

Stitichezza nell'anziano

E' difficile dare una definizione precisa di stitichezza, in quanto la frequenza delle evacuazioni intestinali varia da soggetto a soggetto. Di solito si giunge alla diagnosi di stitichezza cronica quando il soggetto ha 2 evacuazioni la settimana o meno, per almeno 2 settimane consecutive, specialmente in presenza di altri sintomi come dolore alla defecazione, fastidio addominale e sensazione di evacuazione incompleta.¹

Aspetti epidemiologici e clinici

La stitichezza aumenta con l'età, specialmente dopo i 70 anni,² come anche l'uso abituale di lassativi. Il 30-50% degli anziani usa regolarmente lassativi e le percentuali sono ancora maggiori in caso di ricovero o istituzionalizzazione.^{3,4} I sintomi della stitichezza aumentano con l'età, anche in assenza di patologie sottostanti. Le abitudini che contribuiscono alla stitichezza includono: inadeguata assunzione di liquidi e fibre con la dieta, uso di lassativi, mancata attenzione allo stimolo della defecazione, sedentarietà e assunzione di farmaci con effetti collaterali costipanti.

La stitichezza è una preoccupazione frequente per gli anziani e per chi si occupa di loro, sovente per le convinzioni sbagliate sulla "normalità" del ritmo di evacuazione intestinale:

molti pensano che sia indispensabile evacuare almeno una volta al giorno, altri pensano che le scorie che si dovrebbero eliminare con le feci possano essere riassorbite e per questo siano pericolose per la salute. Queste idee sbagliate hanno condotto a un enorme aumento nell'uso e abuso di lassativi. Si stima che ogni anno, negli Stati Uniti, si spendano circa 725 milioni di dollari in questo tipo di farmaci, eppure molti lassativi sono inutili e altri addirittura dannosi.

Non esiste una rigida definizione di normalità della funzione intestinale, ciascuno ha tempi e ritmi anche molto differenti ma, in linea di massima, è possibile considerare fisiologica una frequenza intestinale variabile da 3 volte al giorno a 3 volte alla settimana. In realtà spesso i pazienti indica-

➔ Fisiopatologia	2
➔ Fattori di rischio	2
➔ Prevenzione della stitichezza negli anziani	2
➔ Gestione della stitichezza	5
➔ Raccomandazioni	8

no più la difficoltà di espulsione di feci dure che l'allungamento del tempo tra una evacuazione e l'altra.

Proprio in virtù di questa estrema difficoltà di classificazione, nella Conferenza di consenso di Roma⁵ un gruppo di esperti ha proposto come criteri per porre diagnosi di stitichezza la presenza di almeno 2 dei seguenti segni per un periodo minimo di 3 mesi, senza assumere lassativi:

Livelli delle prove

Tutti gli studi sono considerati in base alla forza delle prove classificate secondo i livelli riportati di seguito:

Livello Ia	Prova ottenuta da una metanalisi o da revisioni sistematiche di studi controllati e randomizzati.
Livello Ib	Prova ottenuta da almeno uno studio controllato e randomizzato.
Livello IIa	Prova ottenuta da almeno uno studio controllato ben progettato senza randomizzazione.
Livello IIb	Prova ottenuta da almeno uno studio di tipo quasi sperimentale ben progettato, senza randomizzazione.
Livello III	Prova ottenuta da studi descrittivi non sperimentali ben progettati, quali gli studi comparativi, gli studi di correlazione e le inchieste.
Livello IV	Prova ottenuta dai rapporti di comitati di esperti o dalle opinioni e/o dalle esperienze.

- ▶ sforzo eccessivo alla defecazione almeno una volta su quattro;
- ▶ sensazione di evacuazione incompleta almeno una volta su quattro;
- ▶ presenza di feci piccole e/o dure almeno una volta su quattro;
- ▶ meno di 3 evacuazioni a settimana.

Fisiopatologia

La defecazione è molto influenzata da fattori personali.⁶ Nell'ambito della definizione fisiopatologica di stitichezza bisogna considerare fattori che riguardano l'individuo e le sue abitudini, oltre alla funzione del colon e della regione ano-rettale.

La stitichezza viene classificata in primaria e secondaria.

La stitichezza primaria o semplice⁷ è riferibile più che altro alle abitudini personali: può essere associata a un inadeguato apporto di fibre nella dieta, alla disidratazione, alla ridotta mobilità, al trattenere l'evacuazione fecale e al ridotto tono muscolare.

Dal punto di vista infermieristico, è bene considerare quanto la stitichezza primaria possa essere il risultato di una cascata di eventi che si sovrappongono improvvisamente. Per esempio, in seguito a una malattia, l'assunzione di liquidi e la dieta si modificano, la mobilità si riduce e può aumentare la dipendenza dagli altri per soddisfare il bisogno di evacuare. Questa è la tipica situazione che si presenta in occasione dell'ospedalizzazione degli anziani, complicata anche dalla perdita della *privacy* e dal disagio della mancanza di servizi igienici privati o a propria misura.

La stitichezza secondaria si verifica, invece, come conseguenza di malattie o di terapie farmacologiche. Questo tipo stitichezza si può associare a:

- ▶ alterazioni della motilità del colon: ipoattività motoria, iperattività segmentante (contrazioni segmentarie non propagate, senza capacità propulsiva, da cui rallentamento della massa fecale e formazione di scibale);
- ▶ ridotta sensibilità rettale, assenza di percezione dello stimolo a evacuare;
- ▶ dissinergia addomino-pelvica (anismi), percepita come incapacità dello sfintere interno di aprirsi in sinergismo con il torchio addominale;

- ▶ sindrome del perineo discendente: abbassamento della muscolatura del pavimento pelvico tale da ostacolare l'espulsione delle feci per compressione del canale anale;
- ▶ stati psicogeni (encopresi);
- ▶ ipotonia muscolare (malattie endocrine e del collagene);
- ▶ disturbi neurologici periferici (traumi o lesioni lombosacrali, sclerosi multipla) o centrali (Parkinson, ictus);
- ▶ occlusioni (intrinseche ed estrinseche al canale intestinale), flogosi della mucosa intestinale;
- ▶ lesioni muscolari (distrofia miotonica, sclerosi sistemica);
- ▶ stenosi (post ischemiche, aderenze ostruenti);
- ▶ anomalie metaboliche (neuropatia diabetica, uremia, ipopotassemia, ipotiroidismo, ipercalcemia, gravidanza, disidratazione);
- ▶ invaginazioni;
- ▶ corpi estranei (fecalomi);
- ▶ dolore e spasmi anali (da ragadi o emorroidi);
- ▶ assunzione di farmaci quali: anticolinergici, antidepressivi e antipsicotici, narcotici analgesici (oppioidi), ferro, calcioantagonisti e oppioidi.

Dal punto di vista infermieristico, è utile considerare la stitichezza secondaria come la manifestazione di stati patologici di una certa rilevanza (tumori del colon e del retto, malattia diverticolare).

Fattori di rischio

Il legame tra età e stitichezza non è tanto dovuto alle trasformazioni fisiche tipiche della senescenza, quanto ad altri fattori che si modificano a causa dell'invecchiamento, come la scarsa assunzione di liquidi, la dieta povera di fibre, la ridotta mobilità e le modifiche dell'ambiente in cui si vive.⁶

La scarsa assunzione di liquidi è un fattore di rischio perché determina un transito rallentato nel colon e una ridotta eliminazione di feci.

La dieta gioca a sua volta un ruolo rilevante. Si ritiene che la prevalenza di disturbi digestivi stia aumentando a causa della dieta moderna povera in fibre. L'assunzione di fibre, infatti, influenza la durata del transito in-

testinale, la massa fecale e la frequenza delle evacuazioni.

L'incidenza della stitichezza è inoltre maggiore tra chi fa poca attività fisica e per questo sono molto più a rischio le persone costrette su una sedia o a letto.

Anche i fattori ambientali, come la necessità di rimandare lo stimolo a evacuare, la ridotta *privacy*, i servizi inappropriati e la dipendenza da altri per l'eliminazione possono contribuire all'insorgenza di stitichezza. Da non sottovalutare sono fattori quali ansia, depressione e deterioramento cognitivo.

Molti farmaci, infine, possono aumentare il rischio di stitichezza,⁸ così come la presenza di dolore a livello rettale causato da ragadi anali ed emorroidi.

Una possibile conseguenza della stitichezza è la stasi di feci, in particolare nelle persone anziane e confuse. Una prolungata presenza delle feci nel colon comporta l'assorbimento di liquidi con conseguente aumento della consistenza delle feci, che possono diventare estremamente dure (fecalomi).

La stasi di feci nel colon è un problema documentato nei pazienti ricoverati, ma non se ne conosce la prevalenza nella popolazione generale.

Prevenzione della stitichezza negli anziani

Non è possibile eliminare tutti i fattori di rischio di stitichezza, ma di norma il miglior approccio è la prevenzione. Ciò è valido soprattutto quando il disturbo è legato all'invecchiamento, senza dimenticare che, se pure la stitichezza è considerata uno dei problemi degli anziani, le persone oltre i 65 anni di età in buona salute e attive hanno spesso una funzionalità intestinale normale.

Poiché la stitichezza è il risultato di molti fattori, per la sua prevenzione e gestione si raccomanda un approccio multidisciplinare.⁹

Valutazione del paziente

La stitichezza è un sintomo, non una diagnosi, pertanto occorre sco-

primo le cause. È fondamentale raccogliere l'anamnesi del paziente ed effettuare un attento esame fisico.^{6,10} La valutazione dovrebbe essere orientata a identificare i fattori scatenanti.

Anamnesi

L'anamnesi deve esplorare le abitudini di vita che potrebbero influenzare la funzione intestinale, quali:

- ▶ inadeguato apporto di fibre nella dieta;
- ▶ mobilità compromessa o riduzione recente nel livello di attività;
- ▶ basso apporto di liquidi, per esempio inferiore a 1,5 litri al giorno;
- ▶ assunzione di farmaci che possono contribuire all'insorgenza di stitichezza;
- ▶ interventi chirurgici o patologie che potrebbero contribuire allo sviluppo di stitichezza.

Occorre inoltre valutare le normali abitudini intestinali di evacuazione e le condizioni generali:

- ▶ ogni recente cambiamento nelle abitudini intestinali;
- ▶ la frequenza delle evacuazioni;
- ▶ la consistenza delle feci;
- ▶ le abitudini per mantenere la funzione intestinale (per esempio accorgimenti personali per facilitarla);
- ▶ la presenza di un'eventuale incontinenza fecale;
- ▶ la necessità di frequenti sforzi durante l'evacuazione;
- ▶ qualora siano insorte recentemente patologie (per esempio un ictus), conoscere le normali abitudini intestinali prima della malattia;
- ▶ l'assunzione di lassativi e la tipologia, frequenza di assunzione e durata;
- ▶ le preferenze della persona e particolari necessità di evacuazione, per esempio *privacy*, comoda, uso di uno sgabello per migliorare la postura, eccetera.

Bisogna segnalare infine ogni sintomo di stitichezza, tra cui:

- ▶ sforzo durante la defecazione;
- ▶ evacuazioni non frequenti;
- ▶ senso di incompleto svuotamento dopo l'evacuazione;
- ▶ dolore rettale alla defecazione;
- ▶ dolore addominale o disagio;
- ▶ feci dure.

Esame obiettivo

Per identificare i fattori che potrebbero influenzare la funzione intestinale occorre concentrarsi su:

- ▶ valutazione del cavo orale, dei denti, della deglutizione;
- ▶ esame dell'addome per individuare una distensione intestinale;
- ▶ palpazione dell'addome per individuare la presenza di masse fecali dure nel colon;
- ▶ ascoltazione dell'addome per determinare la presenza o l'assenza di rumori intestinali;
- ▶ esame obiettivo per ogni altra condizione che potrebbe contribuire alla stitichezza come emorroidi o ragadi anali;
- ▶ esplorazione rettale se necessaria, per valutare il contenuto del retto, e se le feci sono dure o morbide (nel box sotto viene sintetizzata la procedura suggerita per una corretta esplorazione rettale ed evacuazione manuale delle feci).

La valutazione può essere completata dalla compilazione per alcuni giorni di una scheda che riporti i cibi e i liquidi assunti e di un'altra che riporti la funzione intestinale.

In casi particolari possono essere anche eseguiti esami radiologici o endoscopici dell'intestino e la raccolta

di campioni di feci e di sangue per valutare altre possibili cause di stitichezza.

Educazione del paziente

Per ottenere una buona prevenzione della stitichezza bisogna assicurarsi che la persona abbia ben capito quali sono i fattori che ne aumentano il rischio e che cosa si può fare per ridurlo.

L'informazione fornita dovrebbe riguardare:

- ▶ l'effetto della dieta e dell'assunzione di liquidi;
- ▶ il ruolo dell'esercizio fisico;
- ▶ l'adozione di abitudini intestinali efficaci;
- ▶ gli effetti collaterali dei farmaci.

Dieta e assunzione di liquidi

Per prevenire l'insorgenza di stitichezza attraverso la dieta:

- ▶ stimolare ad assumere una dieta ricca di fibre (nelle tabelle 1 e 2, a pagina 4 e 5, sono inseriti l'elenco degli alimenti ad alto contenuto di fibre e le raccomandazioni per l'assunzione giornaliera); mentre è stata dimostrata in alcuni studi l'efficacia delle integrazioni dietetiche di crusca nel prevenire la stitichezza.

Procedura per l'evacuazione manuale delle feci^{11,13,14}

- Spiegare alla persona assistita le motivazioni e le modalità dell'esplorazione rettale.
- Richiedere e documentare il suo consenso verbale.
- Assicurare un ambiente confortevole e la *privacy*.
- Posizionare la persona assistita sul fianco sinistro con le gambe lievemente flesse sul busto.
- Rilevare e documentare le caratteristiche del polso (per identificare possibili cambiamenti durante la procedura).
- Proteggere il piano del letto.
- Indossare guanti monouso (anche più paia) e grembiule di protezione.
- Lubrificare il dito con cui si procederà all'esplorazione e l'ano del paziente con lidocaina in gel e attendere un paio di minuti perché l'anestetico locale abbia effetto.
- Informare la persona che si sta iniziando la manovra.
- Inserire lentamente nel retto il dito coperto dal guanto.
- Se si percepiscono feci solide, inserire con prudenza il dito nel centro della massa, frantumarla e rimuoverla in piccole porzioni. In presenza di scibale, rimuoverle a una a una fino al completo svuotamento dell'ampolla rettale.
- Se la persona è collaborante, sollecitarla a effettuare brevi e delicate manovre di Valsalva, per facilitare la ripresa dell'evacuazione spontanea.
- Durante la procedura controllare più volte i valori del polso e interrompere immediatamente se la frequenza si abbassa o muta in modo significativo.
- Al termine della procedura eseguire l'igiene perineale.
- Rimuovere i guanti e rilevare la frequenza cardiaca del paziente e i parametri vitali di base (respiro e pressione arteriosa).
- Aiutare il paziente ad assumere una posizione confortevole.
- Togliere ed eliminare il grembiule e registrare la procedura nella cartella

za, non ci sono prove sull'efficacia del pane.

- ▶ garantire un'adeguata assunzione quotidiana di liquidi, per esempio 6-8 bicchieri al giorno;
- ▶ ridurre al minimo l'assunzione di tè e caffè;
- ▶ aumentare l'assunzione di liquidi per prevenire la stasi di feci in caso di aumentata assunzione di fibre con la dieta.

Esercizio fisico

La mancanza di attività fisica regolare è spesso citata come fattore di rischio per la stitichezza, quindi l'esercizio (svolto a seconda delle ca-

pacità) dovrebbe essere sempre consigliato.

Abitudini intestinali efficaci

Alcune abitudini possono contribuire all'insorgenza della stitichezza, per cui è bene indicare al paziente alcune modalità di "educazione" intestinale:

- ▶ trarre vantaggio dal riflesso gastro-colico (andando in bagno dopo i pasti);
- ▶ andare in bagno a un orario regolare ogni giorno (per esempio la mattina);
- ▶ se appropriato, incoraggiare la persona a sedersi con entrambi i piedi appoggiati al pavimento o a

uno sgabello, a piegarsi leggermente in avanti in modo che l'addome stia inclinato anteriormente rispetto all'asse del corpo e a rilassare i muscoli del piano pelvico, poiché questo aiuta a ridurre il bisogno di spingere.

Servizi igienici

Molti fattori ambientali possono contribuire in parte allo sviluppo della stitichezza e alcune modifiche potrebbero prevenirla, per esempio:

- ▶ *privacy* durante l'evacuazione;
- ▶ water alla giusta altezza;
- ▶ assistenza alla mobilitazione, se necessario;

TABELLA 1. Alimenti contenenti alte quantità di fibre^{9,12}

Alimento		Quantità	Contenuto di fibre (g)	Alimento		Quantità	Contenuto di fibre (g)
Frutta	mela non sbucciata	1 (2 se piccole)	2,1	Cereali	spaghetti cotti al dente	70 g	0,5
	frullato di mela intera	120 g	2,1		riso bianco o non brillato	70 g	1,6
	more crude	180 g	6,7		pane di frumento	30 g	1,5
	mirtilli crudi	180 g	3,7		pane di segale	30 g	3,8
	peschenoci	1 (2 se piccole)	3,3		pane bianco	30 g	0,5
	pere in scatola	120 g	2,8		cracker di grano	3	2,1
	lamponi freschi	240 g	9,1		cracker di segale	4	3,0
	fragole	300 g	4,1		Verdura	asparagi crudi	240 g
	mandarini	1 (2 se piccoli)	3,4	fagioli freschi crudi		240 g	3,1
	prugne fresche	3	4,0	broccoli crudi		240 g	2,8
Frutta secca/semi	uva passita	2 cucchiaini da cucina	1,2	cavoletti di Bruxelles cotti		120 g	3,6
	albicocche secche	7 metà	5,8	carote crude		240 g	3,6
	fichi secchi	1 e mezzo	5,2	cavolfiori crudi		240 g	3,0
	mandorle	10	2	funghi freschi o conservati		120 g	3,1
	nocciole	6	2	cipolle crude		240 g	5,0
	arachidi	15	2	crauti conservati		120 g	2,7
	semi di sesamo	1 cucchiaio	2	spinaci in scatola		120 g	2,6
	semi di girasole	2 cucchiaini	2	pomodori non pelati		120 g	2
Legumi	fagioli bianchi cotti	70 g	3,8	cipollotti verdi crudi		240 g	3,1
	piselli neri	70 g	8,2	zucchini crudi	240 g	3,1	
	piselli in scatola	60 g	2,9	Verdure conservate	mais in scatola	120 g	6,0
			piselli surgelati		120 g	4,4	

TABELLA 2. Consigli per un'alimentazione ad alto contenuto di fibre^{8,12}

Alimenti	Quantità in fibra a porzione	Raccomandazioni per l'assunzione al giorno
Pane o pasta	2 g	6 porzioni
Cereali	4-8 g	con pasta e pane
Verdura	2 g	3 porzioni
Frutta	2 g	2 porzioni
Legumi	5 g	a piacere
Frutta secca/semi	2 g	a piacere

- ▶ strumenti per chiamare aiuto per recarsi in bagno;
- ▶ misure per assicurare un adeguato comfort secondo le necessità individuali.

Gestione della stitichezza

Molti fattori influenzano lo sviluppo della stitichezza, per questo la sua gestione deve essere individualizzata (i pazienti con traumi della colonna vertebrale o in terapia a lungo termine con oppioidi, per esempio, richiedono programmi ad hoc di gestione intestinale).

Esistono diversi approcci alla gestione della stitichezza che includono terapie non farmacologiche, agenti non lassativi, lassativi, clisteri evacuanti e supposte. Le Nursing Best Practice Guidelines della RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) suggeriscono un protocollo di comportamento nell'assistenza a persone con stitichezza (tabella 3).^{12,16,17}

Interventi non farmacologici

Sono stati valutati diversi approcci non farmacologici, inclusi massaggi, esercizi e *biofeedback*.

Pochi studi hanno valutato l'efficacia del massaggio addominale da solo o associato a esercizi fisici ed esistono poche prove a suo sostegno. L'esercizio è un elemento comune nei programmi di gestione intestinale perché la mancanza di attività fisica è un fattore rilevante per la stitichezza in alcune persone; fare esercizio per prevenire o trattare la stitichezza è una raccomandazione degli

esperti, sostenuta da esperienze cliniche e da studi descrittivi.

Per prevenire e trattare la stitichezza è raccomandato il consumo di pane, crusca, lenticchie, aloe vera, acqua minerale e frutta come prugne o rabarbaro. Gli studi che valutano combinazioni di frutta comprendenti datteri e similari, concentrato di fico e prugna, marmellate lassative, budini o biscotti hanno dimostrato la loro efficacia in studi descrittivi ben disegnati (studi comparativi, studi di correlazione e inchieste).

L'assunzione di liquidi è stata valutata solo in associazione ad altri prodotti.

Lassativi

Molti studi di valutazione dell'efficacia dei lassativi sono di piccole di-

mensioni; esistono pochi studi di confronto tra le diverse classi di lassativi e i soggetti studiati sono per lo più persone ospedalizzate o in case di riposo, mentre il disturbo è presente e diffuso anche nella comunità. Questi fattori limitano la forza delle raccomandazioni.

I lassativi sono generalmente classificati in base alla modalità di azione: agenti formanti massa, lassativi osmotici, lassativi ammorbidenti fecali e lassativi stimolanti (nella tabella 4 a pagina 6 sono riportati i lassativi più utilizzati per trattare la stitichezza).¹⁷⁻²⁰

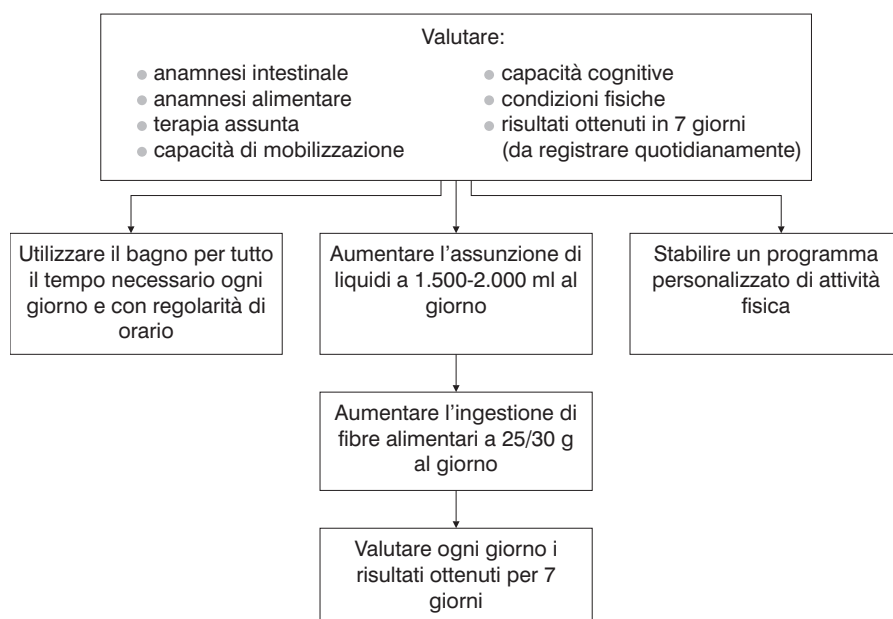
Oltre a questi sono disponibili lassativi che combinano differenti azioni. Le fibre possono migliorare la frequenza delle evacuazioni negli anziani autonomi, mentre i lassativi stimolanti od osmotici possono essere più efficaci degli agenti formanti massa per gli anziani allettati.

Clisteri evacuanti e supposte sono usati per esempio per svuotare il retto e restituire la normale funzione prima di iniziare un protocollo di riabilitazione intestinale.

Come la stitichezza, l'uso di lassativi aumenta con l'età. Il 3% degli uomini e il 5% delle donne usa lassativi almeno una volta la settimana, e per gli anziani tale uso può aumentare rispettivamente fino al 39% e al 50%.

TABELLA 3. Protocollo di comportamento nell'assistenza a persone con stitichezza¹²

Il seguente algoritmo non è adatto a persone cui è prescritta una restrizione idrica o per le quali è necessario un riposo a letto totale e assoluto



Alcuni adulti usano lassativi anche in assenza di stitichezza, pensando così erroneamente di prevenirla. L'uso regolare di lassativi è determinato non solo dall'aumento dell'incidenza di stitichezza, ma anche dall'idea di alcuni anziani che la regolarità intestinale sia necessaria per la buona salute. Ciò che accade è l'esatto contrario: l'uso a lungo termine di lassativi stimolanti può provocare stitichezza

non trattabile a causa della perdita della motilità colica.

Nella stitichezza acuta si inizia con supposte, rettoclisi o lassativi formanti massa per svuotare il retto e ridurre l'intestino a un regolare ritmo di evacuazione, seguiti da un programma di gestione intestinale con interventi preventivi quali le modificazioni della dieta, l'apporto di liquidi, l'educazione intestinale. L'ap-

proccio deve avvenire per gradi e in particolare:

- ▶ è sempre bene iniziare il trattamento con una sostanza formante massa come le mucillagini di psyllium;
- ▶ se il lassativo formante massa non è ben tollerato o inefficace, è possibile sostituirlo o affiancarlo con un lassativo osmotico per un breve periodo (3-4 giorni) oppure con un lassativo stimolante come bisacodil o senna;

TABELLA 4. Elenco di lassativi più comunemente utilizzati per la stitichezza

Classe	Esempio	Caratteristiche	Tempo di azione
Agenti formanti massa	tegumento di ispagula, psyllium, sterculia, psyllium e senna, emicellulosa	<ul style="list-style-type: none"> ● occorre far bere almeno 1,5/2 l di acqua al giorno ● utili se associati a un aumento della mobilità ● quasi del tutto privi di effetti collaterali (flatulenza, borborigmi), possono (raramente) provocare reazioni allergiche ● assumere lontano da altri farmaci: interferenza con l'assorbimento 	48-72 ore
Lassativi salini e osmotici	sali di magnesio	<ul style="list-style-type: none"> ● possono provocare ritenzione sodica, disidratazione, ipotensione (non usare in caso di funzionalità renale compromessa o cardiopatia) ● interferiscono con l'assorbimento di altri farmaci (distanziare l'assunzione di 2-3 ore) ● devono essere associati all'assunzione (più o meno rapida) di un'adeguata quantità d'acqua (da 500 ml a 2-4 l al giorno) 	0,5-8 ore
	polietilen glicole	<ul style="list-style-type: none"> ● azione osmotica efficace anche in caso di fecaloma ● l'uso continuativo del preparato può provocare assuefazione ● usare con prudenza nello scompenso cardiaco 	0,5-8 ore
	sorbitolo, lattulosio	<ul style="list-style-type: none"> ● non indicati per il trattamento della stitichezza cronica ● da usare negli episodi acuti, utili nella rieducazione intestinale ● aumentano l'attività osmotica dell'intestino, riducono la produzione e l'assorbimento di ammonio a livello colico, stimolano la peristalsi ● prestare attenzione alle persone con diabete o intolleranza al galattosio ● l'abuso può provocare diarrea osmotica per eccessiva perdita d'acqua (nausea, flatulenza crampi addominali) 	21-72 ore
	glicerina (solo per via rettale)	<ul style="list-style-type: none"> ● agisce ammorbidendo e lubrificando il transito rettale 	15-30 minuti
Ammorbidenti fecali	docusato sodico, paraffina liquida, olio di ricino	<ul style="list-style-type: none"> ● tensioattivi anionici, rendono morbide le feci promuovendo l'emulsione del materiale fecale con acqua e lipidi ● possono aumentare la tossicità di altri farmaci ● le soluzioni oleose per bocca (azione purgativa), sono potenzialmente tossiche, non ben tollerate, irritanti, modificano la permeabilità del piccolo intestino (idrolizzazione) provocando danni della mucosa e a lungo andare malassorbimento ● non sono consigliati in gravidanza (per la possibile stimolazione delle contrazioni uterine) ● possono provocare polmonite lipoidea se aspirati 	24-72 ore
Lassativi stimolanti	antrachinonici: senna	<ul style="list-style-type: none"> ● promuovono l'accumulo di acqua ed elettroliti nel lume del colon e stimolano la motilità intestinale ● azione colica ben tollerata 	6-12 ore
	bisacodil	<ul style="list-style-type: none"> ● azione irritante ● colorano feci e urine ● da non usare nei bambini, in gravidanza e nell'allattamento ● provocano disidratazione e perdita di elettroliti ● in caso di abuso possono provocare danni alla mucosa intestinale ● da utilizzare sempre con prudenza, rispettando le dosi consigliate dall'azienda farmaceutica e per periodi di tempo limitati. 	6-12 ore

Linee guida per il trattamento di un fecaloma negli adulti

- La presenza prolungata di feci nel retto va trattata immediatamente con supposte di glicerina o microclismi lubrificanti.
- Se il soggetto non risponde al trattamento si devono somministrare supposte stimolanti (per esempio bisacodil; tempo di azione 20-60 minuti) oppure enteroclimsi salini di piccola o grande quantità.
- Non è raro dover ripetere i trattamenti con supposte di glicerina, microclismi o enteroclimsi per favorire un'evacuazione completa e la frantumazione e l'espulsione del fecaloma.
- Per ammorbidire, stimolare e/o lubrificare le feci nel retto si può aggiungere un lassativo per bocca. Se all'esplorazione rettale le feci sono morbide o pastose si consiglia l'uso di lassativi emollienti, se invece sono solide e dure si deve preferire un agente stimolante. Il docusato di sodio agisce sia come agente stimolante sia come emolliente, ma va utilizzato su indicazione del medico curante.
- Se gli interventi consigliati si dimostrano inefficaci, si devono ammorbidire e lubrificare le feci e stimolare la peristalsi per esempio con enteroclimsi a base di olio di arachidi, dopo aver controllato eventuali allergie alle arachidi e sotto indicazione del medico curante.
- Prima di procedere alla rimozione manuale delle feci si possono somministrare terapie per bocca con lassativi osmotici anche in associazione (per esempio polietilen glicole più sodio bicarbonato più sodio cloruro più potassio cloruro per non più di 3 giorni).
- L'evacuazione manuale delle feci deve essere l'ultima alternativa, quando tutti gli altri interventi si sono rivelati inefficaci.

* Eventuali difficoltà o complicazioni vanno comunicate e affrontate con l'aiuto di esperti.

- ▶ se non compare ancora alcun miglioramento è bene consultare il medico curante per passare a lassativi di maggior effetto come il polietilen glicole.

Per i pazienti con difficoltà nell'espulsione delle feci, è possibile aggiungere supposte di glicerina e, se presente un fecaloma, è bene procedere con un clistere evacuativo salino od oleoso.

Occorre continuare fino al ripristino della normale attività intestinale e impostare un programma per prevenire nuovi episodi.

Nella stitichezza cronica (prolungata nel tempo fino a durare mesi o anni), è importante utilizzare i metodi non farmacologici già citati, ma all'occorrenza (risposta non soddisfacente per più di un mese) è possibile integrare il trattamento con alcuni farmaci:

- ▶ lassativi formanti massa, utili nei soggetti che seguono una dieta povera di fibre;
- ▶ lassativi salini osmotici che devono essere assunti per brevi periodi (non più di 3-4 giorni) e in modo intermittente per aiutare l'intestino a riattivare un regolare ritmo di evacuazione.

Se i lassativi osmotici non sono efficaci o tollerati, si possono somministrare per brevi periodi i lassativi stimolanti.

L'obiettivo di un programma di ge-

stione intestinale dovrebbe essere di acquisire abitudini intestinali regolari, con piccole dosi personalizzate di lassativi, stabilite per ciascuno. Occorre controllare regolarmente, ogni 2-4 settimane, l'attività intestinale e modificare le dosi di farmaco necessarie per ottenere un'evacuazione di feci morbide.

Se durante il trattamento si verifica una delle seguenti situazioni, va informato il medico curante:

- ▶ test per la ricerca del sangue occulto nelle feci positivo;
- ▶ valori di emoglobina bassi;
- ▶ malattia organica;
- ▶ insorgenza di stitichezza improvvisa e non giustificata da fattori di rischio;
- ▶ mancata risposta al trattamento.

La stitichezza è anche uno degli effetti collaterali degli oppioidi. I pazienti in terapia a lungo termine con oppioidi, per esempio soggetti con dolore cronico o che ricevono una terapia palliativa, dovrebbero seguire un programma di gestione intestinale con lassativi stimolanti od osmotici.²²⁻²⁴

Trattamento del fecaloma

In caso di fecaloma è necessario intervenire immediatamente. Innanzitutto si può provare a rimuoverlo con una rettoclissi per pulire il retto, oppure somministrando lassativi osmotici

o stimolanti (vedi box). Una volta ristabilita la normale funzione intestinale, si deve iniziare un programma di gestione intestinale per prevenirne la formazione.²⁵⁻²⁷

Costo dei trattamenti

Ci sono notevoli differenze di prezzo tra i vari lassativi e i farmaci più costosi non sono necessariamente i più efficaci. Per esempio, a parità di efficacia, tra i lassativi osmotici sali di magnesio e sorbitolo sono più economici del lattulosio.

Non bisogna tra l'altro dimenticare che la stitichezza può essere prevenuta con una corretta educazione, cambiamenti nella dieta e incremento dell'attività fisica.

I criteri per iniziare il trattamento non devono basarsi solo su dati oggettivi ma anche sulla percezione di disagio del paziente e sulla presenza di uno o più fattori di rischio. Si consiglia di procedere alla somministrazione di lassativi se dopo 7 giorni di trattamento non si sono osservati risultati.

Bibliografia

1. Clinical evidence edizione italiana 3, 2005; 36. Zadig, Milano.
2. Higgins PDR, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *American Journal of Gastroenterology* 2004;99:750-9.
3. Campbell AJ, Busby WJ, Horvath CC. Factors associated with constipation in a community based sample of people aged 70 years and over. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1993; 47:23-6.
4. The Joanna Briggs Institute. Management of constipation in older adults. The Joanna Briggs Institute 2004. www.joannabriggs.edu.au/best_practice/bp6.php
5. Rome II: diagnostic criteria for the functional gastrointestinal disorders. www.romecriteria.org.
6. Folden S, Backer JH, Maynard F et al. Practice guidelines for the management of constipation in adults. *Rehabilitation Nursing Foundation* 2002. www.rehabnurse.org/profresources/BowelGuideforWEB.pdf.
7. Koch TR. Constipation, part 2. *Bockus Gastroenterology* 1995;5:87-102.
8. Hinrichs M, Huseboe J. Management of constipation evidence-based protocol. 2001 in Tittler MG. Series on evidence-based practice for older adults. University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

9. Registered Nurses Association of Ontario. Prevention of constipation in the older adult population. Nursing Best Practice Guideline 2005. www.rnao.org/bestpractice
10. Clayman C, Thompson V, Kyle G et al. Assessment is vital in continence. Supplement Nursing Time 2005;101:18.
11. RNAO Prevention of constipation in the older adult population. Nursing Best Practice Guidelines Program (revised march 2005). www.rnao.org/bestpractices.
12. La gestione della costipazione negli anziani. www.joannabriggs.edu.au (ultima consultazione marzo 2006).
13. Addison R. Digital rectal examination and manual removal of faeces. The role of the nurse. Nursing Standard 2000;14:47.
14. Addison. Digital rectal examination and manual removal of faeces. The role of the nurse. Royal College of Nursing 1995;9.
15. Locke GR, Pemberton JH, Phillips SF. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. Gastroenterology 2000;119:1761-6.
16. Minister of Public Works and Government Services Canada. Clinical practice guideline for nurses in primary care 2000. www.hg-sc.ca/msb/fnihp
17. Powell M, Rigby D. Management of bowel dysfunction: evacuation difficulties. Nursing Standard 2000;14:47.
18. Peate I. Nursing role in the management of constipation: use of laxatives. British Journal of Nursing 2003;1130:12-6.
19. Thomas S. Bowel care is fundamental to nursing. Nursing Time 2004;101:31-18
20. Woodward M. Constipation in older people pharmacological management issues. Journal of Pharmacy Practice & Research 2002; 32: 37-43.
21. Effective Health Care (edizione Italiana) 2001;5.
22. McMillian S. Assessing and managing opiate-induced constipation in adult with cancer. Cancer Control 2004;11:3.
23. Plaisance L, Ellis JA. Opioid-induced constipation. Management is necessary but prevention is better. American Journal of Nursing 2002;102:3-72.
24. American College of Gastroenterology. Chronic constipation task force an evidence-based approach to the management of chronic constipation in north America. American Journal Gastroenterology 2005;100.
25. Royal College of Nursing. Digital rectal examination and manual removal of faeces-guidance for nurses. Continence Care Forum, 2000.
26. Irwin K. Bowel Dysfunction: Procedure for nurses to perform digital rectal examination. Bolton National Health Services 2003. www.bolton.nhs.uk/foi_pubscheme/policy_store/NursGI001.doc
27. Addison, R. Practical procedures for nurses, digital rectal examination 1,2. Nursing Times 1999;95:13-9.

RACCOMANDAZIONI ►

Raccomandazioni

- 1 Valutare la stitichezza e raccogliere l'anamnesi (livello IV).
- 2 Raccogliere informazioni su:
 - quantità e tipo di bevande assunte quotidianamente in particolare caffeina e alcol
 - tipo e quantità di fibre alimentari assunte con l'alimentazione
 - ogni dato dell'anamnesi che possa incidere sulle abitudini intestinali, per esempio problemi neurologici, depressione, demenza o confusione acuta, diabete, ipotiroidismo, malattie renali, presenza di emorroidi, di ragadi anali, malattia diverticolare, sindrome dell'intestino irritabile (livello IV).
- 3 Rivedere la terapia assunta per identificare farmaci che possono aumentare il rischio di stitichezza, compreso un uso pregresso di lassativi (livello III).
- 4 Accertare il livello di autonomia riguardo a capacità di muoversi, alimentazione e assunzione di liquidi, stato mentale, comunicazione e capacità di seguire semplici indicazioni (livello III).
- 5 Eseguire un'accurata ispezione dell'addome e del retto. Valutare la capacità di contrazione dei muscoli addominali, la presenza di borborigmi, le caratteristiche di fecalomi, ragadi anali o emorroidi e la capacità di contrazione dello sfintere anale (livello IV).
- 6 Prima di attivare il protocollo per il trattamento della stitichezza, occorre valutare la frequenza delle evacuazioni, le caratteristiche delle feci, gli episodi di stitichezza o di incontinenza, le abitudini igieniche rispetto agli orari e alle modalità con cui favorire l'evacuazione e, se possibile, la frequenza settimanale dell'alvo (livello IV).
- 7 Far assumere 1.500/2.000 ml di liquidi in piccole quantità durante il giorno e ridurre al minimo l'assunzione di caffeina e alcol (livello III).
- 8 Far assumere quotidianamente circa 25-30 grammi di fibre. Tale quantità può essere aumentata gradualmente quando il paziente assume almeno 1.500 ml di acqua nelle 24 ore. E' utile chiedere la consulenza di un dietista (livello III).
- 9 Consigliare di andare in bagno regolarmente, soprattutto dopo l'assunzione dei pasti principali (livello III).
- 10 La postura accovacciata facilita la defecazione. Le persone allettate dovrebbero essere aiutate ad assumere la postura adagiata sul fianco sinistro con le gambe piegate sull'addome (livello III).
- 11 L'attività fisica deve essere adeguata alle condizioni cliniche, alle capacità fisiche e alle preferenze (livello IV).
- 12 A tutte le persone che si muovono autonomamente è utile raccomandare di camminare da un minimo di 15-20 minuti una o 2 volte al giorno a un massimo di 30-60 minuti 3-4 volte alla settimana. Alle persone con problemi di mobilità si può suggerire di fare almeno 50 passi 2 volte al giorno (livello IV).
- 13 Alle persone allettate o incapaci di camminare si possono consigliare esercizi di rotazione del bacino, di lento sollevamento e rotazione delle gambe (livello IV).
- 14 Valutare gli effetti del trattamento e la necessità di continuare con gli interventi, registrare frequenza e caratteristiche delle evacuazioni, gli eventuali episodi di incontinenza e l'uso di lassativi (assunti sia per bocca sia per via rettale). Occorre valutare anche il gradimento del trattamento e i risultati (livello IV).