrefattiva intestinale ed è determinato dalla presenza di **idrogeno**, **metano**, anidride carbonica, mercaptani, acido solfidrico, **ammoniaca**
- se le feci sono **particolarmente maleodoranti**, spesso la causa va ricercata in una lunga permanenza delle feci nell'intestino
- **l'odore di pesce** è caratteristico delle dissenterie bacillari e del colera

I CARATTERI MACROSCOPICI delle FECI

- La consistenza -

Rispetto alla consistenza, le feci devono essere morbide e formate, sebbene essa vari in funzione della percentuale di acqua contenuta nelle feci.

Consistenza liquida	<i>Presenza di acqua al 90%</i>
Consistenza semiliquida	<i>Presenza di acqua al 85%</i>
Consistenza poltacea	<i>Presenza di acqua al 80%</i>
Consistenza solida	<i>Presenza di acqua al 75%</i>

I CARATTERI MACROSCOPICI delle FECI

- La forma -

Normalmente, la **forma** è cilindro-conica, ma può variare in funzione del calibro del lume intestinale.

Se il modello di eliminazione è alterato, possiamo riscontrare:

- **feci sferoidali**: raccolte in piccole formazioni simili allo “sterco di pecora”
- **feci fusiformi o di forma oblunga “a fettuccia”**: fanno supporre a spasmi dello sfintere anale
- **feci “a nastro” o “a matita”**: fanno supporre a stenosi dell’ultimo tratto intestinale

SCALA di BRISTOL

Tipo 1		Grumi duri e separati, simili a noci (difficili da espellere)
Tipo 2		A forma di salsiccia, ma grumosa
Tipo 3		Simile ad una salsiccia, ma con crepe sulla superficie
Tipo 4		A forma di salsiccia o serpente, liscia e morbida
Tipo 5		Grumi morbidi con bordi ben definiti (si espelle facilmente)
Tipo 6		Pezzi lanuginosi con bordi frastagliati, feci pastose
Tipo 7		Acquosa, senza pezzi solidi. Interamente liquida

I CARATTERI MACROSCOPICI delle FECE

- Il colore -

In condizioni fisiologiche, il colore varia in funzione degli alimenti assunti. Nella normalità si presenta tra il marrone chiaro e il marrone scuro, **per la presenza** di **stercobilinogeno** (prodotto di degradazione della bilirubina per opera degli enzimi e dei batteri intestinali).

Fattori non patologici che influenzano il colore delle feci:

- marrone scuro: dieta carnea, prolungata esposizione all'aria
- marrone-giallo: dieta latte
- nero: assunzione di ferro, bismuto, carbone, mirtilli, more, liquirizia
- grigio: assunzione di cacao
- grigio chiaro: assunzione di bario
- verde: abbondante assunzione di vegetali
- giallo: assunzione di rabarbaro
- arancione: assunzione di rifampicina
- rosso: assunzione di bietole

I CARATTERI MACROSCOPICI delle FECI

- Il colore -

Alterazioni patologiche del colore delle feci:

- **FECI MARRONE CHIARO (sino a giallastro):** incompleta digestione dei grassi; sono lucide ed untuose
- **FECI ACOLICHE/IPOCOLICHE:** biancastre, color “creta” per mancanza di pigmento biliare (tipiche nel caso di malattie epatiche)
- **FECI IPERCROMICHE :** tipiche dell’ittero emolitico
- **FECI VERDE PISELLO:** tipiche in caso di tifo o infezione intestinale (es: da *Clostridium difficile*)
- **FECI BIANCASTRE AD "ACQUA DI RISO"** : in caso di colera

I CARATTERI MACROSCOPICI delle FECI

- Il colore -

La presenza di sangue nelle feci, a seconda della sua provenienza, determina:

- **FECI PICEE:** dovute ad emorragie gastriche o duodenali. Il sangue si altera per azione dei succhi digestivi: una volta digerito assume una colorazione nera. Fuoriesce mescolato al muco e dà alle feci un aspetto simile alla pece o al catrame (**MELENA**)
- **FECI COLOR ROSSO VIVO:** per sanguinamento dell'ultimo tratto dell'intestino. L'emissione di sangue dal retto prende il nome di **RETTORRAGIA**
- **FECI CON FRUSTOLI EMATICI O CHIAZZE EMATICHE SULLE FECI (EMATOCHEZIA):** secondari ad emorroidi o ragadi sanguinanti

I CARATTERI MACROSCOPICI delle FECI

- Componenti anomale (visibili ad occhio nudo)-

→ **MUCO** (in quantità superiore al normale): secreto dalle ghiandole mucipare in seguito a flogosi della mucosa intestinale.

Se presente in notevole quantità, conferisce alle feci un aspetto *limaccioso*.

→ **PUS**: formato da leucociti in degenerazione come conseguenza di infezioni a livello intestinale.

→ **GRASSO**: la **STEATORREA** è una condizione patologica caratterizzata da **presenza di notevoli quantità di sostanze grasse non digerite nelle feci**; si parla di steatorrea quando la quantità di queste sostanze grasse indigerite **supera i 6 grammi al giorno**.

Le feci si presentano in genere **voluminose, untuose, maleodoranti, e spesso vi è diarrea**. Le deiezioni assumono un **colore grigiastro**.

→ **PARASSITI**: sono organismi che vivono sulla superficie o all'interno di un'altra creatura vivente, traendone un vantaggio e danneggiando l'organismo che li ospita

REPERTI MICROSCOPICI delle FECI

Sostanze	Valori normali	Valori anomali
<i>cellule epiteliali</i>	numerosa	si hanno alterazioni a causa di tifo, enterite
<i>eritrociti</i>	scarsi o assenti	se presenti, c'è sangue occulto o evidente
<i>leucociti</i>	scarsi o assenti	si ha un aumento nella colite ulcerosa e in gastroenteriti
<i>fibre muscolari</i>	abbondanti	si ha un aumento nell'insufficienza pancreatica (carenza di enzimi motolitici)

REPERTI MICROSCOPICI delle FECI

Sostanze	Valori normali	Valori anomali
<i>muco</i>	scarso	si ha un aumento nel tifo e nella dissenteria e in coliti
<i>amidi</i>	assenti	si hanno in insufficienza pancreatica, in diarrea
<i>grassi neutri</i>	assenti	si hanno in insufficienza pancreatica, in ittero ostruttivo ed epatite
<i>acidi grassi</i>	assenti	si hanno in insufficienza pancreatica, in ittero ostruttivo ed epatite

ESAME CHIMICO delle FECI

Il pH delle feci

In condizioni normali le feci hanno un pH neutro

- **feci acide:** probabile alterazione della flora batterica intestinale con fenomeni di fermentazione e aumentata presenza di acidi grassi. Ciò può avvenire dopo una terapia antibiotica o dopo aver ingerito cibi facilmente fermentanti come dolci, farinacei, legumi.
- **feci alcaline:** probabile presenza di muco, sangue o bicarbonati. Ciò può avvenire in caso di dieta carnea cospicua, colite, melena.

ESAME CHIMICO delle FECI

Altri elementi riscontrabili nelle feci sono:

grassi: < 6 g/24 ore. Aumentano in corso di dieta iperlipidica, per anormale digestione o riassorbimento dei grassi

azoto: < 2,5 g/die

stercobilina: 40-280 mg/die. Aumenta in caso di iperemolisi; diminuisce in caso di epatopatia ed ostruzione biliare

Coproporfirine: 400-100 ug/die

alfa1 antitripsina: <2.6 mg/g

proteine: tracce

→ **La ricerca di sangue occulto** nelle feci rende possibile rilevare la presenza di tracce anche minime nel sangue. E, comunque, da tener presente che nei soggetti normali vengono eliminati 2-2,5 ml di sangue con le feci/die.

Se la ricerca di sangue occulto nelle feci dà esito positivo, questo viene indicato con dei simboli (+)

ESAME BATTERIOLOGICO delle FECI

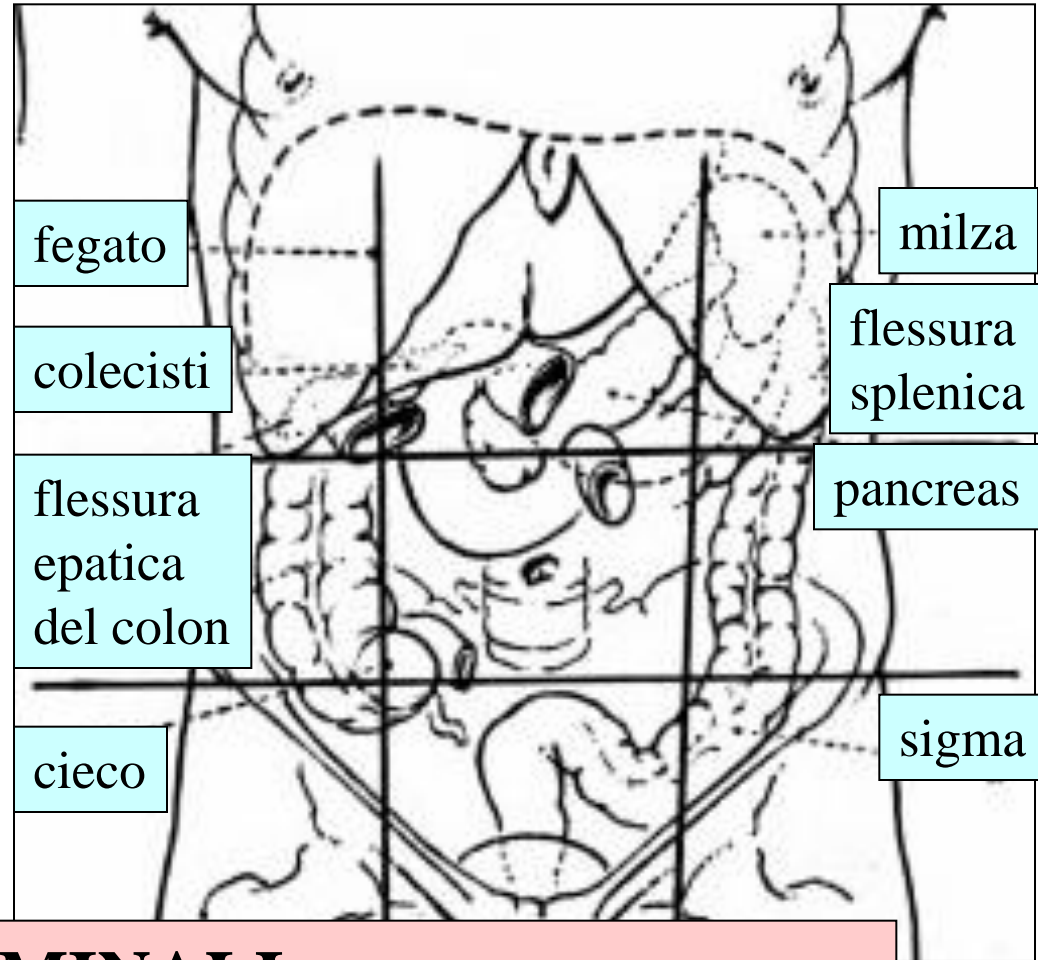
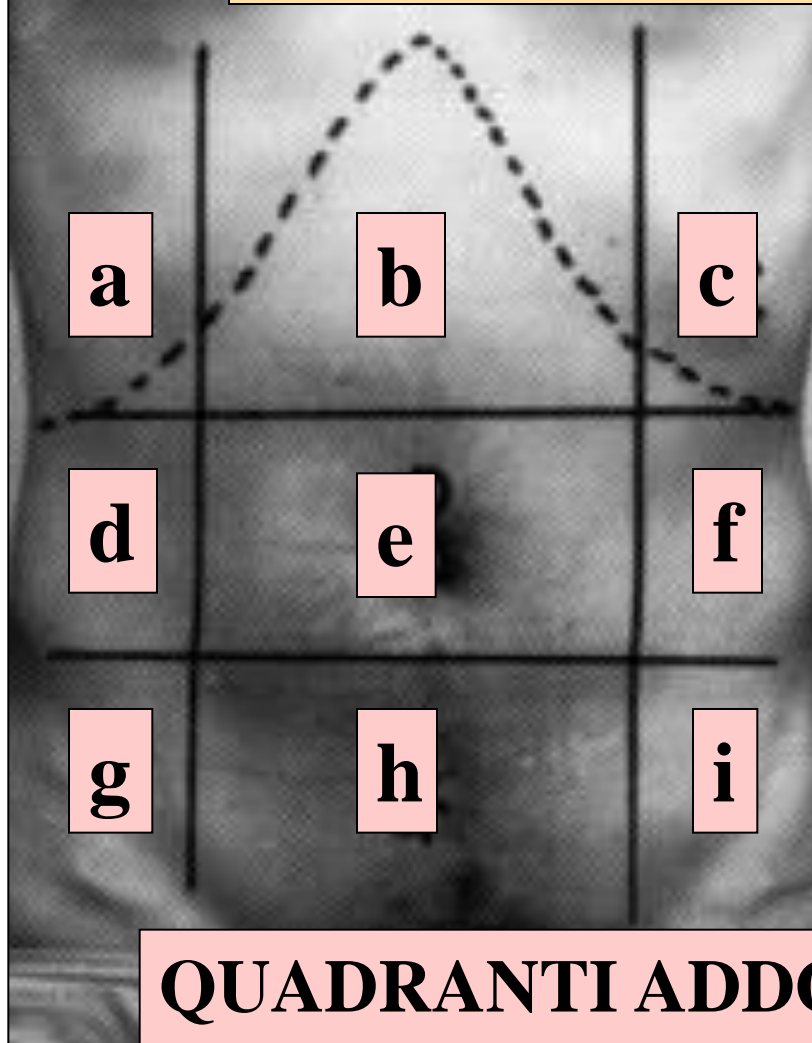
La ricerca di microrganismi nel campione di feci permette l'identificazione dell'agente eziologico che causa determinate patologie.

Questo esame prende il nome di COPROCOLTURA o esame colturale delle feci.

In particolare, nelle forme caratterizzate da diarrea viene ricercata la presenza di enterobatteri, gruppo di microrganismi aerobi gram negativi produttori di endotossine che hanno come veicolo di trasmissione acqua e cibo contaminati con materiale fecale.

I più noti sono i batteri dei generi ***Salmonella***, ***Shigella***, ***Escherichia***, ***Klebsiella***.

SEMEIOTICA FISICA DELL'ADDOME



QUADRANTI ADDOMINALI

a: ipocondrio ds	b: epigastrio	c: ipocondrio sn
d: fianco ds	e: mesogastrio	f: fianco sn
g: fossa iliaca ds	h: ipogastrio	i: fossa iliaca sn

ESAME OBIETTIVO dell'ADDOME

⇒ l'infermiere deve ispezionare tutti i quadranti addominali e rilevarne il profilo, la forma, la simmetria. Può, inoltre, misurare in modo preciso la circonferenza addominale mediante una cordicella metrica. ispezionare l'area perianale per rilevare la presenza di lesioni, irritazioni, infiammazioni, fistole, ragadi, emorroidi

⇒ Tramite l'auscultazione con il fonendoscopio può valutare i suoni intestinali (borborigmi) sui quattro quadranti. I suoni intestinali fisiologici si verificano ogni 5-15 secondi:

- Assenza di suoni o suoni ipoattivi (< 5 suoni/min) = dopo intervento chirurgico od ileo paralitico
- Suoni iperattivi (> 35 suoni/min) = patologia intestinale di tipo infiammatorio

ESAME OBIETTIVO dell'ADDOME

⇒ Tramite la **percussione** l'infermiere accerta la presenza di aria, liquidi o masse solide.

È normale avvertire dei suoni ad alto timbro a livello del quadrante superiore sinistro ove si trova lo stomaco che contiene più aria rispetto all'intestino.

I restanti suoni avvertiti tramite la percussione riflettono la quantità di aria e liquidi presenti nell'intestino.

- **Suoni timpanici (ad alto timbro)** = distensione addominale (presenza di gas)
- **Suoni ottusi (a basso timbro)** = presenza di liquidi o masse

⇒ Con la **palpazione**, l'infermiere può valutare il turgore dei muscoli addominali, il grado di distensione addominale, la presenza di masse addominali.

⇒ eseguire **l'esplorazione rettale** per valutare la presenza e la consistenza delle feci direttamente nell'ampolla rettale

PALPAZIONE DELL'ADDOME: modalità

PALPAZIONE CON UNA MANO

Mano ds appoggiata a piatto, a ds del paziente (a sn se esaminatore mancino), con falangi distali appena infossate. Palpazione dapprima **superficiale**, dalle aree che si presumono non dolenti, meglio se dal basso verso l'alto (valutazione organi ipocondriaci), quindi aumento graduale della pressione (**palpazione profonda**).

PALPAZIONE A MANI SOVRAPPOSTE

Sempre profonda; la mano di sopra preme, mentre quella di sotto cerca di raccogliere rilievi.

PALPAZIONE COMBINATA O BIMANUALE

Utile per valutare milza, reni, organi cavi distesi, masse, loro mobilità, frotto addominale (v. oltre).

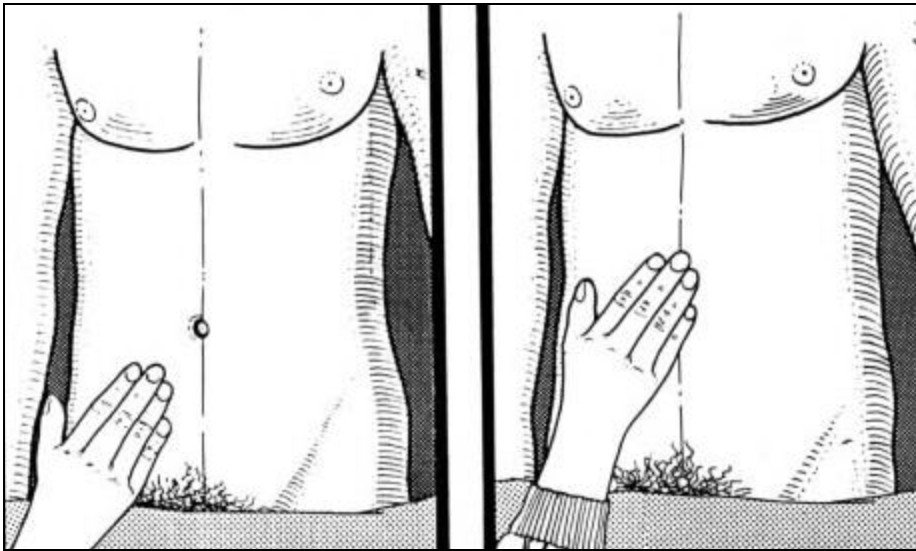
PALPAZIONE UNIDIGITALE

Necessaria per esplorazione di orifizi erniari o ricerca punti dolorosi

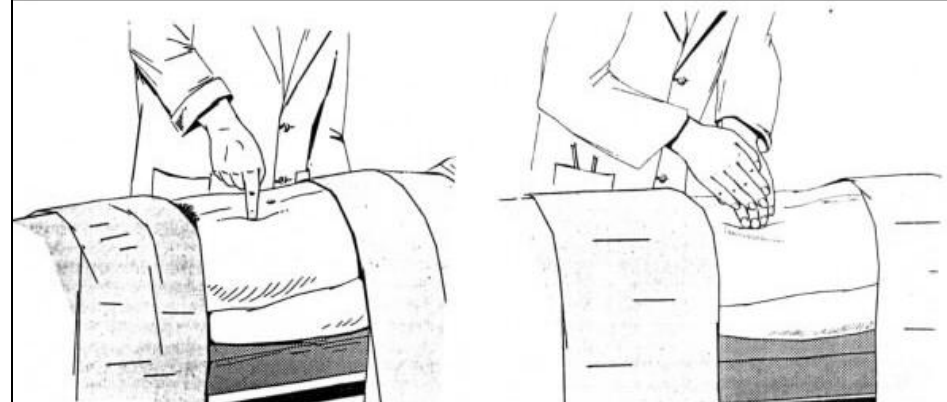
PALPAZIONE A SCOSSE

Per formazioni solide in presenza di ascite.

Alcune modalità di palpazione addominale e altri decubiti



Atteggiamento della mano
nella palpazione addominale
in decubito supino



unidigitale

a mani sovrapposte



decubito laterale

bimanuale

decubito latero-ventrale

ESAMI STRUMENTALI

- **Radiografia dell'addome in bianco:** è un esame che utilizza i raggi X. Ha lo scopo di identificare la presenza di aria in eccesso o di livelli idro-aerei, segno di occlusione intestinale
- **Tubo digerente:** consiste in un'indagine che utilizza i raggi X ed il bario, introdotto per via endovenosa. Ha lo scopo di visualizzare l'esofago, lo stomaco e l'intestino tenue, per identificare la presenza di tumori, diverticoli, restringimenti od ostruzioni
- **Clisma opaco:** si tratta di un esame che utilizza i raggi X ed il bario che viene introdotto per via rettale, mediante un clistere. Dopo la liberazione dalle feci, questo esame permette di visualizzare le pareti intestinali
- **TAC:** utilizza i raggi X ed il computer per visualizzare in modo dettagliato, sul piano tridimensionale, le strutture interne dell'addome e della pelvi
- **EGDS:** si basa sull'impiego dell'endoscopio a fibre ottiche per osservare direttamente l'esofago, lo stomaco ed il duodeno
- **Colonscopia:** si basa sull'impiego dell'endoscopio a fibre ottiche che viene introdotto, attraverso l'ano, per 180 cm circa, sino alla valvola ileo-cecale.
- **Ecografia addominale:** si basa sull'utilizzo degli ultrasuoni, per visualizzare neoformazioni addominali, calcolosi, dilatazioni. Se associata al doppler, permette di valutare le alterazioni vascolari.

Un esempio di DIAGNOSI INFERMIERISTICA

Stipsi

Dall'accertamento effettuato sul paziente si possono identificare varie diagnosi infermieristiche o problemi clinico-collaborativi relativi ai problemi di eliminazione intestinale della persona assistita.

- La diagnosi infermieristica di **STIPSI** si riferisce a persone soggette ad una stasi a livello dell'intestino crasso, dalla quale deriva una eliminazione infrequente (tre volte la settimana o meno) di feci dure ed asciutte. La persona può presentare, inoltre, defecazione prolungata e difficoltosa ed altri segni e sintomi quali: diminuzione dei borborigmi, sensazione di pienezza rettale, sensazione di pressione rettale, sforzo e dolore durante la defecazione, senso di compressione alla palpazione, sensazione di svuotamento inadeguato (SEGNI/SINTOMI CLINICI o MANIFESTAZIONI o CARATTERISTICHE DEFINENTI)
- Le condizioni che determinano gli stati di **STIPSI** possono essere: di natura fisiopatologica, legate a trattamenti, di tipo situazionale (es: gravidanza, stress, mancanza di esercizio fisico), correlate alle fasi maturative (es: età anziana) (CAUSE o FATTORI CORRELATI)

DIAGNOSI INFERMIERISTICA: STIPSI

DEFINIZIONI	Stato nel quale la persona è soggetta a una stasi a livello dell'intestino crasso, dalla quale deriva una eliminazione infrequente (due volte la settimana o meno) di feci dure ed asciutte.
CARATTERISTICHE DEFINENTI	MAGGIORI (devono essere presenti una o più di una) → Feci formate e dure → Defecazione che avviene meno di tre volte alla settimana → Defecazione prolungata e difficoltosa MINORI (possono essere presenti) → Diminuzione dei borborigmi → Riferita sensazione di pienezza rettale → Riferita sensazione di pressione rettale → Sforzo e dolore durante la defecazione → Compressione alla palpazione → Sensazione di svuotamento inadeguato
FATTORI CORRELATI	<ul style="list-style-type: none">■ innervazione difettosa, debolezza della muscolatura pelvica e immobilità (lesioni e malformazioni del midollo spinale, demenza, ictus cerebrale, malattie neurologiche)■ Riduzione del metabolismo (obesità, neoplasie, neuropatia diabetica, ipotiroidismo, uremia ...)■ Dolore durante la defecazione (es: per emorroidi)■ Patologie cardiache e polmonari■ Trattamenti farmacologici o somministrazione di mezzi di contrasto■ Uso abituale di lassativi■ Manipolazione chirurgica ed effetti dell'anestesia■ Stress■ Mancanza di esercizio fisico■ Credenze culturali■ Insufficiente presenza di fibre nella dieta e inadeguata assunzione di liquidi

**Procedura: PREPARAZIONE E
SOMMINISTRAZIONE DI UN ENTEROCLISMA**

Procedura: PREPARAZIONE e SOMMINISTRAZIONE di un ENTEROCLISMA (o CLISTERE)

Definizione:

l'enteroclisma (clisma = lavanda) consiste nell'introdurre una certa quantità di liquido nell'ultima porzione dell'intestino (sigma e retto) per mezzo di una sonda inserita nell'orifizio anale.

Si distinguono:

- **Enteroclismi di pulizia:** il liquido instillato, approssimativamente di 800-1000 cc, è costituito principalmente da soluzione salina
- **Enteroclismi medicamentosi:** il liquido instillato, di quantità generalmente non superiore a 150cc, è un farmaco

Scopi ed indicazioni

- **Favorire la defecazione, stimolando la peristalsi**
- **Pulire l'intestino da materiale fecale e gas prima di interventi chirurgici o diagnostici**
- **Somministrare farmaci (enteroclismi medicamentosi)**

Precauzioni

Porre particolare attenzione all'effettuazione dell'enteroclisma in persone:

- con **patologia infiammatoria a carico dell'intestino** (diverticolite, colite...) poiché il clistere può provocare irritazione della mucosa
 - nelle quali è **difficile la visualizzazione dell'ano** a causa della presenza di emorroidi, edema o lesioni del perineo
 - **anziane o affette da cardiopatia** (i riflessi vaso-vagali prodotti dalla distensione del retto possono causare gravi disturbi cardiaci)
- possono aver luogo delle abrasioni o perforazioni della mucosa se la sonda rettale **viene inserita troppo profondamente, se il liquido viene introdotto con eccessiva pressione, se il liquido viene introdotto mentre la persona è in posizione seduta**

Controindicazioni

→ l'enteroclisma **NON va realizzato in persone affette da patologie acute a carico dell'intestino** (es: appendicite, peritonite...)

GRAZIE PER L'ASCOLTO