Newsletter Anìmo-Fondazione 3BI

A.N.I.M.O. FORMAZIONE RICERCA SVILUPPO INNOVAZIONE
Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera

FONDAZIONE 3Bi bibliotec@ biomedic@ biellese

Dicembre 2015

Anno II°- Quinto Atto

Volume 2, Numero 5

Carissimo Socio,
in questa **newsletter** troverai un breve riassunto sull'attività che Anìmo svolge in collaborazione con il movimento culturale di Slow Medicine.
Troverete inoltre una "overview" di abstract di articoli selezionati, sulla **"Gestione della stipsi nelle degenze di area medica: ruolo dell'infermiere"**
Questo argomento è stata scelto perché è un problema di portata elevata in cui la difficile quantificazione circa la prevalenza del fenomeno, la mancanza di una definizione univoca e la mancata conoscenza/applicazione di interventi di prevenzione e gestione efficaci contribuiscono a far assumere al problema una dimensione di notevole criticità all'interno delle degenze di Medicina Interna.
Approfitto dell'ultima Newsletter del 2015 per salutarvi, dopo il mio mandato da presidente che terminerà con la fine dell'anno. E' stato un periodo molto intenso, ma ricco di esperienze positive e di incontri proficui per la crescita della nostra Associazione.
Un caro saluto a tutti e nell'auguravi, sia di passare un **Buon Natale e delle Serene Feste** in famiglia, sia un'utile lettura, colgo l'occasione per ricordarvi che siamo aperti a vostri suggerimenti, osservazioni o contributi, che potranno giungerci tramite mail al seguente indirizzo: **info@associazione-animo.it**.

Dott.ssa Claudia Gatta e tutto il **Direttivo Anìmo**

Sommario:

Presentazione	Pg. 1
Anìmo e Slow Medicine	Pg. 1-2
La gestione della stipsi nelle degenze di area medica: ruolo dell'infermiere.	Pg. 2-8
Bibliografia	Pg. 8-15
Prossimi incontri, Congressi, Convegni	Pg. 16

Anìmo & Slow Medicine

L'attività di Slow Medicine continua ed ANIMO ha il grande onore di essere chiamata a partecipare alle diverse iniziative del movimento e a portare il contributo dell'infermieristica, in particolare degli infermieri di Medicina Interna.
A fine ottobre a Roma in collaborazione con altre associazioni infermieristiche e sotto l'elgida della Federazione dei Collegi IPASVI, sono ripresi i lavori per l'individuazioni di altre pratiche a rischio di inappropriatezza. Le Associazioni hanno proposto nuovi elenchi di interventi e pratiche infermieristiche che saranno a breve revisionate e pubblicate, dando seguito alle prime cinque già diffuse e sempre visionabile nel sito di slow medicine. Durante l'incontro è emersa la necessità di passare ad una fase divulgativa delle pratiche e della cultura slow, per questo si stanno programmando degli interventi formativi mirati e locali per raggiungere in modo capillare gli infermieri.
Anche Slow Medicine ha individuato la formazione come elemento cruciale per l'implementazione dell'assistenza sobria, rispettosa e giusta.
Come Associazione non possiamo esimerci dal fare la nostra parte!

Nel corso del 2015, abbiamo introdotto il tema "slow medicine" e diffuso il decalogo per un'assistenza sobria rispettosa e giusta, nei nostri momenti di incontro istituzionali come il convegno nazionale di Torino e in alcune iniziative regionali, ma è importante ***continuare e agire***.

Continuare : in attesa di aggiornare tutti i lettori sulle iniziative in vie di progettazione invitiamo tutti i soci a visitare il sito di slow medicine e a seguire le attività in corso.

Agire: partecipare attivamente alle iniziative proposte è fondamentale e atteso, ma ogni singolo professionista può partire dal proprio agire quotidiano e fare la differenza,aderendo all'iniziativa *"buongiorno io sono",* mettendo in pratica il decalogo, stimolando la discussione all'interno del gruppo di lavoro, educando gli assistiti.

La componente infermieristica può dare un forte contributo di idee, di metodo e di senso data la piena aderenza che il sapere infermieristico ha con i valori proposti da Slow medicine: la visione sistemica, l'importanza della relazione di cura, la centralità della persona assistita.

La gestione della stipsi nelle degenze di area medica: ruolo dell'infermiere.

A cura di
Bertoncini Fabio. RN MSN. Dipartimento di Medicina ASL BI.
Gallo Roberta. RN MN. Dipartimento di Medicina ASL BI

INTRODUZIONE

La stipsi è un problema di portata elevata in cui la difficile quantificazione circa la prevalenza del fenomeno, la mancanza di una definizione univoca e la mancata conoscenza/applicazione di interventi di prevenzione e gestione efficaci contribuiscono a far assumere al problema una dimensione di notevole criticità all'interno delle degenze di Medicina Interna.

Come accennato, la prevalenza del fenomeno stipsi, già solo all'interno della popolazione generale, varia ampiamente: alcuni studi sono concordi nell'affermare che il tasso medio del fenomeno stipsi all'interno della popolazione mondiale si attesti intorno al 12%, con un range che varia dal 5% all'in-

terno di alcuni stati europei, fino ad arrivare a toccare quota 18% negli Stati Uniti. (1). Occorre però considerare che tale dato accresce notevolmente con l'aumentare dell'età della popolazione in esame, fino ad assumere una crescita esponenziale dopo i 70 anni di età. (2)
Se si considera che, oltre al fattore età (3), in generale i fattori predisponenti la stipsi sono per la maggior parte le stesse cause che possono condurre al ricovero ospedaliero, è facile immaginare come tale fenomeno possa assumere all'interno delle degenze ospedaliere di Medicina Interna un effetto tale da renderlo un comune denominatore costantemente presente all'interno dei bisogni di assistenza, (4) tantopiù che la stessa gestione continua ad essere problematica in quanto agli infermieri mancano competenze specifiche per la valutazione del problema. (5)

DEFINIZIONE

Con il termine "**stipsi**" si intende generalmente una "**difficoltà nell'eliminazione intestinale**". La mancanza di una definizione univoca in letteratura potrebbe far pensare alla stipsi come a una banale problematica di natura medica, ma essa ha un impatto sostanziale sulla qualità di vita dei pazienti ricoverati. (6)
Anche per ciò che riguarda la definizione stessa del termine "stipsi" non vi è concordanza tra la definizione che danno i pazienti e quella dei clinici: tendenzialmente i pazienti usano termini qualitativi per descrivere la stipsi (lamentano stipsi descrivendo evacuazioni difficoltose seppur regolari), mentre la definizione clinica di stipsi si basa su criteri quantitativi. (7)
La più utilizzata, ma anche dibattuta, definizione di "stipsi funzionale" è quella che considera i criteri diagnostici elaborati dal gruppo internazionale nell'ambito di una consensus conference sui criteri diagnostici a proposito di disturbi funzionali dell'intestino. Tali criteri prendono il nome di Roma III (8).
Secondo questi criteri, per stitichezza funzionale si intende, in almeno il 25% delle scariche, la presenza di due o più delle seguenti caratteristiche che perdurano da almeno tre mesi nell'ultimo semestre:

- sforzo nella defecazione
- presenza di feci dure o fecalomi
- sensazione di incompleta evacuazione
- sensazione di ostruzione o blocco ano-rettale
- necessità di ricorso a manovre manuali per l'evacuazione
- meno di tre scariche alla settimana
- evacuazioni rare se non vengono utilizzati lassativi

insufficienti criteri per la diagnosi di "sindrome dell'intestino irritabile": dolore/fastidio addominale ricorrente almeno tre giorni al mese associato ad almeno due tra miglioramento dopo la defecazione oppure insorgenza con un cambio di frequenza dell'alvo oppure insorgenza con un cambio di forma o apparenza delle feci.

Tali criteri sono stati negli ultimi anni oggetto di molte controversie: alcuni studi hanno documentato che secondo i criteri diagnostici definiti da Roma III, non rientrano nella diagnosi di stipsi funzionale molti soggetti che si definiscono stitici. Tesi peraltro avvalorata dallo stesso American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. (9)

VALUTAZIONE DELLA STIPSI

All'interno delle Medicine Interne, già solo la perdita di privacy conseguente al ricovero stesso potrebbe essere una causa aggravante uno stato di stipsi cronica preesistente.
Di fondamentale importanza ai fini di una valutazione globale del paziente, a partire dall'assessment iniziale, è la conduzione di un ragionamento diagnostico che tenga conto anche del livello di rischio di stipsi.
In letteratura sono rintracciabili pochi strumenti utili a facilitare il processo decisionale e la stratificazione di un possibile rischio di costipazione. I principali strumenti per la valutazione di tale rischio sono:

- **Norgine Risk Assessment Tool for Constipation**: strumento sviluppato per valutare le probabilità di sviluppo di stipsi. Formato da una serie di domande a cui l'operatore sanitario deve rispondere; al termine della compilazione lo strumento identifica i pazienti a rischio di sviluppare costipazione e fornisce all'operatore le informazioni necessarie per sviluppare un approccio proattivo nella prevenzione e gestione del problema stesso. Considerato il breve periodo trascorso dalla sua strutturazione esistono ancora, ad oggi, dati minimi sulla validità ed affidabilità di tale strumento e, per tale motivo, non può essere considerata il gold-standard. (10)

- **Eton Scale**: sviluppata nel 2005 da Kyle G. (11) e diffusa dalla Assocation for Continence Advice conference, è uno strumento che viene compilato da operatori sanitari che hanno precedentemente effettuato un training attraverso una presentazione appositamente predisposta. Lo scopo che si pone tale strumento, oltre ad identificare il rischio, è quello di migliorare la pratica infermieristica attraverso lo sviluppo di nuove conoscenze. La stessa letteratura in materia afferma però che l'applicazione di tale strumento necessita di ulteriori studi per verificarne l'attendibilità, la sensibilità e la specificità.

- **Bristol Stool Scale o Meyers Scale** (12): strumento diagnostico/valutativo sviluppato nel 1997 e utilizzato in ambito clinico e sperimentale per classificare in sette categorie la forma e la consistenza delle feci. A partire dagli ultimi anni è stata utilizzata principalmente per valutare la risposta dei pazienti a diversi tipi di trattamenti farmacologici e non. (13)

- **Constipation Assessment Scale**: strumento di facile e veloce compilazione. Sviluppato nel 1989 e validato in lingua italiana nel 2012. (14) Può essere compilato dai pazienti stessi garantendo il rispetto della privacy. Formata da 8 "elementi" a cui il paziente fornisce un punteggio variabile tra 0 e 2, dove per 0 si intende "nessun problema", per 1 "qualche problema" e 2 significa "grave problema". Al termine i punteggi vengono sommati: un valore maggiore o uguale a 2 significa presenza di stipsi ed il risultato ottenuto può fornire una misura dell'intensità stessa del problema.

Constipation Assessment Scale

Item	Punteggio
Distensione addominale o gonfiore	
Transito di gas nell'intestino	
Diminuzione della frequenza dei movimenti intestinali	
Feci liquide o viscose	
Sensazione di pienezza rettale	
Dolore rettale alla defecazione	
Volume delle feci ridotto	
Impedimento al transito delle feci anche con urgenza di evacuare	

TRATTAMENTO

- PREVENZIONE -

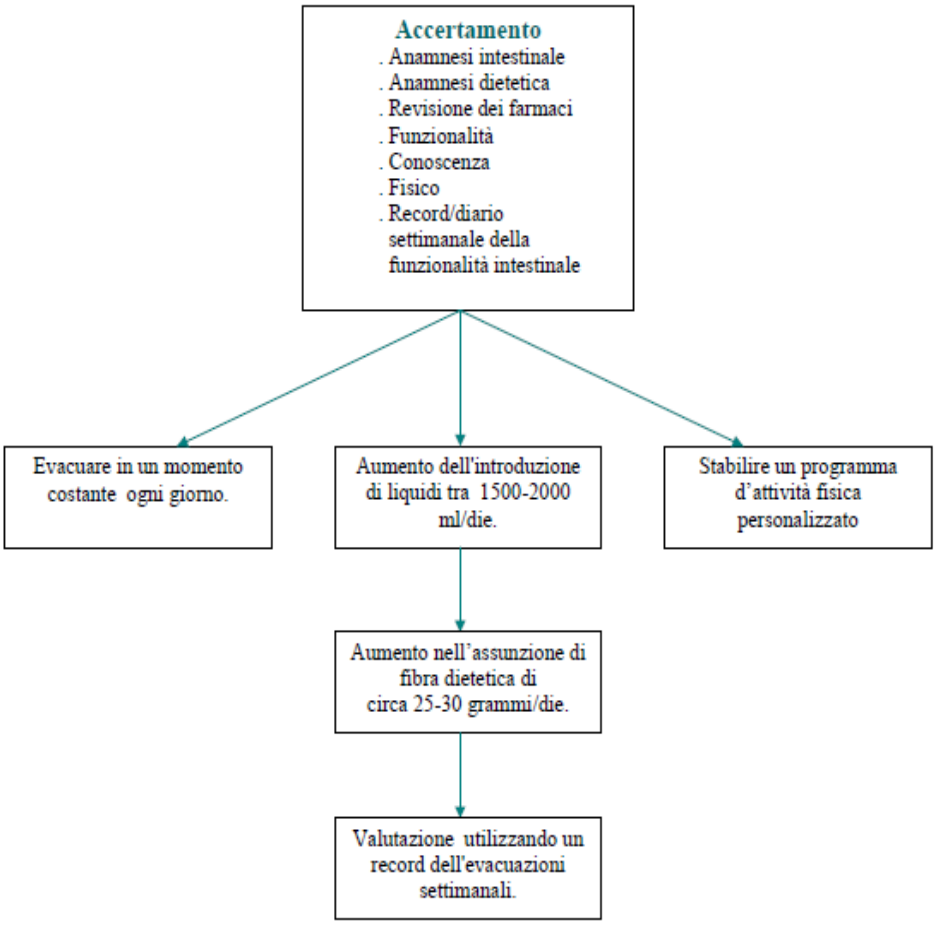
Proprio per la natura del problema, il trattamento non può non tener conto della prevenzione stessa: Abitudini alimentari e modificazioni dello stile di vita possono in qualche modo migliorare i sintomi. Su questi fattori si possono concentrare i processi di empowerment e di educazione terapeutica rivolti al paziente.
La costipazione è comune nelle persone che fanno poco esercizio, con rischio più alto per le persone costrette su sedia o a letto. (15)
Nella prevenzione della stipsi sono importanti alcuni fattori che possono modificare lo stile di vita e migliorare questa patologia: una scarsa assunzione di liquidi è legata ad un rallentato transito colico e ad una scarsa eliminazione di feci, quindi incrementare l'assunzione di liquidi è comunemente racco-

mandato per prevenire la costipazione; una dieta povera in fibre è un fattore sfavorevole poiché gli studi hanno mostrato che una dieta ricca in fibre influenzi il tempo di transito intestinale, la massa fecale e la frequenza delle evacuazioni. Aumentare l'apporto di fibre nella dieta è ben raccomandato come strategia di prevenzione.(16)
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. (17) 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 la misture del Supplemento di Prugna.
Analizzando le principali linee guida in materia di processi educativi riguardo la prevenzione della stipsi, è possibile rintracciare i principali interventi su cui devono essere incentrati tutti i processi educativi.
Tali interventi devono riguardare: (18)

- Assunzione di fibre in quantità non inferiore a 18g/die.
- Assunzione di liquidi (se non controidicato per altre patologie) compresa tra 1500 e 2000ml/die.
- Stimolare l'anziano a camminare almeno 15-20 minuti almeno due volte al giorno. Se la mobilità risulta limitata sono sufficienti 50 passi al giorno mentre, se la persona assistita è immobilizzata a letto sono raccomandati esercizi quali l'inclinazione pelvica, la rotazione del tronco verso il basso e gi esercizi di mobilizzazione attiva o passiva degli arti inferiori.

Limitare l'assunzione di tè e caffè, anche se un caffè al mattino aumenta i movimenti intestinali.
Evitare i formaggi fermentati, i fritti e i grassi di origine animale.

Algoritmo di prevenzione della stipsi (16)



L'UTILIZZO DI LASSATIVI e PURGANTI

In linea generale il trattamento della stipsi varia in funzione della durata dei sintomi stessi e delle cause che hanno scatenato il disturbo. La varietà di tipologie di lassativi, purganti e catartici disponibili spesso è un incentivo ad un uso smoderato di tale trattamento che, purtroppo, viene spesso considerato come l'unico disponibile nel contesto ospedaliero.
Proprio a causa della loro variabilità, l'uso dei lassativi deve essere effettuato sotto controllo medico e per brevi periodi. Il corretto utilizzo dei lassativi è fondamentale al fine di indirizzare ad approfondimento diagnostico solo i pazienti che non rispondono alle terapie mediche.
La stipsi nelle persone anziane è senz'altro tra le forme di stipsi più comuni e impegnative dal punto di vista terapeutico. In questi soggetti sono di difficile applicazione le misure generali e il trattamento di prima scelta è rappresentato dai lassativi osmotici, in particolare il macrogol che ha valide prove di efficacia. In modo occasionale e ponendo attenzione alle controindicazioni, vanno usati gli irritanti, le supposte e i clismi. Un nuovo procinetico, la prucalopride, ha dimostrato di essere efficace e ben tollerato nell'anziano con stipsi. (19)

L'uso di lassativi può inoltre essere sporadico (ed in tal caso appare ancora più indispensabile una valutazione delle cause e del rischio di stipsi) o prolungato nel tempo, fino ad arrivare a mesi/anni se la stipsi è di natura iatrogena.(20)
Nel caso di uso cronico di lassativi, lo svezzamento va effettuato comunque in maniera graduale e, nel caso di associazione di più agenti purganti, è necessario procedere riducendo gradualmente le dosi di un lassativo alla volta. (21)

BIBLIOGRAFIA

1. Wald A, Scarpignato C, Mueller-Lissner S, et al.
A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation.
Aliment Pharmacol Ther 2008; 28 (7): 917-30

2. Johanson JF, Sonnenberg A, Koch TR.
Clinical epidemiology of chronic constipation.
J Clin Gastroenterol 1989; 11:525-36

3. Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, et al.
Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to socio demo graphic features.
Am J Gastroenterol 1999 Dec; 94 (12): 3530-40

4. Cottone C, Tosetti C, Disclafani G et al.
Clinical features of constipation in general practice in Italy.
United European Gastroenterology Journal June 2014 2: 232-23

5. Eberhardie C.
Constipation: identifying the problem.
Nurs Older People. 2003 Dec;15(9):22-6

6. Glia A, Lindberg G.
Quality of life in patients with different types of functional constipation.
Scand J Gastroenterol 1997; 32: 1083-9

7. Brosshard W, Dreher R, Schnegg JF, Bula CJ.
The treatment of chronic constipation in elderly people. An update.

Drugs Aging 2004; 21 (14): 911-930

8. Longstreth GF, Thompson G, Chey WD, et al.
Functional bowel disorders.
Gastroenterology 2006;130:1480–91.

9. American Gastroenterological Association Medical Position Statement:
Guidelines on constipation.
Gastroenterology 2000; 119: 1761-78

10.Kyle G.
Risk assessment and management tools for constipation.
Br J Community Nurs. 2011 May;16(5):224, 226-30.

11. Kyle G, Prynn P, Oliver H, Dunbar T.
The Eton Scale: a tool for risk assessment for constipation.
Nurs Times. 2005 May 3-9;101(18):50-1.

12. Lewis SJ, Heaton KW.
Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time.
Scand J Gastroenterol. 1997 Sep;32(9):920-4.

13. Mínguez Pérez M, Benages Martínez A.
The Bristol scale - a useful system to assess stool form?
Rev Esp Enferm Dig. 2009 May;101(5):305-11.

14. Dal Molin A, McMillan SC, Zenerino F, Rattone V, Grubich S, Guazzini A, Rasero L.
Validity and reliability of the Italian Constipation Assessment Scale.
Int J Palliat Nurs. 2012 Jul;18(7):321-5.

15. The Joanna Briggs Institute
La gestione della costipazione negli anziani
Volume 12 issue 7 2008 ISSN: 1329-1874

16. RNAO – Nursing Best Practice Guidelines Program.
Prevenzione della stipsi nella popolazione anziana.
Revised March 2005. Traduzione a cura di Rivolo M.

17. Ramkumar D. Rao SS.
Efficacy and Safety of Traditional Medical Therapies for Chronic Constipation: Systematic Review.
Am J Gastroenterol. 2005; 100(4): 936-971.

18. Spinzi G. Amato A. Imperiale G et al.
Constipation in the elderly.
Drugs Aging 2009; 26 (6): 469-474

19. Ubaldi E, Tosetti C, Cottone C.
Stipsi cronica: trattamento medico di particolari forme cliniche.
Rivista Società Italiana di Medicina Generale. N.2. Aprile 2012

20. Carpanelli I, De Conno F et al.
Raccomandazioni per la gestione della costipazione indotta da oppioidi. Decision Making.
Rivista Società Italiana di Medicina Generale. N.2. Aprile 2012

21. NHS Choices.
Constipation – Treatment
Last update: 08/01/2014.

BIBLIOGRAFIA

REFERENCE N°1

Aliment Pharmacol Ther. 2008 Oct 1;28(7):917-30.

A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation.

Wald A[1], Scarpignato C, Mueller-Lissner S, Kamm MA, Hinkel U, Helfrich I, Schuijt C, Mandel KG.

Abstract

BACKGROUND:While numerous studies report prevalence of constipation, use of laxatives is poorly understood.

AIM:To conduct a survey in seven countries evaluating prevalence of constipation and laxative use in its treatment.

METHODS:Thirteen thousand eight hundred seventy-nine adults [approximately 2000 each from US, UK, Germany (GE), France (FR), Italy (IT), Brazil (BR) and South Korea (SK)] completed questionnaires assessing occurrence, frequency, duration and laxative use for treating constipation.

RESULTS:Overall, 12.3% of adults had constipation [range: 5% (GE) to 18% (US)] in the prior year. A greater percent of women from all countries and elderly from all except SK and BR reported constipation; odds ratios for constipation among women and elderly were 2.43 (95% CI: 2.18-2.71) and 1.5 (95% CI: 1.25-1.73) vs. men and young subjects. Among those with constipation, 16% (SK) to 40% (US) used laxatives. Laxative use was generally associated with increasing age, symptom frequency and lower income and education. A similar percentage of men and women with constipation reported using laxatives; a greater percentage of women used laxatives for a longer time. CONCLUSIONS: Prevalence of self-defined constipation and laxative use varies among countries. Prevalence is generally related to gender and age, whereas laxative use is related to age, but not to gender.

PMID:18644012

REFERENCE N°2

J Clin Gastroenterol. 1989 Oct;11(5):525-36.

Clinical epidemiology of chronic constipation.

Johanson JF[1], Sonnenberg A, Koch TR.

Abstract

Using health statistics from the United States and England and Wales, we review the epidemiology of constipation and possible etiologies of this disorder as suggested by its epidemiologic distribution. The analysis revealed that constipation is one of the most common chronic digestive disorders in the United States, affecting one of every 50 people. The occurrence of constipation increased with advancing age, showing an exponential increase in prevalence after the age of 65. The age distribution of constipation was similar in both sexes, but overall constipation was three times more common in women than in men. Constipation more frequently affected nonwhites than whites, and people from families with low income or less formal education. The characteristic epidemiologic pattern of constipation suggests the influence of environmental factors. Insufficient dietary fiber is widely believed to be a major cause of constipation, yet it is difficult to devise a mechanism by which dietary fiber alone could produce the marked differences observed between gender, race, and socioeconomic status. Recent evidence suggests that disruption of neural regulation of colonic motility plays an important role in the development of chronic constipation. This loss of neural regulation may result from mechanical damage to the pelvic nerves due to childbirth or pelvic surgery, exposure to environmental toxins (e.g., organochlorine insecticides or heavy metals), or possibly exposure to an infectious agent. Other environmental factors that may play a role in the pathogenesis of chronic constipation have not yet been elucidated. Consequently, studies examining the epidemiology of chronic constipation are important for providing insight into potential environmental risk factors relevant to the etiology of this disorder.

PMID:2551954

REFERENCE N°3

Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, et al.
Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to socio demo graphic features.
Am J Gastroenterol 1999 Dec; 94 (12): 3530-40

Abstract

OBJECTIVE: Constipation is a common heterogeneous condition, possibly encompassing different clinical subtypes. Little is known about the comparative epidemiology of constipation subtypes. This study was conducted to estimate the prevalence of constipationsubtypes and determine whether subtypes differ by sociodemographic factors.
METHODS: Between June and September 1997, a telephone interview was conducted with individuals about their bowel habits in the preceding 3 months. Survey data on 15 constipation-related symptoms were used to identify individuals who met prespecified symptom criteria for the following mutually exclusive subgroups: functional constipation, irritable bowel syndrome (IBS), outlet obstruction or delay (outlet), both IBS and outlet (IBS-outlet), and frequent laxative users (i.e., at least every other day). A total of 10,018 eligible individuals in the United States 18 yr of age or older completed the interview. Test-retest reliability of reporting symptoms was assessed in a separate national survey. The Spearman's correlation coefficient for reporting symptoms ranged from 0.54 to 0.83; all but three symptoms had correlations above 0.68.
RESULTS: The overall prevalence of constipation was 14.7%. By subtype, prevalence was 4.6% for functional, 2.1% for IBS, 4.6% for outlet, and 3.4% for IBS-outlet. An additional 1.8% of respondents reported laxative use at least every other day. Outlet was the most common subtype among women, whereas functional constipation was the most common subtype among men. The gender ratio varied by subtype, with elevated ratios for outlet (F/M = 1.65) and IBS-outlet (F/M = 2.27) subtypes. The age pattern differed among each of the four subtypes. Prevalence of functional subtype decreased with increasing age. In contrast, outlet subtype did not seem to vary by age, and IBS (both men and women) and IBS-outlet (women only) subtypes increased to age 35 yr and declined thereafter. Prevalence of functional constipation increased with increasing education. Outlet type was more common in nonwhites compared to whites. Finally, 45% of individuals with constipation reported having the condition for 5 yr or more.
CONCLUSIONS: Constipation is a heterogeneous condition. Differences in epidemiological profile by age, sex ratio, and relation to other sociodemographical factors support the distinction of two and possibly more symptom-based subtypes.
PMID:10606315

REFERENCE N°4

United European Gastroenterol J. 2014 Jun;2(3):232-8.
Clinical features of constipation in general practice in Italy.
Cottone C[1], Tosetti C[2], Disclafani G[1], Ubaldi E[3], Cogliandro R[4], Stanghellini V[4].

Abstract
BACKGROUND: Definition and diagnosis of constipation remain challenging, partly due to different perceptions of the disease by doctors and patients.
AIM: To evaluate prevalence and features of constipation among individuals seen in general practice, by comparing different diagnostic instruments.
METHODS: Standardized questionnaires and the Bristol stool form scale were distributed to all subjects attending 10 generalpractitioners for any reason in a 2-week period. The questionnaires investigated constipation defined according to: (1) self-perception (yes/no); (2) a visual analogue scale; (3) Rome III Criteria.
RESULTS: The prevalence of constipation in 1306 subjects (790 female, 516 male) resulted: (1) 34% self-reported; (2) 28% by visual analogue scale; (3) 24% by Rome Criteria. Constipation was more frequent in females. A high frequency of symptoms of obstructed defecations was observed with differences among patients with self-reported constipation with or without Bristol stool type 1-2.
CONCLUSIONS:Prevalence of constipation among individuals attending their GP ranges between 24 and 34%, according to the different definitions adopted. Symptoms of obstructed defecations are frequent. The combination of self-evaluation and the Bristol stool type scale is potentially useful to identify subgroups of patients with different clinical features in general practice.
KEYWORDS: Constipation; Rome criteria; epidemiology; general practice; questionnaire
PMID:25360307

REFERENCE N°5

Nurs Older People. 2003 Dec;15(9):22-6; quiz 28.

Constipation: identifying the problem.

Eberhardie C[1].

Abstract

Constipation is a common problem in older age and a costly one, both in terms of treatment and distress caused to patients. This article describes the causes of constipation and outlines various strategies nurses can employ to identify and assess it.

PMID:14694574

REFERENCE N°6

Scand J Gastroenterol. 1997 Nov;32(11):1083-9.

Quality of life in patients with different types of functional constipation.

Glia A[1], Lindberg G.

Abstract

BACKGROUND:
Little information is available about the health-related quality of life (QoL) in patients with different types of chronicconstipation.
METHODS: We used two self-administered questionnaires, the Psychological General Well-Being (PGWB) index and the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) to assess QoL and gastrointestinal symptoms in 102 consecutive patients with chronicconstipation. The type of constipation was determined from transit time, electrophysiologic investigation of sphincter function, anorectal manometry, and defecography.
RESULTS: Overall, our patients with constipation reported low scores for general well-being (mean score, 85.5, compared with 102.9 in a healthy population). Patients with normal-transit constipation (n = 49) reported considerably lower scores in the PGWB than those with slow-transit constipation (n = 35). The symptoms increased frequency of defecation, loose stools, and urgent need for defecation were commoner in normal-transit constipation, which indicates that this group may have a relation to the irritable bowel syndrome. The overall PGWB index was strongly correlated with the total GSRS ($P < 0.001$).
CONCLUSIONS: The general well-being of patients with chronic constipation is lower than that of a comparable normal population. Symptom severity correlates negatively with perceived quality of life.

PMID:9399387

REFERENCE N°7

Drugs Aging. 2004;21(14):911-30.

The treatment of chronic constipation in elderly people: an update.

Bosshard W[1], Dreher R, Schnegg JF, Büla CJ.

Abstract

Constipation is a common problem in elderly persons, with prevalence ranging from 15% to 20% in the community-dwelling elderlypopulation and up to 50% in some studies of nursing home residents. In these patients, constipation results from a combination of risk factors, such as reduced fibre and fluid intake, decreased physical activity resulting from chronic diseases and multiple medications. Despite the high prevalence of constipation, there is surprisingly little evidence available on which to base management decisions of this common condition. Increased fluid intake, regular physical activity and high fibre intake are usually proposed as first step nonpharmacological measures. However, adherence to these measures is limited and pharmacological treatment is frequently required. Data are too limited, especially in elderly persons, to formally recommend one class of laxatives over another or one agent over another within each class. However, bulk-forming and osmotic laxatives are usually recommended as first-line agents, even though data on their effectiveness are limited. The need to maintain good hydration is a limitation in the use of bulk-forming laxatives, in particular, in frailelderly patients. In these patients, polyethylene glycol, an osmotic agent, is an attractive alternative. In addition, it has been shown to relieve faecal impaction in frail patients with neurological disease. Its cost and potential danger in patients at high risk for aspiration is, however, a limitation. Stimulant laxatives are considered mainly as an intermittent treatment in patients who do not respond to bulk-forming or osmotic laxatives. Several promising compounds such as the new serotonin 5-HT4 receptor agonists (tegaserod, prucalopride) and neurotrophin-3 (NT3) have not been adequately tested in older individuals. They are not routinely used and their role in the management of constipation in these patients will be more precisely defined in the future. Other treatment options are available (acupuncture, biofeedback, botulinum toxin and surgery), but experience with these interventions in elderly patients is limited and their indications in this population remain to be clarified. Management of constipation in elderly persons depends largely on experience and beliefs. Several new

compounds seem promising but will need to be specifically tested in this population before being recommended.
PMID:15554750

REFERENCE N°8

Gastroenterology. 2006 Apr;130(5):1480-91.
Functional bowel disorders.
Longstreth GF[1], Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC.

Erratum in
Gastroenterology. 2006 Aug;131(2):688.

Abstract
Employing a consensus approach, our working team critically considered the available evidence and multinational expert criticism, revised the Rome II diagnostic criteria for the functional bowel disorders, and updated diagnosis and treatment recommendations. Diagnosis of a functional bowel disorder (FBD) requires characteristic symptoms during the last 3 months and onset > or =6 months ago. Alarm symptoms suggest the possibility of structural disease, but do not necessarily negate a diagnosis of an FBD. Irritable bowel syndrome (IBS), functional bloating, functional constipation, and functional diarrhea are best identified by symptom-based approaches. Subtyping of IBS is controversial, and we suggest it be based on stool form, which can be aided by use of the Bristol Stool Form Scale. Diagnostic testing should be guided by the patient's age, primary symptom characteristics, and other clinical and laboratory features. Treatment of FBDs is based on an individualized evaluation, explanation, and reassurance. Alterations in diet, drug treatment aimed at predominant symptoms, and psychotherapy may be beneficial.
PMID: 16678561

REFERENCE N°9

Gastroenterology. 2000 Dec;119(6):1761-6.
American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation.
Locke GR 3rd[1], Pemberton JH, Phillips SF.

Abstract
This document presents the official recommendations of the American Gastroenterological Association (AGA) on constipation. It was approved by the Clinical Practice and Practice Economics Committee on March 4, 2000, and by the AGA Governing Board on May 21, 2000.
PMID:11113098

REFERENCE N°10

Br J Community Nurs. 2011 May;16(5):224, 226-30.
Risk assessment and management tools for constipation.
Kyle G[1].

Abstract
Constipation is a distressing condition that can happen to anyone, but is of particular concern in the elderly and less mobile, people with neurological impairments, and those in institutional care. The causes of constipation are multifactorial, and can be influenced by physical, psychological, physiological, emotional and environmental factors. This article discusses definitions, symptoms and types of constipation, and provides guidance on risk factors and assessment using the Norgine Risk Assessment Tool for Constipation.
PMID: 21642926

REFERENCE N°11

Nurs Times. 2005 May 3-9;101(18):50-1.
The Eton Scale: a tool for risk assessment for constipation.
Kyle G[1], Prynn P, Oliver H, Dunbar T.

Abstract
The Eton Scale Risk Assessment for Constipation (Fig 1) will be officially launched at the Association for Continence Advice conference in Telford next week. This follows successful evaluation of the tool by nurses, who found that it was easy and simple to use. Further testing of the tool's sensitivity and reliability is currently being undertaken, and a randomised controlled trial has been planned for later in the year. PMID:15892506

REFERENCE N°12

Scand J Gastroenterol. 1997 Sep;32(9):920-4.

Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time.

Lewis SJ[1], Heaton KW.

Abstract

BACKGROUND:

Stool form scales are a simple method of assessing intestinal transit rate but are not widely used in clinical practice or research, possibly because of the lack of evidence that they are responsive to changes in transit time. We set out to assess the responsiveness of the Bristol stool form scale to change in transit time.

METHODS:

Sixty-six volunteers had their whole-gut transit time (WGTT) measured with radiopaque marker pellets and their stools weighed, and they kept a diary of their stool form on a 7-point scale and of their defecatory frequency. WGTT was then altered with senna and loperamide, and the measurements were repeated.

RESULTS:

The base-line WGTT measurements correlated with defecatory frequency ($r = 0.35$, $P = 0.005$) and with stool output ($r = -0.41$, $P = 0.001$) but best with stool form ($r = -0.54$, $P < 0.001$). When the volunteers took senna ($n = 44$), the WGTT decreased, whereas defecatory frequency, stool form score, and stool output increased (all, $P < 0.001$). With loperamide ($n = 43$) all measurements changed in the opposite direction. Change in WGTT from base line correlated with change in defecatory frequency ($r = 0.41$, $P < 0.001$) and with change in stool output ($n = -0.54$, $P < 0.001$) but best with change in stool form ($r = -0.65$, $P < 0.001$).

CONCLUSIONS:

This study has shown that a stool form scale can be used to monitor change in intestinal function.
Such scales have utility in both clinical practice and research.

PMID:9299672

REFERENCE N°13

Rev Esp Enferm Dig. 2009 May;101(5):305-11.

The Bristol scale - a useful system to assess stool form?

Mínguez Pérez M, Benages Martínez A.

Comment on

Adaptation and validation of the Bristol scale stool form translated into the Spanish language among health professionals and patients. [Rev Esp Enferm Dig. 2009]

In clinical practice, difficulties in assessing stool characteristics (consistency, form, smell, color, etc.) are common during history taking. This is not only due to patient or caregiver squeamishness regarding attentive fecal inspection for each bowel movement, but also to a number of factors including the variability of stool form and consistency among individuals or in one individual over time, and changes in stool form and consistency during one bowel movement (1,2), since some individuals commonly evacuate hard, ball-shaped feces early during defecation followed by soft or even fluid stools subsequently. Furthermore, hard-to-homogenize variables also apply, including variously designed toilet pans that on occasion distort or completely hinder an assessment of fecal characteristics. An easy-to-use, accessible system to quantitize stool consistency and form would be an important asset, particularly one allowing an understanding of the relationship between fecal characteristics and defecation-related patient complaints. Other goals to consider include an analysis of population-related variability according to food types, age, sex, drugs, and lifestyle.

PMID:19527075

REFERENCE N°14

Int J Palliat Nurs. 2012 Jul;18(7):321-5.

Validity and reliability of the Italian Constipation Assessment Scale.

Dal Molin A[1], McMillan SC, Zenerino F, Rattone V, Grubich S, Guazzini A, Rasero L.

Abstract

Constipation is a common problem among oncology patients and requires careful assessment. Use of validated instruments is important to improving its management. The aim of this study was to validate the Italian translation of the Constipation Assessment Scale (CAS). To test construct validity, patients and apparently healthy adults were asked to complete the CAS. The results indicated that there was a significant difference between the median CAS of the patient group and that of the apparently healthy group. Test-retest reliability was very high ($r=0.96$; $P=0.0001$), and the internal consistency as assessed by Cronbach's alpha was 0.768. These findings suggest that theItalian CAS can be used in clinical practice to document the presence and severity of constipation in cancer patients. However, further studies should be conducted in a larger sample of patients to confirm the results. PMID:22885963

REFERENCE N°15

The Joanna Briggs Institute

La gestione della costipazione negli anziani

volume 12 issue 7 2008 ISSN: 1329-1874

Questo foglio informativo di Best Practice Ë basato, con il permesso, su una revisione sistematica intrapresa nellíambito della attivit‡ del Health Technology Assessment Program del the National Health Service, UK (1). Questa pubblicazione Ë completata da altri riferimenti, citati nel testo, e dall'opinione degli esperti del gruppo che ha guidato lo sviluppo di questo foglio informativo sulla pratica. Scopo Lo scopo di questo foglio informativo Ë riassumere le precedenti ricerche, quindi presentare le migliori evidenze disponibili sulla prevenzione e la gestione della costipazione negli anziani. Costipazione Il termine costipazione si riferisce alla difficolt‡, o allo sforzo, nella defecazione e alla presenza di 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 Ë considerata normale una frequenza variabile tra tre volte al giorno a tre alla settimana. » stato osservato che le definizioni di costipazione dei pazienti enfatizzano i sintomi come dolore e lo sforzo piuttosto che la frequenza. Studi condotti in Britannia e negli USA suggeriscono che una percentuale compresa tra il 10% e il 18% degli adulti affetti unicamente da costipazione riferisce sforzi frequenti nella defecazione e meno del 4% della popolazione riferisce meno di tre evacuazioni alla settimana. La costipazione sembra essere più comune nelle donne che negli uomini. Negli anziani che vivono in comunità, approssimativamente il 20% ha sintomi di costipazione.

REFERENCE N°16

RNAO – Nursing Best Practice Guidelines Program.

Prevenzione della stipsi nella popolazione anziana.

Revised March 2005. Traduzione a cura di Rivolo M. Available

Queste linee guida di miglior pratica sono relative solo alla pratica infermieristica e non progettate per entrare nel merito dell'efficienza fiscale. Queste linee guida non sono obbligatorie per gli infermieri ed il loro uso dovrebbe essere flessibile per conformarsi ai desideri degli assistiti, delle loro famiglie e delle situazioni locali. Esse non costituiscono un dovere o l'esenzione da un dovere. Mentre è stato fatto ogni sforzo per assicurare l'accuratezza dei contenuti al momento della pubblicazione, nessuno degli autori né la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) danno garanzie sull'accuratezza dell'informazione in esse contenuta né accettano responsabilità rispetto a perdita, danno, infortunio o esborsi derivati da errori od omissioni nei contenuti di questo lavoro. Eventuali riferimenti a specifici prodotti farmaceutici, presenti in questo documento e prodotti a scopo esemplificativo, non devono essere impiegati in senso pubblicitario per nessun prodotto.

REFERENCE N°17

Am J Gastroenterol. 2005 Apr;100(4):936-71.

Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review.

Ramkumar D[1], Rao SS.

Abstract

OBJECTIVES:Constipation is common, and its treatment is unsatisfactory. Although many agents have been tried, there are limited data to support their use. Our aim was to undertake a systematic review of the efficacy and safety of traditional medical therapies forchronic constipation and to make evidence-based recommendations.

METHODS:We searched the English literature for drug trials evaluating treatment of constipation by using MEDLINE and PUBMED databases from 1966 to 2003. Only studies that were randomized, conducted on adult subjects, and published as full manuscripts were included. Studies were assigned a quality score based on published methodology. Standard forms were used to abstract data regarding study design, duration, outcome measures, and adverse events. By using the cumulative evidence of published data for each agent, recommendations were made regarding their use following the United States Preventive Services Task Force guidelines.

RESULTS:Good evidence (Grade A) was found to support the use of polyethylene glycol (PEG) and tegaserod. Moderate evidence (Grade B) was found to support the use of psyllium, and lactulose. There was a paucity of quality data regarding many commonly used agents including milk of magnesia, senna, bisacodyl, and stool softeners.

CONCLUSIONS:There is good evidence to support the use of PEG, tegaserod, lactulose, and psyllium. Surprisingly, there is a paucity of trials for many commonly used agents. These aspects should be considered when designing trials comparing new agents withtraditional therapies because their use may not be well validated.

PMID: 15784043

REFERENCE N°18

Drugs Aging. 2009;26(6):469-74.

Constipation in the elderly: management strategies.

Spinzi G[1], Amato A, Imperiali G, Lenoci N, Mandelli G, Paggi S, Radaelli F, Terreni N, Terruzzi V.

Abstract

Constipation is a highly prevalent and bothersome disorder that negatively affects patients' social and professional lives and places a great economic burden on both patients and national health services. An accurate determination of the prevalence of constipation is difficult because of the various definitions used, but many epidemiological studies have shown that it affects up to 20% of the population at any one time. Although constipation is not a physiological consequence of normal aging, decreased mobility and other co-morbid medical conditions may contribute to its prevalence in older adults. Functional constipation is diagnosed when no secondary causes can be identified. Patients have some unusual beliefs about their bowel habits. Systematic attention to history, examination and investigation, especially in older people, can be highly effective in resolving problems and in enhancing quality of life. There is a considerable range of treatment modalities available for patients with constipation, but the clinical evidence supporting their use varies widely. However, if constipation is not managed proactively, patients can experience negative consequences, such as anorexia, nausea, bowel impaction or bowel perforation. The clinical benefits of various traditional pharmacological and non-pharmacological agents remain unclear. The first steps in the treatment of simple constipation include increasing intake of dietary fibre and the use of a fibre supplement. Patients with severe constipation or those unable to comply with the recommended intake of fibre may benefit from the addition of laxatives. More recently, newer agents (e.g. tegaserod and lubiprostone), have been approved for the treatment of patients with chronic constipation. Additional work is needed to determine what role, if any, these agents may play in the treatment of patients with chronic constipation. The purpose of this review is to identify evidence-based interventions for the prevention and management of constipation in the elderly.

PMID:19591521

REFERENCE N°19

Società Italiana di Medicina Generale. N.2. Aprile 2012

Stipsi cronica: trattamento medico di particolari forme cliniche.

Ubaldi E, Tosetti C, Cottone C. Rivista

In questo articolo vogliamo focalizzare la terapia medica di condizioni particolari di stipsi che più frequentemente incontriamo nella pratica clinica della medicina generale. Sappiamo infatti che la stipsi non è una malattia ma una condizione che riconosce svariate cause e il paziente con stipsi cronica richiede particolare impegno e competenza da parte della classe medica, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. La corretta gestione della stipsi cronica, sottraendo il paziente all'autogestione e all'uso improprio dei lassativi, porta a una riduzione di indagini inappropriate e del consumo dei rimedi più disparati. Prima di considerare il trattamento più appropriato per particolari forme di stipsi è bene ricordare la sequenza di carattere generale che una più recente linea guida indica nell'approccio terapeutico del paziente con stipsi:

- escludere patologie sottostanti e cause secondarie di stipsi;
- iniziare il trattamento con correzioni dietetiche e degli stili di vita;
- utilizzare lassativi osmotici, formanti massa, emollienti (non ci sono indicazioni nell'ordine di utilizzo);
- se necessario associare lassativi stimolanti, supposte o clismi (secondo alcuni con supervisione medica);
- può essere considerato l'utilizzo di un procinetico come la prolucalopride se il paziente continua a lamentare disturbi come il gonfiore e il discomfort addominale ed evacuazione incompleta;
- la chirurgia è riservata a correggere patologie sottostanti e solo in casi selezionati e ben studiati di stipsi.

REFERENCE N°20

Rivista Società Italiana di Medicina Generale. N.2. Aprile 2012

Raccomandazioni per la gestione della costipazione indotta da oppioidi. Decision Making.

Carpanelli I, De Conno F et al.

Il dolore rappresenta un problema di salute pubblica in tutto il mondo per il quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda un trattamento tempestivo ed efficace, specialmente nelle fasi avanzate della malattia. L'approccio terapeutico al dolore cronico prevede l'uso di tre categorie di farmaci: 1) analgesici non oppioidi per il trattamento del dolore lieve; 2) oppioidi deboli per il trattamento del dolore moderato; 3) oppioidi forti per il dolore grave. Gli oppioidi maggiori (o "forti"), morfina, fentanyl, ossicodone, metadone e idromorfone, sono caratterizzati da un ben documentato profilo di efficacia ed effetti collaterali. Oggi il loro uso può non risultare sempre adeguato a causa di raccomandazioni per un loro uso corretto e razionale non ancora presenti a livello capillare, ed un accesso alla terapia non ancora uniforme sul territorio italiano. Una somministrazione a-

deguata della terapia a base di analgesici oppioidi rappresenta un obiettivo non solo per i pazienti oncologici, ma in generale per tutti i pazienti con patologie croniche caratterizzate da dolore costante e intenso. Da un punto di vista prettamente clinico, l'utilizzo di analgesici oppioidi nei pazienti sottoposti a terapia a base di oppioidi presenta alcuni effetti collaterali generalmente controllabili e gestibili. Il più comune e persistente effetto collaterale di questi farmaci è la costipazione indotta da oppioidi (CIO), dovuta ad una riduzione della motilità intestinale e delle attività secretorie associate, con conseguente formazione di feci dure e secche. In presenza di CIO è necessario intraprendere delle terapie efficaci per minimizzare la costipazione, mettendo i malati in condizione di effettuare un'evacuazione ogni 1-2 giorni o comunque adeguando la terapia farmacologica alle condizioni e allo stile di vita di ogni singolo paziente.

REFERENCE N°21

NHS Choices.

Constipation – Treatment.

Last update: 08/01/2014.

Treating constipation

Treatment for constipation depends on the cause, how long you have had the condition and how severe your symptoms are. In many cases it is possible to relieve symptoms through dietary and lifestyle changes.

Lifestyle advice

Changes to your diet and lifestyle are often recommended as the first treatment for constipation and in many people this will improve the condition without needing medication. Some ways you can help treat your constipation are listed below.

- Increase your daily intake of fibre. You should eat at least 18-30g of fibre a day. High-fibre foods include fruit, vegetables and cereals.
- Add some bulking agents, such as wheat bran, to your diet. These will help make your stools softer and easier to pass.
- Avoid dehydration by drinking plenty of water.
- Try to get more exercise, for example by going for a daily walk or run.
- If your constipation is causing pain or discomfort, you may want to take a painkiller such as paracetamol. Make sure you always follow the dosage instructions carefully. Children under 16 years of age should not take aspirin.
- Work out a routine of a place and a time of day when you are comfortably able to spend time on the toilet. Respond to your bowel's natural pattern: when you feel the urge, do not delay.
- Try resting your feet on a low stool while going to the toilet, so that your knees are above your hips, as this can make it easier to pass stools.
- If medication you are taking could be causing constipation, your GP may be able to prescribe an alternative.

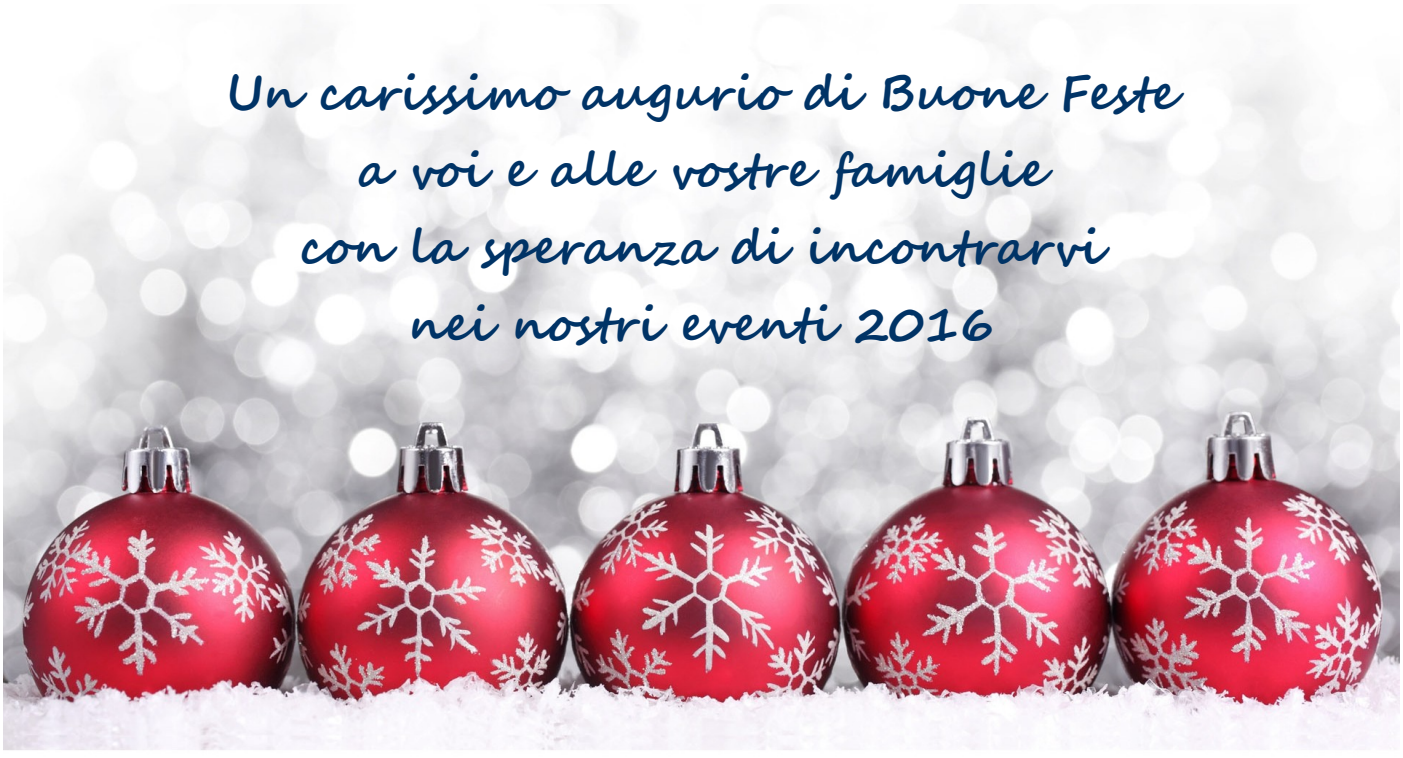
Read about preventing constipation for more ways to change your diet and lifestyle.

If these diet and lifestyle changes do not help, your GP may prescribe an oral laxative.

A.N.I.M.O. FORMAZIONE RICERCA SVILUPPO INNOVAZIONE

Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera

PER MAGGIORI INFORMAZIONI VISITATE IL SITO

WWW.ASSOCIAZIONE-ANIMO.IT

PROSSIMI INCONTRI, CONGRESSI E CONVEGNI