



La gestione della costipazione negli anziani

Raccomandazioni

- La prevenzione è meglio della cura così è raccomandato che gli anziani ricevano informazioni ed educazione circa l'idratazione e una dieta sana ricca in fibre: cereali; noci e semi; pane integrale; verdure e verdure crude; e frutta (**Grado A**)
- Effettuare uno screening agli anziani per le seguenti condizioni: storia di uso di farmaci (specialmente polifarmacoterapia e assunzione di lassativi); stato cognitivo (**Grado A**)
- Per le persone incapaci di camminare o costrette a letto o altrimenti inabili, sono raccomandati esercizi come rotazione bassa del tronco e inclinazione della pelvi sugli elevatori del solo lato sinistro (**Grado B**)
- Monitorare e registrare le evacuazioni per frequenza, qualità, caratteristiche, episodi di costipazione/perdite di feci e uso di lassativi orali o retali (**Grado B**)
- I lassativi osmotici come PEG e lattulosio, e gli agenti formanti massa come psyllium e crusca sono benefici nella gestione della costipazione negli anziani e dovrebbe essere incoraggiato il loro uso; è necessario determinare le esigenze individuali (**Grado B**)

Fonti informative

Questo foglio informativo di Best Practice, che sostituisce il foglio informativo JBI con lo stesso titolo pubblicato nel 1999, 1 è basato su una revisione sistematica (2005)2 e una linea guida di best practice3.

Background

Costipazione

Il termine costipazione si riferisce alla difficoltà nella defecazione, e a evacuazioni non frequenti per un periodo di tempo prolungato. I sintomi associati alla costipazione includono feci dure/asciutte, gonfiore e dolore addominale.

Le definizioni di una normale funzione intestinale variano, ma è considerata normale una frequenza variabile da tre volte alla settimana a tre al giorno.^{2,3} Gli anziani tendono a misurare la costipazione basandosi su sintomi come il dolore, la durezza delle feci o lo sforzo piuttosto che la sola frequenza. C'è un legame tra invecchiamento e probabilità di costipazione, da ≥ 70 anni o più.³ Lo stile di vita è associato alla costipazione, in particolare l'assunzione di liquidi, la dieta ricca in fibre, la storia di uso di lassativi, la vita sedentaria e posticipare l'urgenza a defecare.

Fattori di rischio

Sebbene gli anziani attivi ed in salute hanno una normale funzione intestinale, esistono dei fattori di rischio:

- **Assunzione di liquidi:** Questo è spesso citato come un fattore di rischio poiché una scarsa assunzione di liquidi è legata ad un rallentato transito colico e ad una scarsa eliminazione di feci.
- **Dieta:** La diffusione di disturbi digestivi sta aumentando a causa della moderna dieta povera in fibre. Gli studi hanno mostrato che una dieta ricca in fibre influenzi il tempo di transito intestinale, la massa fecale e la frequenza delle evacuazioni.
- **Mobilità:** La costipazione è comune nelle persone che fanno poco esercizio, con rischio più alto per le persone costrette su sedia o a letto.

- **Ambiente:** I problemi come la ridotta privacy, inaccessibilità dei servizi igienici e dipendenza da altre persone per assistenza, potrebbero contribuire allo sviluppo della costipazione.
- **Altri fattori:** La costipazione potrebbe manifestarsi a causa di ansia, depressione e deterioramento cognitivo. Alcuni farmaci, come analgesici oppioidi, anticolinergici e antidepressivi, potrebbero anche incrementare il rischio di costipazione.

Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo è di presentare le migliori evidenze disponibili per la gestione della costipazione negli anziani.

Tipi di Intervento

Gli interventi consistevano di terapie mediche tradizionali per la gestione della costipazione cronica. Sono stati inclusi studi randomizzati, condotti su soggetti adulti, e con dati riguardanti il disegno dello studio, lo scopo, le misure di outcome, e gli eventi avversi. Questa revisione sistematica si è focalizzata sui maggiori tipi di interventi: lassativi osmotici, agenti formanti massa, agenti fluidificanti, lassativi stimolanti e altri (ad esempio Tegaserod).

Gradi delle Raccomandazioni

Questi Gradi delle raccomandazioni sono basati sui Gradi di Efficacia sviluppati dal JBI nel 2006⁴

Grado A: Forte supporto che merita applicazione

Grado B: Moderato supporto che autorizza il considerarne l'applicazione

Grado C: Non supportato

Qualità della ricerca

La qualità della ricerca variava. Per esempio, sebbene gli studi sul PEG (polietilene glicole) ed il Tegaserod erano placebo- controllati, le dimensioni del campione erano generalmente piccole. Nonostante molti studi fossero compatibili nell'affermare che la costipazione si presenta con meno di 2 o 3 evacuazioni alla settimana, pochi rimandavano alla definizione sviluppata nel 1998 dal Rome II Committee, che ha definito che la costipazione funzionale è composta da: sforzo; feci caprine o dure; sensazione di defecazione incompleta o occlusione/blocco anorrettale; manovre manuali o digitali; e meno di tre evacuazioni a settimana per oltre un periodo di 12 settimane. Questa discrepanza ha impedito comparazioni efficaci dei trials simili. Tuttavia sono stati sviluppati livelli A e B dei Gradi di Raccomandazione per alcuni interventi.

Risultati

Gestione Corrente

Dovrebbe essere effettuata una valutazione di fattori di rischio e anamnesi, inclusa auscultazione, palpazione e percussione dell'addome e se indicato, un esame rettale per stabilire un punto di riferimento rispetto alla storia e presentazione di ogni singola persona a rischio. Non ci sono evidenze a supporto dell'uso di indagini diagnostiche, sebbene per le radiografie dell'addome l'assenza di evidenze non implica evidenze di non efficacia. La letteratura circa l'efficacia degli interventi può essere categorizzata in base al tipo di terapia, ad esempio agenti formanti massa, surfactanti, osmotici, stimolanti della peristalsi, ecc.³ Tuttavia, queste categorie non includono le raccomandazioni concernenti esercizio, assunzione di liquidi e interventi non farmacologici. Per questa ragione questi ultimi vengono descritti separatamente in questo foglio di Best Practice.

Interventi non farmacologici

Sono stati valutati diversi approcci non farmacologici alla costipazione, inclusi massaggi, esercizio e biofeedback. Pochi studi hanno valutato l'efficacia del massaggio all'addome da solo o in combinazione all'esercizio nelle persone costipate, ma ci sono poche evidenze a supportarne l'uso. L'esercizio è parte integrante dei programmi di gestione intestinale, e la mancanza di attività fisica è un fattore significativo per lo sviluppo della costipazione in alcune persone. L'efficacia dell'esercizio come intervento per prevenire o trattare la costipazione, tuttavia, non è stata ancora dimostrata.³

Interventi non di tipo lassativo

Diversi prodotti sono raccomandati o inclusi nei programmi di gestione intestinale per prevenire la costipazione, inclusi pane, crusca, lenticchie, aloe vera, acqua minerale e frutta come prugne

o rabarbaro.^{2,3} Gli studi che valutano le combinazioni di prodotti come misture di frutta comprendenti datteri e similari, concentrato di fico e prugne, e marmellate lassative, budini o biscotti supportano la loro efficacia, ma questi prodotti non sono stati valutati da nessun RCT come ad esempio le misture del Supplemento di Prugna. Incrementare l'assunzione di liquidi è comunemente raccomandato per prevenire la costipazione, e l'aumentato apporto di liquidi è stato valutato in associazione ad altri prodotti. Tuttavia, non è stato valutato singolarmente e la sua efficacia non è chiara. Aumentare l'apporto di fibre nella dieta è ben raccomandato come strategia di prevenzione, ma senza un adeguato apporto di liquidi potrebbe aumentare il ristagno fecale negli anziani immobili.³

Agenti formanti massa

È stato trovato in una serie di studi e di tipi di derivati di fibre che gli agenti formanti massa sono efficaci nel migliorare la frequenza e la consistenza delle feci e la durata della defecazione. La crusca di grano o granoturco migliorava la frequenza e consistenza delle feci, senza significativi effetti collaterali confrontata con una dieta regolare fra gli anziani. La crusca potrebbe non diminuire l'esigenza di altre forme di assistenza all'evacuazione poiché potrebbe calare l'urgenza a defecare, e richiedere potenzialmente una combinazione di agenti formanti massa e lassativi stimolanti.² Lo psyllium è un derivato della pellicola fibrosa e ha dimostrato di essere più efficace del placebo rispetto alla frequenza e consistenza delle feci. Questo risultato deriva da un più ampio trial, mentre due trials più limitati hanno trovato non significative differenze tra psyllium e placebo. Studi non in cieco hanno riportato risultati favorevoli per lo psyllium rispetto ai lassativi stimolanti, ma questi risultati dovrebbero essere trattati con cautela a causa dell'assenza della cecità. Lo psyllium combinato con la senna era più efficace che lo psyllium da solo, ma associato a più effetti collaterali mentre lo psyllium con il docusate (un ammorbidente) era meno efficace dello psyllium da solo.²

Agenti osmotici

La soluzione di PEG è un osmotico non assorbibile, comunemente usato per la pulizia intestinale prima della colonscopia o di un intervento chirurgico. Confrontato con placebo o lattulosio, PEG era più efficace e potenzialmente meno costoso, benché l'evidenza provenisse da trials di breve durata.²

Il lattulosio è stato confrontato con il placebo in tre studi ed è stato trovato che era sicuro ed efficace per la costipazione idiopatica, sebbene fosse associato a gonfiore e flatolenza. Quando confrontato alla soluzione di PEG, il lattulosio era meno efficace, mentre in un altro studio è stato dimostrato che il sorbitolo era altrettanto efficace e con meno effetti collaterali. Lo psyllium, un agente formante massa, era ugualmente efficace al lattulosio.²

Un RCT ha studiato il latte di magnesio e ha trovato che era associato a più frequenti evacuazioni che gli agenti formanti massa, con feci di consistenza più "normale" e meno esigenza di terapie lassative concomitanti.²

Agenti ammorbidenti fecali

Uno studio ha trovato che lo psyllium era più efficace del docusate (sia di sodio che di calcio). Confrontato con un placebo, il docusate era più efficace, ma produceva solo un modesto miglioramento nella costipazione, e questo suggerisce che siano preferibili altre forme di terapia rispetto agli agenti ammorbidenti.²

Agenti stimolanti

Poiché molte ricerche confrontano terapie associate, c'è una mancanza di evidenza dei lassativi stimolanti controllati con placebo. Questo rende difficile l'identificazione dell'effetto specifico di questi stimolanti. Gli studi dello psyllium abbinato alla senna confrontati al lattulosio da solo, suggeriscono che la loro combinazione è più efficace, con un potenziale risparmio.² Altri studi hanno evidenziato la maggiore efficacia del lattulosio rispetto al bisacodyl o ai lassativi stimolanti contenenti senna o derivati dell'antraquinone, mentre non c'erano differenze di efficacia tra bisacodyl e bisoxatin.^{2,3}

Il Tegaserod, uno stimolante della motilità, è stato valutato in un trial a doppio cieco placebo controllato. C'era forte evidenza dell'efficacia del Tegaserod in dosi di 2 mg o 6 mg due volte al giorno per 12 settimane di follow-up per evacuazione completa e spontanea, aspetto delle feci, gonfiore, sforzo, dolore addominale, valutazione globale della costipazione e delle abitudini intestinali, senza osservare ricaduta nella costipazione. L'effetto benefico non era dose dipendente, per esempio 2 mg erano efficaci come 6 mg.²

Il Misoprostol è stato confrontato al placebo in un piccolo trial. I risultati suggerivano che il misoprostol migliorava significativamente il tempo di transito colico, la consistenza delle feci, e la frequenza dell'evacuazione a settimana. Tuttavia, lo studio aveva un campione di piccole dimensioni e sono necessarie ulteriori ricerche prima di considerare il misoprostol come terapia primaria per la costipazione.²

Rettoclisi e supposte

Rettoclisi e supposte puliscono il retto e ripristinano la normale funzione intestinale prima di iniziare il programma di gestione intestinale.³ Ci sono poche ricerche che valutano la loro efficacia negli anziani. I clisteri evacuativi sono associati a un più alto rischio di reazioni alla soluzione somministrata o a danni meccanici durante la procedura.

Tabella 1

Classe	Esempio	Tempo di azione
Agenti formanti massa	-pellicola di ispaghula (Fybogel) -psyllium (Metamucil, Agiofibe) -sterculia (uno degli agenti nel Granacol & Normacol)	48- 72 ore
Lassativi osmotici	-sali di magnesio (Magnesia S. Pellegrino, sali di Epsom) -sorbitolo (Sorbilax) -lattulosio (Duphalac, Lac Dol e Actilax)	0.5-3 ore 24-72 ore
Ammorbidenti fecali	-sodio di docusate (Coloxyl) -poloxalkol (Coloxyl gocce) -paraffina liquida (Parachoc)	24-72 ore
Lassativi stimolanti	-bisacodyl (Bisalax, Durolox) -scorza di frangula (uno degli agenti nel Granacol e Normacol) -fenoltaleina (Laxettes) –senna (Senokot)	6-12 ore

Valutazione del paziente

Ci sono solo poche ricerche sulla valutazione delle persone affette da costipazione, poiché molte delle informazioni enfatizzano procedure e diagnostica. La valutazione dovrebbe comprendere non solo se essi sono costipati, ma anche i fattori contribuenti.

Anamnesi

Lo scopo è identificare i fattori dello stile di vita che influenzano la funzione intestinale di una persona:³

- inadeguato apporto di fibre nella dieta;
- mobilità compromessa o recente riduzione nel livello di attività;
- scarso apporto di liquidi, per esempio meno di 1.5 litri al giorno;
- farmaci; e
- ogni intervento chirurgico o patologia che possa contribuire allo sviluppo della costipazione.

Dovrebbe essere determinato la normale funzionalità intestinale della persona, il suo stato attuale e le sue preferenze, comprendendo:

- recenti cambiamenti nelle abitudini intestinali o nella frequenza delle evacuazioni;
- consistenza delle feci;
- le azioni abituali per mantenere la funzione intestinale (esempio che cosa è efficace per loro);
- presenza di incontinenza fecale;
- necessità di frequenti sforzi durante l'evacuazione;
- se sono insorte di recente patologie (ad esempio ictus), qual era la funzionalità intestinale precedentemente;
- se vengono assunti lassativi, quale tipo, con che frequenza e da quanto tempo; e

Dovrebbe essere identificato qualsiasi sintomo di costipazione, per esempio:

- nausea, vomito o dolore al retto durante la defecazione;
- sforzi durante l'evacuazione o evacuazioni non frequenti;
- sensazione di incompleto svuotamento dopo l'evacuazione;
- dolore addominale o disagio; e
- feci dure.

Gestione della costipazione

La gestione della costipazione deve essere individualizzata a seconda delle esigenze di ogni persona. Occorre osservare che i pazienti con traumi della colonna vertebrale o in terapia a lungo termine con analgesici oppioidi potrebbero richiedere programmi specifici di gestione intestinale.³ Le seguenti opzioni di trattamento rappresentano differenti opinioni di esperti.³

Costipazione acuta

La gestione iniziale della costipazione acuta da moderata a severa potrebbe includere supposte, clisteri evacuanti o lassativi osmotici per pulire il retto, seguiti dall'attuazione di un programma di gestione intestinale utilizzando interventi di prevenzione, come modificare la dieta e l'assunzione di liquidi, l'educazione a efficaci abitudini intestinali.

Quando la costipazione severa non è responsiva al trattamento, è consigliato il parere del medico, o di un consulente per la continenza o dell'enterostomista.

Costipazione cronica

Per le persone che seguono una dieta povera di fibre, e nelle quali non vi è una specifica causa sottostante di costipazione, dovrebbero essere provati gli agenti formanti massa. Gli agenti osmotici potrebbero essere efficaci nel trattamento della costipazione cronica. Lo scopo dovrebbe essere l'adozione di abitudini intestinali regolari piuttosto che "pulizie" intermittenti. Il trattamento dovrebbe quindi promuovere abitudini intestinali regolari utilizzando piccole dosi regolari di lassativi, stabilite per ciascuno. Se gli agenti osmotici non sono efficaci, o non tollerati, potrebbero essere efficaci i lassativi stimolanti.

Scelte di trattamento

Gli agenti formanti massa sono efficaci per gli anziani autosufficienti, mentre i lassativi osmotici o stimolanti potrebbero essere più efficaci per le persone allettate.

Uso di rettoclisi o supposte

Prima di iniziare un programma di gestione intestinale potrebbe essere necessario pulire il retto con clisteri evacuanti e supposte.

Potrebbero essere indicate come trattamento iniziale per la costipazione da moderata a severa, o nella costipazione associata alla terapia del dolore con oppioidi. Clisteri evacuanti e supposte potrebbero essere indicate anche per le persone allettate, come parte del programma di gestione intestinale.

Fecaloma

Il fecaloma necessita di una gestione specifica, che con più probabilità può richiedere rettoclisi per pulire il retto, ma potrebbe includere anche lassativi osmotici o stimolanti. Quando è ristabilita la normale funzione intestinale, deve essere iniziato un programma di gestione intestinale per prevenire il suo ripetersi.

Costo dei trattamenti

Esistono considerevoli differenze nei costi dei lassativi ma non necessariamente gli agenti più costosi sono i più efficaci. Per esempio, dei lassativi osmotici, i sali di magnesio e il sorbitolo sono più economici del lattulosio. Tuttavia, la costipazione può essere generalmente prevenuta attraverso l'educazione, i cambiamenti nella dieta e nello stile di vita, che hanno meno implicazioni di costi.

Figura 1¹

Ricetta dell'Integrazione con Prugne

Ingredienti

- 1/3 di litri di succo di prugne*
- 720 gr di purea di mele
- 525 gr di All- Bran

Metodo

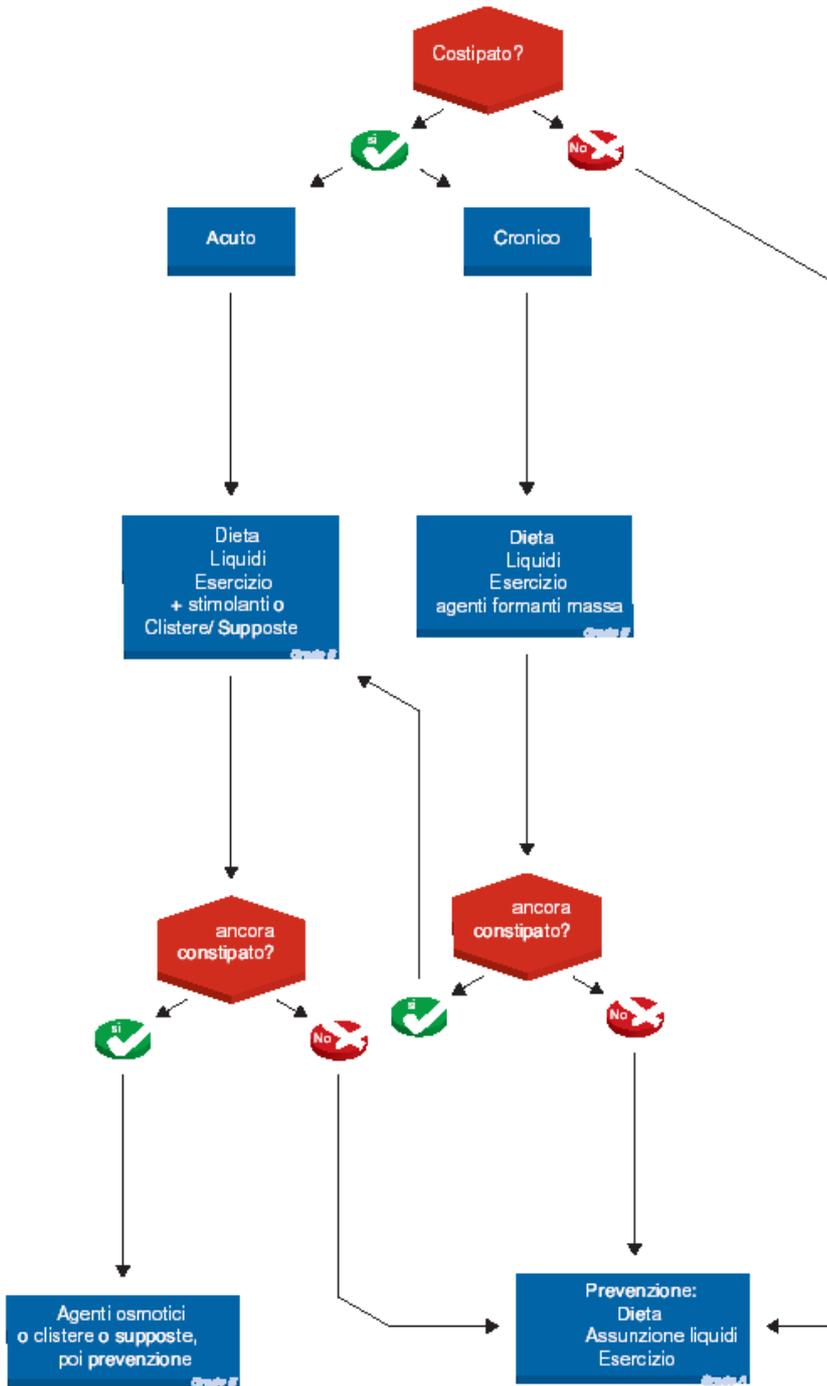
Aggiungere il succo di prugne caldo agli ingredienti e mescolare bene. Assumere 1 o 2 cucchiaini due volte al giorno.

*Può essere utilizzato il succo di prugne disponibile in commercio, oppure si può preparare nel modo seguente:

- 1kg di prugne (senza nocciolo)
- 1.25 litri d'acqua

Cuocere le prugne senza nocciolo nell'acqua fino a che non si ammorbidiscono. Ridurle in purea. Filtrarle per fare il succo di prugne.

La gestione della costipazione negli anziani



Ringraziamenti

Questo foglio informativo di best Practice è stato fatto dal Joanna Briggs Institute con la revisione e la guida degli autori. Inoltre questo foglio è stato revisionato da membri del JBI dei seguenti Centri Collaborativi:

- Dr Suzy Robertson-Malt, National & Gulf Centre for Evidence Based Medicine, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia.
- Brent Hodgkinson, Research Fellow, Research and Practice Development Centre, University of Queensland and Blue Care, Milton, Queensland, Australia.

Bibliografia

1. Joanna Briggs Institute. Management of Constipation in Older Adults. *Best Practice: evidence-based practice information sheets for health professionals* 1999;3(1).
2. Ramkumar D and Rao SSCR. Efficacy and Safety of Traditional Medical Therapies for Chronic Constipation: Systematic Review. *American Journal of Gastroenterology*; 2005; 100(4): 936-971.
3. RNAO. *Prevention of Constipation in the Older Adult Population*. Nursing Best Practice Guideline: Shaping the future of Nursing, revised March 2005.
4. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2006 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
5. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J of Evidence-Based Healthcare* 2005; 3(8):207-215.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

- The Joanna Briggs Institute
Royal Adelaide Hospital
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au
- Published by
Wiley-Blackwell



"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".



Questo foglio informativo di Best Practice presenta le migliori evidenze disponibili su questo argomento. Le implicazioni per la pratica sono state preparate con l'aspettativa che i professionisti della salute utilizzeranno queste evidenze considerando il loro contesto, la preferenza del loro cliente e il loro giudizio clinico.⁵