



Protocolo de Atenção à Saúde

**Protocolo de utilização do Sistema de manejo à
incontinência fecal de pacientes internados restritos ao
leito**

Área(s): Diretoria de Enfermagem, RTD de Estomaterapia e RTD Coloproctologia

Portaria SES-DF Nº 1356 de 05/12/2018 , publicada no DODF Nº 238 de 17/12/2018 .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Realizou-se uma pesquisa a partir de publicações em revistas e jornais nas bases de dados Scielo, LILACS e Pubmed.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Incontinência fecal, Dermatite associada à incontinência.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material, foi efetuada uma busca *on-line* das publicações e foram encontrados 8 (oito) artigos científicos que tratavam especificamente do assunto entre os anos de 2007 a 2016.

2- Introdução

Sabe-se que as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes destinados à pacientes críticos que demandam assistência médica e de enfermagem ininterrupta. No entanto, é contraditório afirmar que é um lugar com alta prevalência de casos de lesões na área sacral e glútea.

A presença ou ausência de lesões de pele é considerada um indicador de qualidade assistencial bastante sensível, inclusive relacionado à segurança do paciente. Nem sempre essas lesões são provocadas pela pressão, as famosas Lesões por Pressão (LP). A etiologia das lesões normalmente é multifatorial, porém um dos principais motivos é a presença de umidade na região perineal proveniente de fezes e/ou urina. Esse tipo de lesão é denominada dermatite associada à incontinência (DAI) (CHIANCA et al, 2016).

A DAI é caracterizada por uma inflamação ou comprometimento da pele que ocorre em consequência do contato de urina ou fezes com a região perineal ou perigenital. A incidência de incontinência fecal ainda é pouco documentada no Brasil oscilando entre 2 a 95%. A definição de diarreia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é a ocorrência de três ou mais episódios de fezes líquidas em um período de 24 horas. No entanto, a consistência das fezes é mais importante que o número (WHO, 2005).

A diarreia é a complicação de maior frequência em pacientes de UTI em terapia nutricional enteral. Suas complicações podem ser graves, incluindo infecção e problemas de pele, perda de eletrólitos, desidratação, desnutrição e hipoalbuminemia. Essas complicações podem ocasionar prolongamento da permanência hospitalar, aumento da morbimortalidade e, conseqüentemente, elevação dos custos hospitalares (LORDANI et al, 2014).

A incontinência fecal é capaz de provocar danos agressivos à pele em contato prolongado com a umidade por ela provocada. A incontinência fecal causa mais irritação à pele perineal do que a incontinência urinária porque as fezes contêm bactérias e enzimas digestivas que danificam a pele. Em pacientes com incontinência fecal, lesões na pele podem aparecer em poucos minutos após o início do problema (FARIA et al, 1996). Resultados de um estudo indicam que pacientes adultos hospitalizados com incontinência fecal tem 22 vezes chances de adquirir uma úlcera quando comparados com pacientes adultos hospitalizados sem incontinência fecal (WISHIN et al, 2008).

Atualmente, há dispositivos desenvolvidos para o manejo da incontinência fecal. O dispositivo mais recomendado pela literatura é composto por uma sonda de silicone flexível e macio composta por um balão de baixa pressão que é insuflado com água para promover a retenção das fezes que será drenada para uma bolsa coletora fechada com um dreno capaz de permitir o esvaziamento completo da mesma.

Estudos têm apresentado a importância e necessidade dos hospitais realizarem protocolos para o uso de dispositivos de manejo à incontinência fecal visto que esses sistemas podem trazer economia aos serviços de saúde. Sabe-se que o tempo para limpar a pele e mudar os lençóis e curativos contaminados pode ser significativo e deve ser repetido para cada episódio fecal. Esse tempo gasto pela enfermagem poderia ser gasto em outras tarefas importantes. Além disso, há necessidade de seguir precauções de contato para evitar novas transmissões por *Clostridium difficile* em pacientes debilitados após longas internações.

Em um estudo multicêntrico realizado nos EUA foi demonstrado que o dispositivo era seguro para permanecer na ampola retal (após colonoscopia prévia e após a remoção). Quanto à integridade da pele perianal ou glútea, a mesma foi preservada ou melhorada em 92% dos casos o que demonstra sua alta eficácia (PADMANABHAN et al, 2007).

É importante difundir entre os profissionais de saúde que as lesões provocadas pela umidade não são inevitáveis e que a possibilidade de evitá-las promoverá, entre outras coisas, dignidade ao paciente assistido (SEGOVIA-GÓMEZ, 2012). A diferenciação entre lesões causadas por pressão e lesões causadas por umidade precisam ser amplamente discutidas, uma vez que suas medidas preventivas e cuidados de enfermagem a serem aplicados são diferentes. O bom gerenciamento da lesão começa através da identificação correta dos fatores causais. Ao esclarecer a etiologia da lesão por isquemia ou por umidade, o profissional será capaz de selecionar um padrão de cuidado que proporcione a cura.

O intuito da publicação desse Protocolo de utilização do Sistema de Manejo à Incontinência Fecal de Pacientes Internados Restritos ao Leito é garantir a qualidade da assistência e segurança do paciente ao oferecer um material recentemente adquirido pela SES/DF e que o mesmo seja utilizado de forma otimizada a fim de alcançar a custo-efetividade do produto. Por ser um dispositivo que possui um custo alto e por ser pouco conhecido pela maioria dos profissionais de saúde, é preciso assegurar que será utilizado de acordo com este Protocolo.

3- Justificativa

Padronizar a assistência prestada ao paciente crítico portador de lesão de pele associada à diarreia otimizando o uso do dispositivo utilizado para manejo da incontinência fecal de pacientes internados restritos ao leito na Rede SES/DF no intuito de alcançar melhores resultados terapêuticos.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

- R15 – Incontinência fecal;
- M72.6 – Fosseite necrozante;
- L22 – Dermatite das fraldas.

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

Pacientes acamados e com presença de incontinência fecal caracterizada por fezes líquidas ou semilíquidas (3 ou mais episódios em 24h).

6- Critérios de Inclusão

Estarão aptos ao uso do sistema de manejo à incontinência fecal os pacientes que atendam a **TODOS** os critérios de inclusão abaixo enumerados:

- 1) Pacientes restritos ao leito e internados em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Rede SES/DF;
- 2) Pacientes que apresentem diarreia caracterizada por fezes líquidas ou semilíquidas (3 ou mais episódios em 24h);
- 3) Pacientes com dermatite associada à incontinência;
- 4) Pacientes que não tenham nenhum critério de exclusão.

7- Critérios de Exclusão

- Pacientes menores de 18 anos;
- Pacientes que apresentem alteração na mucosa retal, lesão retal ou Anal;
- Pacientes com suspeita ou confirmação de tumor retal/anal;
- Pacientes submetidos à intervenção cirúrgica retal no último ano;
- Pacientes que apresentem hemorroidas de tamanho e/ou sintomas significativos;
- Pacientes que apresentem evacuações sólidas;
- Pacientes com coagulopatias severas;
- Pacientes que apresentem sensibilidade ou alergias a qualquer um dos materiais utilizados no dispositivo;
- Pacientes com sangramento vivo transanal associado ou não às fezes.

8- Conduta

O sistema de manejo à incontinência fecal de pacientes internados restritos ao leito deverá ser utilizado conforme as orientações abaixo:

- 1) O enfermeiro ou médico deverá avaliar a indicação do uso do sistema conforme os critérios de inclusão e observando rigorosamente os critérios de exclusão contidos neste Protocolo;
- 2) O paciente deverá ser submetido a exame físico de toque retal a fim de descartar tumorações, estenoses e sangramentos;
- 3) Após o exame de toque retal e considerando as indicações do Protocolo, o médico assistente deverá prescrever o Dispositivo no prontuário eletrônico e em receituário médico por 29 dias consecutivos;
- 4) Mediante prescrição médica, o farmacêutico deverá dispensar o sistema e acompanhar a sua prescrição durante 29 dias;
- 5) O enfermeiro capacitado deverá montar e instalar o equipamento conforme instruções contidas neste Protocolo;

- 6) O enfermeiro deverá registrar a instalação do dispositivo no prontuário eletrônico do paciente;
- 7) O enfermeiro deverá prescrever os cuidados de enfermagem necessários ao paciente durante o uso do dispositivo;
- 8) O enfermeiro e o médico deverão avaliar o paciente diariamente para descartar qualquer tipo de intercorrência durante o período de utilização;
- 9) O enfermeiro deverá comunicar o médico mediante a ocorrência de qualquer sinal e/ou sintoma como: dor retal, hemorragia retal, sintomas abdominais como distensão, vazamento de fezes ao redor do dispositivo, cateter improdutivo. Os profissionais deverão registrar em prontuário sua avaliação;
- 10) Sob a supervisão do enfermeiro, o técnico/auxiliar de enfermagem deverá realizar os cuidados prescritos durante a permanência do dispositivo, principalmente com relação à troca da bolsa coletora.

8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

8.3 Tratamento Farmacológico

Materiais Necessários:

1. Biombo, se necessário;
2. Sabão Líquido;
3. Sistema de manejo à incontinência fecal: 1 cateter de silicone, 1 seringa de 60ml tipo luer lock e 3 bolsas coletoras de 1 litro;
4. Lubrificante em gel;
5. Soro Fisiológico 500ml;
6. Gazes;
7. Máscara, gorro e luvas de procedimento para proteção individual.

Instalação do dispositivo (passo a passo)

1. Reunir todo o material necessário;
2. Explicar ao paciente e sua família sobre o procedimento a ser realizado e os benefícios propostos pelo mesmo;

3. Preparar o ambiente (limpeza do local, uso de biombos, iluminação adequada, conforto);
4. Monte o equipamento – Utilizando a seringa fornecida, remova qualquer ar residual que possa estar dentro do balão, conectando a seringa à via de inflação (com marcação de 45ml) e puxe o êmbolo; certifique-se de que a seringa está vazia expelindo qualquer ar restante. Em seguida, encha a seringa vazia com 45 ml de água ou soro fisiológico; **não aspirar além de 45 ml.** Conecte firmemente a bolsa coletora ao conector na extremidade do cateter;
5. Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com os joelhos dobrados na direção do peito. Se não for possível, o médico deverá determinar uma posição alternativa para possibilitar o acesso ao reto;
6. O médico deverá realizar o exame de toque retal para avaliar se há adequação para introdução do dispositivo;
7. Remova qualquer cateter ou dispositivo anal antes de introduzir o dispositivo de incontinência;
8. Desdobre todo o cateter e estenda-o sobre a cama. Estenda o conector da bolsa de coleta na direção do pé da cama ao longo do corpo do paciente. O manguito do balão de retenção possui um bolso para os dedos, projetado para facilitar a introdução. Esse bolso está localizado acima da linha indicadora de posição. Insira o dedo indicador em uma luva e depois o insira no bolso. Isto irá ajudar a guiar o cateter durante a introdução;
9. Cubra a extremidade do balão do cateter com lubrificante;
10. Usando o dedo indicador enluvado no bolso, insira delicadamente o balão pelo esfíncter anal até que o balão passe pelo orifício externo e esteja bem posicionado dentro do reto. O dedo deve ser mantido dentro do reto enquanto o balão é inflado;
11. Infle o balão com 45 ml de água filtrada ou solução salina, apertando delicadamente o êmbolo da seringa. **Em nenhuma circunstância o balão deverá ser inflado com mais de 45 ml.** A câmara de indicação de enchimento irá se expandir à medida que o líquido for injetado. Essa expansão é normal e deverá regredir assim que o êmbolo parar;
12. Se a câmara de indicação de enchimento continuar estendida de forma excessiva depois que o êmbolo parar, o balão não está sendo inflado de forma adequada. Esse provavelmente é o resultado do posicionamento incorreto do balão no reto. Nesse caso, utilize a seringa para remover o líquido do balão, reposicione o balão no reto e encha novamente o balão;
13. Remova o dedo do reto quando o balão estiver completamente inflado;

14. Remova a seringa da porta de enchimento e puxe delicadamente o cateter para garantir que o balão esteja na posição correta. Isto irá garantir que as fezes irão fluir para dentro do cateter em vez de ao redor dele;
15. Posicione o cateter de silicone ao longo das pernas do paciente, evitando obstruções e dobraduras;
16. Observe a linha indicadora de posição em relação ao ânus do paciente. Observe as mudanças na localização da linha indicadora de posição como uma forma de determinar o movimento do balão de retenção dentro do reto do paciente. Ela pode indicar a necessidade de reposicionamento do balão;
17. Pendure a bolsa pela fita ao lado da cama em uma posição mais baixa que o paciente.

Manutenção do dispositivo

1. Realizar a higiene externa do dispositivo diariamente e sempre que houver sujidade;
2. Realizar a higiene íntima do paciente diariamente e sempre que houver necessidade;
3. Realizar a troca da bolsa coletora de fezes assim que encher. A bolsa não deve ser reutilizada;
4. Em caso de obstrução do cateter de silicone por partículas sólidas, ele pode ser enxaguado enchendo-se a seringa com água, encaixando a seringa ao dispositivo de irrigação e apertando o êmbolo. Repita o procedimento quantas vezes forem necessárias para manter o funcionamento adequado do dispositivo. O enxágue do dispositivo, conforme descrito acima, é um procedimento opcional que deve ser utilizado apenas quando necessário para manter o fluxo desobstruído das fezes para a bolsa coletora. Se a repetição do enxágue com água não fizer com que o fluxo de fezes através do cateter volte a ocorrer, o dispositivo deve ser examinado para verificar se não há obstrução externa (isto é, pressão causada por alguma parte do corpo ou parte do equipamento). Se não for detectada a fonte de obstrução do dispositivo, o uso do dispositivo deve ser interrompido;

Remoção do dispositivo

1. Esvaziar o balão de retenção através da seringa conectada à via a fim de aspirar todo o soro fisiológico injetado durante a instalação do dispositivo;
2. Segurar o cateter próximo à região anal e tracioná-lo para fora lentamente;

3. Desprezar todo o sistema de incontinência.
4. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico do paciente.

Critérios de Interrupção

1. Após 29 dias de utilização (não podendo ser prescrito novamente após esse período);
2. Cessão da diarreia antes dos 29 dias;
3. Manifestação de intercorrência durante o período de utilização: sangramento, dor intensa, obstrução do cateter mesmo após irrigação.

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica.

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

9- Benefícios Esperados

- Pele da região perineal e sacral limpa e íntegra através da contenção de resíduos corporais infecciosos em um dispositivo que minimiza o risco de infecção/contaminação de áreas com fragilidade.
- Proteção de úlceras de pressão, queimaduras, feridas cirúrgicas ou Síndrome de Fournier da contaminação pelas fezes, no intuito de acelerar o processo de cicatrização através da contenção das fezes em dispositivo coletor.
- Proporciona economia em horas de trabalho da Enfermagem na troca de lençóis, limpeza do paciente e realização de curativos a cada evacuação.

Benefícios adicionais: favorecer o balanço hídrico, reduzir odor em ambiente fechado, aumentar o conforto de paciente internado.

10- Monitorização

Não se aplica.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Não se aplica.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A liberação dos códigos referentes aos materiais utilizados no Protocolo será realizada apenas para Farmácias dos Hospitais com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e sua dispensação será controlada pela Farmácia Central.

14- Referências Bibliográficas

1. LORDANI, C. R. F et. al. Conhecimento de profissionais de unidade de terapia intensiva sobre diarreia. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** 2014; 26(3): 299-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n3/0103-507X-rbti-26-03-0299.pdf>. Acesso em 03/11/2017.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The treatment of diarrhoea**. A manual for physicians and other senior health workers. 4th ver, p. 1-44, 2005. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf>. Acesso em:03/11/2017.
3. CHIANCA T. C. M. et. al. Dermatite associada à incontinência: estudo de coorte em paciente críticos. **Revista Gaúcha de Enfermagem** 2016; 37 (esp). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68075.pdf> Acesso em: 03/11/2017.
4. BAESSA, C. E. B.; MEIRELES, V. C.; BALAN, M. A. J. Ocorrência de Dermatite Associada à incontinência em pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Estima da Associação Brasileira de Estomaterapia: Estomias, feridas e incontinências** 2014; 12(2). Disponível em <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/89> Acesso em: 03/11/2017.
5. WISHIN, J.; GALLAGHER, T.J.; MCCANN, E. Emerging Options for the Management of Fecal Incontinence in Hospitalized Patients. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing** 2008; 35 (1); 104-110. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18199946>. Acesso em: 03/11/2017.
6. SEGOVIA-GÓMEZ, T.; BERMEJO, M. M.; GARCÍA-ALAMINO, J. M. Úlceras por humedades: conocerlas mejor para poder prevenirlas. *Gerokomos* 2012; (23) 3; 137-140. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000300009. Acesso em: 03/11/2017.
7. PADMANABHAN, A., et. al. Clinical Evaluation of a Flexible Fecal Incontinence Management System. **American Journal of Critical Care**, 2007; 16 (4): 384-393. Disponível em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/16/4/384.long>. Acesso em 03/11/2017.
8. KOWAL-VERN, A. et. al. Fecal Containment in Bedridden Patients: Economic Impact of 2 Commercial Bowel Catheter Systems. **American Journal of Critical Care** 2009 18; (3); S2-S14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19623696>. Acesso em 03/11/2017.