

EVIDENCE-BASED NURSING E PRATICA CLINICA

Schede informative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica

La costipazione nel paziente anziano ospedalizzato.

Torres A. Giacometti G. Pozzobon G. *et all.* Il profilo dello stato nutrizionale in pazienti "grandi anziani" (≥ 80 anni) ospedalizzati. Assistenza Infermieristica e Ricerca. 2005 luglio-settembre; 24(3): 116-120.

Rehabilitation Nursing Foundation, Practice Guidelines For The Management of Constipation in Adults, 2002. Traduzione a cura di Biavati C. RNAO, Prevention of Constipation in the Older Adult Population, March 2005. Traduzione a cura di Biavati C.

Definizione: La costipazione è un problema di salute molto frequente nelle persone anziane, in particolare se ospedalizzate; generalmente è associato all'immobilità o alla diminuzione dell'attività fisica, all'apporto inadeguato di liquidi e di fibre nella dieta, al non tener conto dello stimolo ad evacuare, all'uso cronico di lassativi e all'incremento del livello di progesterone sierico nelle donne (Koch, 1995).

Obiettivo: ricercare le evidenze in merito alla prevenzione e gestione della costipazione nei pazienti ospedalizzati.

Materiali e metodi: consultazione di database di linee guida, di revisioni sistematiche internazionali ed aziendali. I tre documenti sono stati selezionati per rilevanza ed aderenza al tema di interesse.

Risultati: sono state considerate le evidenze ottenute dalla revisione della letteratura e le raccomandazioni presenti nella linea guida dell' RNAO.

Fattori epidemiologici

La costipazione è un problema di salute molto frequente, che è andato via via aumentando con la civilizzazione e l'industrializzazione. L'incidenza della costipazione rappresenta un problema per il 17% della popolazione generale, l'8,2% per le persone di mezza età e giunge ad un 30% per le persone anziane. Dai 70 anni in poi il problema aumenta in modo esponenziale e con l'aumentare dell'età aumenta anche l'uso dei lassativi. Il sesso femminile è maggiormente predisposto rispetto a quello maschile e la costipazione è un problema comune durante la gravidanza, dopo il parto e dopo un intervento chirurgico. Gli anziani ospedalizzati o che vivono in case di riposo fanno uso abituale di lassativi (30-50%) e l'uso aumenta con il perdurare del ricovero. La costipazione per il personale sanitario rappresenta un problema assistenziale trasversale.

Fattori eziologici

I fattori, legati allo stile di vita, che contribuiscono alla costipazione sono: apporto inadeguato di liquidi e fibre nella dieta; uso prolungato o abuso di lassativi; il non tenere conto dello stimolo ad evacuare; lo stile di vita sedentario; la terapia multifarmacologica. Uno scarso apporto di liquidi associato ad un aumento di fibre nella dieta, aumenta il rischio di costipazione e/o di fecaloma.

La costipazione è un effetto avverso comune a molteplici categorie di farmaci, che possono avere effetti diretti e indiretti sulla funzione intestinale. Anche le malattie possono aumentare questo problema.

Farmaci che possono favorire la costipazione

• Anticolinergici;	• antipsicotici;
• antidepressivi;	• antiacidi contenenti alluminio;
• antiemetici;	• analgesici;
• antistaminici;	• antinfiammatori non steroidei;
• antipertensivi;	• antiacidi;
• antiparkinsoniani;	• ipnotici;
• supplementi del ferro	• diuretici;
• oppioidi/narcotici;	• sedativi.
• lassativi;	

Malattie che possono favorire la costipazione

Patologie psicologiche	Stress, Depressione, Demenza, Confusione.
Disordini metabolici	Ipocaliemia, Ipotiroidismo, Ipercalcemia, Diabete (uremia).
Disordini anorettali	Fissurazioni e/o ascessi, Stenosi, Prolasso anteriore delle mucose, Rettocele, Tumori, Ascessi perianali, Emorroidi, Proctiti.
Patologie intestinali	Sindrome del colon irritabile, Diverticolite, Tumori, Stenosi, Colite ulcerosa, Colite ischemica, Amebiasi, Linfogranuloma venereo, Endometriosi, Ernia, Volvolo, Intossicazioni, Transito lento idiopatico, Pneumatosi cistica intestinale.
Patologie pelviche	Tumori ovarici.
Patologie neuromuscolari	Morbo di Hirschsprung, Neuropatia autonoma, Morbo di Chagas, Pseudo ostruzione intestinale, Tumori cerebrali, Meningocele, Tabes dorsale, Sindrome di Shy-Drager, Dermatomiomiosite, Sclerosi sistemica progressiva, Neuropatia diabetica, Morbo di Parkinson, Danni alla colonna vertebrale, Tumori della colonna vertebrale, Dyschezia rettale.

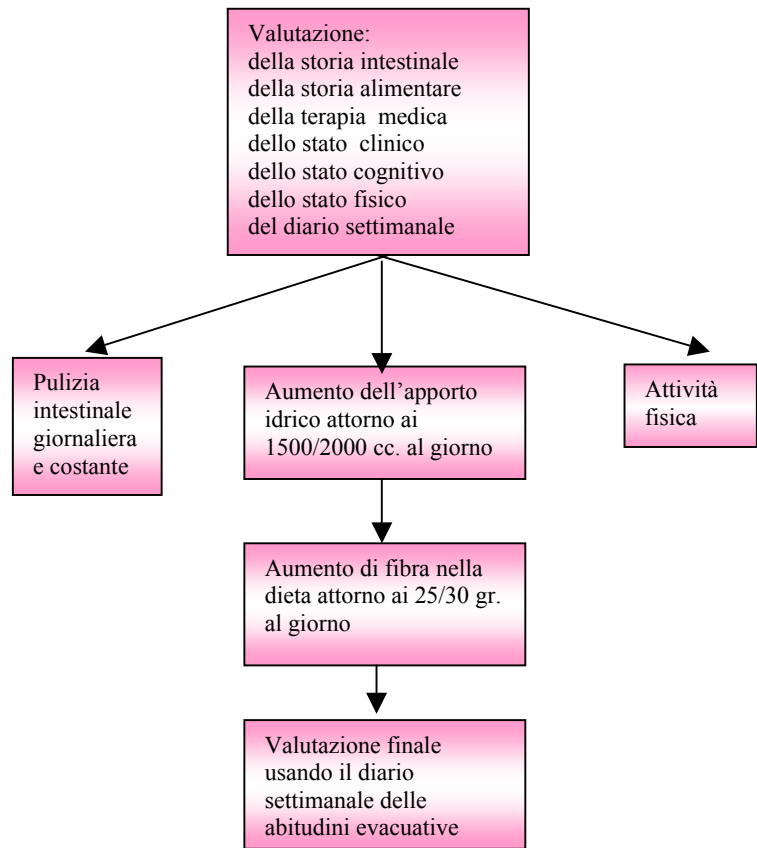
Raccomandazioni

1. Valutare la costipazione dall'anamnesi del paziente (IV).
2. Ottenere informazioni riguardanti:
 - la quantità e la tipologia di liquidi introdotti quotidianamente, facendo particolare attenzione all'apporto di caffeina e alcool;
 - l'apporto di fibre e la quantità di cibo normalmente consumato;
 - un'anamnesi medica o chirurgica che possa essere correlata alla costipazione come: disordini neurologici, diabete, ipotiroidismo, danno renale cronico, emorroidi, ragadi, diverticolite, colon

irritabile, precedenti interventi chirurgici sull'intestino, depressione, demenza o confusione acuta (IV).

3. Rivedere la terapia medica del paziente per identificare quelle associazioni che possono aumentare il rischio di costipazione, includendo l'uso cronico di lassativi e la storia dell'uso di lassativi (III).
4. Valutare il rischio di una terapia multifarmacologica, facendo attenzione alle doppie prescrizioni, al sovradosaggio e agli effetti collaterali (III).
5. Identificare le abilità funzionali conservate relativamente a mobilitazione, alimentazione, idratazione e stato cognitivo (relativamente alla capacità di comunicare e al saper seguire semplici istruzioni) (III).
6. Eseguire un esame obiettivo dell'addome e del retto. Valutare la muscolatura addominale, il murmure intestinale, la massa addominale, l'eventuale presenza di fecalomi ed emorroidi e che il riflesso anale sia presente (IV).
7. Prima di iniziare un piano di assistenza idoneo occorre valutare, attraverso un diario settimanale, le abitudini evacuative (frequenza e caratteristiche delle feci), gli episodi di costipazione e/o di incontinenza/perdita occasionale di feci, l'apporto di liquidi (tipo e quantità), di cibi solidi e i metodi di pulizia intestinale (IV).
8. Per una persona senza patologie renali o cardiache, l'apporto giornaliero di liquidi dovrebbe essere di 1500-2000 ml. Incoraggiare il paziente ad assumere liquidi a piccoli sorsi (durante il giorno) e ogniqualvolta sia possibile, riducendo il più possibile le bevande a base di caffeina e alcool (III).
9. L'apporto di fibre nella dieta giornaliera dovrebbe andare dai 25 ai 30 gr. e dovrebbe essere gradualmente aumentato solo quando il paziente assume 1500 ml. al giorno. La consulenza del dietista è fortemente raccomandata (III).
10. Promuovere una pulizia intestinale regolare e quotidiana, favorita da un pasto "stimolante". Salvaguardare la privacy del paziente durante la pulizia intestinale (III).
11. Per favorire l'evacuazione dovrebbe essere usata la posizione accovacciata. Per i pazienti che non possono usufruire del bagno (ad es. i pazienti allettati), simulare la posizione accovacciata da letto, posizionando il paziente sul fianco sinistro e facendogli piegare gambe e piedi verso l'addome (III).
12. L'attività fisica dovrebbe essere adeguata alle capacità fisiche del paziente, allo stato di salute, alla preferenza personale ed alla possibilità di garantirne l'esecuzione. La frequenza, l'intensità e la durata dell'esercizio dovrebbero essere basate sulla tolleranza del paziente (IV).
13. Per i pazienti anziani che sono completamente autonomi o che hanno una mobilità conservata, è consigliato camminare per 15-20 minuti una o due volte al giorno o 30-60 minuti al giorno o 3/5 volte alla settimana. Deambulare per almeno 20 metri, due volte al giorno, è consigliato per i pazienti che hanno una mobilità limitata (IV).
14. Per le persone che non possono camminare o che sono allettate, sono raccomandati gli esercizi come le flessioni pelviche, le rotazioni del basso tronco e le flessioni delle gambe (una alla volta) (IV).
15. Valutare la risposta del paziente e la necessità di interventi ripetuti, attraverso l'uso di un report che mostri la frequenza, il tipo e la quantità della motilità intestinale, gli episodi di costipazione e/o perdita occasionale di feci e l'uso di lassativi (orali o rettali). Valutare la soddisfazione del paziente con il report suddetto e la percezione del paziente rispetto ai successi ottenuti (IV).
16. Dovrebbero essere organizzati programmi di educazione orientati a ridurre la costipazione e a promuovere la salute intestinale. Questi dovrebbero essere condotti da una infermiera particolarmente preparata o specializzata sulla continenza (IV).
17. Le organizzazioni sono invitate a formare un team interdisciplinare per prevenire e trattare la costipazione (IV).

Algoritmo per la prevenzione della costipazione



RNAO – Livelli di evidenza

Ia	Evidenza ottenuta da meta-analisi o revisioni sistematiche, di trials clinici randomizzati controllati.
Ib	Evidenza ottenuta da almeno un trial clinico randomizzato e controllato.
IIa	Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato non randomizzato.
IIb	Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi sperimentale senza randomizzazione.
III	Evidenza ottenuta da studi descrittivi non sperimentali, come studi comparativi, studi correlati, serie di casi.
IV	Evidenza ottenuta da reports di comitati di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di esperti autorevoli.

Professionisti interessati: infermieri.

Obiettivi didattici: conoscere le evidenze presenti in letteratura, rivolte alla prevenzione e gestione del delirio dei pazienti in ambiente ospedaliero

Durata dell'attività formativa:

Numero di partecipanti ammessi:

Sessioni di verifica:

Crediti:

Costi:

Informazioni:

Catia Biavati presso Centro Studi EBN
(Pad 3)

- Tel 051-(636)1462

- Fax 051-(636)1375

- E-mail: catia.biavati@aosp.bo.it

