

Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

Manejo del estreñimiento en personas mayores

Recomendaciones

- Es preferible la prevención a la curación, por lo que se recomienda proporcionar a las personas consejo y formación sobre la hidratación y una buena dieta con alimentos ricos en fibra: cereales, frutos secos y semillas, pan integral, verduras cocinadas y crudas, y fruta (**Grado A**)
- Valorar los siguientes aspectos en los pacientes mayores: antecedentes respecto al uso de medicamentos (especialmente polimedicación y uso de laxantes) y estado cognitivo (**Grado A**)
- Para personas que no pueden andar o están postradas en la cama o incapacitadas por cualquier otro motivo, se recomienda realizar ejercicios como rotación de la parte inferior del tronco, inclinación de la pelvis y levantar el lado izquierdo (**Grado B**)
- Monitorizar y registrar la frecuencia, carácter y patrón de las evacuaciones, así como los episodios de estreñimiento /dificultad para defecar y el uso de laxantes orales o rectales (**Grado B**)
- Los laxantes osmóticos, como el polietilenglicol y la lactulosa, y los agentes que aumentan el bolo intestinal (evacuantes) como el psilio (*Plantago ovata*, *Plantago isphagula*) y el salvado son beneficiosos para el manejo del estreñimiento en personas mayores y por lo tanto debe promoverse su uso; es necesario determinar las necesidades individuales (**Grado B**)

Fuente de información

Este *Best Practice information sheet*, que sustituye al BPIS del mismo título publicado en 1999,¹ se basa en una revisión sistemática (2005)² y unas recomendaciones clínicas.³

Antecedentes

Estreñimiento

El término estreñimiento se refiere a la dificultad, o tensión, en la defecación y movimientos poco frecuentes del intestino durante un largo periodo de tiempo. Los síntomas asociados con el estreñimiento incluyen deposición dura/seca, inflamación y dolor abdominal. Las definiciones de la función normal del intestino varían, pero se ha sugerido como patrón normal una frecuencia de entre tres veces al día y tres veces a la semana.^{2,3} Las personas mayores tienden a medir el estreñimiento en base a síntomas como el dolor, la dureza de las heces o la tensión durante la defecación, más que en base a la frecuencia. Existe una relación entre el envejecimiento y las probabilidades de estreñimiento, sobre todo en personas de 70 años o más.³ Algunos aspectos del estilo de vida se asocian con el estreñimiento, particularmente el nivel de ingesta de líquidos, la fibra dietética, los antecedentes de uso de laxantes, los hábitos sedentarios y aguantar las ganas de defecar.

Factores de riesgo

Existen factores de riesgo de estreñimiento, incluso en personas mayores sanas, activas y con una función intestinal normal:³

- **Ingesta de líquidos:** Se ha citado como factor de riesgo porque una ingesta reducida de líquidos está asociada a un tránsito lento de colon y a una baja producción de deposición.
- **Dieta:** La prevalencia de enfermedad digestiva está aumentando debido a la dieta moderna sin fibras. Existen estudios que han demostrado que la

fibra dietética influye en el tiempo de tránsito del intestino, el peso fecal y la frecuencia de los movimientos intestinales.

- **Movilidad:** El estreñimiento prevalece más en personas que hacen poco ejercicio, con mayor riesgo en personas en silla de ruedas o postradas en la cama.
- **Entorno:** Los factores del entorno, como una intimidad reducida, instalaciones de aseo inaccesibles o inadecuadas y dependencia de otras personas para asistencia, pueden también contribuir al desarrollo del estreñimiento.
- **Otros factores:** El desarrollo del estreñimiento puede estar influenciado por muchos otros factores como la ansiedad, la depresión y la discapacidad cognitiva. Algunos medicamentos, como los analgésicos opiáceos, anticolinérgicos y antidepresivos, pueden también aumentar el riesgo de estreñimiento.

Objetivos

El objetivo de este *Best Practice information sheet* es presentar la mejor evidencia disponible sobre el manejo del estreñimiento en personas mayores.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación derivan de los Niveles de Efectividad establecidos por el Instituto Joanna Briggs en el año 2006³

- Grado A** Efectividad demostrada para su aplicación
- Grado B** Grado de efectividad establecida que indica considerar la aplicación de sus resultados
- Grado C** Efectividad no demostrada

Tipos de intervención

Las intervenciones consistieron en terapias medicamentosas tradicionales para el manejo del estreñimiento crónico.

Se incluyeron estudios aleatorios, en sujetos adultos y que incluían datos sobre el diseño del estudio, medidas de resultados y sucesos adversos. Esta revisión sistemática se centró en los principales tipos de intervención: laxantes osmóticos, agentes evacuantes, agentes emulsionantes, laxantes estimulantes y otros (p. ej. Tegaserod).

Calidad de la investigación

La calidad de la investigación fue variada. Por ejemplo, aunque los estudios sobre el polietilenglicol y el Tegaserod usaban placebo en los grupos control, los tamaños muestrales fueron generalmente pequeños. Aunque muchos estudios fueron consistentes en la definición del estreñimiento como la presencia de menos de 2 o 3 deposiciones por semana, pocos hicieron referencia a la definición desarrollada en 1998 por el II Comité de Roma, que definió el estreñimiento funcional como la presencia -durante un periodo de 12 semanas- de: tensión, deposiciones duras o grumosas, sensación de defecación incompleta u obstrucción/bloqueo anorrectal, necesidad de maniobras manuales o digitales y menos de 3 defecaciones por semana. Esta discrepancia impidió comparaciones más efectivas entre los ensayos que eran similares. Sin embargo, se desarrollaron algunas Recomendaciones de Grados A y B para algunas intervenciones.

Resultados Manejo habitual

La evaluación de los factores de riesgo y la historia clínica deben incluir una auscultación, palpación y percusión del abdomen y, si es necesario, debería realizarse un examen rectal para establecer la situación inicial en la historia clínica de cada persona con riesgo. No hay evidencia que sustente el uso de pruebas diagnósticas, aunque en el caso de rayos X abdominales la falta de evidencia no implica evidencia de inexistencia de un efecto.

La literatura sobre la efectividad de las intervenciones puede categorizarse en función del tipo de tratamiento, por ejemplo agentes evacuantes, surfactantes, osmóticos, estimulantes peristálticos, etc.³ Sin embargo, estas categorías no incluyen recomendaciones relativas al ejercicio, la ingesta de líquidos y las intervenciones no farmacológicas. Por ello se tratan separadamente en este *Best Practice information sheet*.

Intervenciones no farmacológicas

Se han evaluado diferentes enfoques no farmacológicos para el tratamiento del estreñimiento, incluyendo masajes, ejercicio físico y biofeedback. Estudios pequeños han evaluado la efectividad del masaje abdominal solo o en combinación con el ejercicio en personas estreñidas, pero hay poca evidencia que sustente su uso. El ejercicio es un elemento esencial de los programas de manejo intestinal, y una falta de actividad física es un factor en el desarrollo de

estreñimiento en algunas personas. Sin embargo, su efectividad como intervención para prevenir o tratar el estreñimiento aún no se ha demostrado.³

Intervenciones sin laxantes

Algunos productos se recomiendan o se incluyen en los programas de manejo intestinal para la prevención del estreñimiento, incluido pan, salvado, lentejas, aloe vera, agua mineral y frutas como las ciruelas o el ruibarbo.^{2,3} Su efectividad se ha sustentado en estudios que evaluaron combinaciones de productos como una mezcla de frutas compuesta de dátiles, pasas, higos y concentrado de ciruela, y mermeladas, puddings o galletas laxantes, pero estos productos no han sido evaluados por ningún ensayo clínico aleatorio. Un ejemplo de una de estas mezclas, el Suplemento de Ciruela, se incluye en este *Best Practice Information Sheet*.

Suele recomendarse un aumento de la ingesta de líquidos para prevenir el estreñimiento. También se ha evaluado el aumento de la ingesta de líquidos en combinación con otros productos. Sin embargo, no se ha evaluado de forma individual y su efectividad no está clara. El aumento de la ingesta de fibra dietética es una estrategia de prevención muy recomendada, pero sin una ingesta de líquidos adecuada puede aumentar la probabilidad de impactación fecal en ancianos con poca movilidad.³

Agentes evacuantes

Los agentes evacuantes han resultado ser efectivos para mejorar la frecuencia, consistencia y duración de las defecaciones en numerosos estudios y con diferentes derivados de fibra. El salvado procedente tanto de trigo como de maíz mejoró la frecuencia y consistencia de las defecaciones sin efectos secundarios, comparado con la dieta normal en personas mayores. El salvado puede no disminuir la necesidad de otros tipos de ayuda para la defecación, ya que puede disminuir el impulso para defecar, pudiendo requerir una combinación de agentes evacuantes y estimulantes.²

El psilio se deriva de las cáscaras fibrosas y ha demostrado ser más efectivo que el placebo en cuanto a la frecuencia y consistencia de las deposiciones. Este fue el resultado de un ensayo amplio, aunque dos ensayos más pequeños no encontraron diferencias significativas entre el psilio y el placebo. Estudios sin ciego presentaron resultados a favor del psilio comparado con los laxantes estimulantes, pero estos resultados deben tratarse con precaución debido a la falta de ciego.

El psilio combinado con sen fue más efectivo que el psilio solo, pero asociado a más efectos secundarios, mientras que el psilio con docusato (un reblandecedor fecal) fue menos efectivo que el psilio solo.²

Agentes osmóticos

Una solución de polietilenglicol es un agente osmótico no absorbible, utilizado comúnmente como una preparación para limpiar el intestino antes de una colonoscopia o intervención quirúrgica. Comparado con el placebo y la lactulosa, el polietilenglicol fue más efectivo y potencialmente menos costoso, aunque la evidencia proviene de

ensayos a corto plazo.²

La lactulosa se comparó con el placebo en tres estudios y resultó ser segura y efectiva para el estreñimiento idiopático, aunque se asocia a inflamación y flatulencias. Comparada con una solución de polietilenglicol, la lactulosa fue menos efectiva, mientras que otro estudio encontró que el sorbitol era igual de efectivo y tenía menos efectos secundarios. El psilio, un agente evacuyente, fue igual de efectivo que la lactulosa.²

Un ensayo clínico aleatorio estudió la leche de magnesia y encontró que estaba asociada a una defecación más frecuente que los agentes evacuantes, con una consistencia de las deposiciones más "normal" y menor necesidad de terapia laxante concomitante.²

Reblandecedores fecales

Un estudio encontró que el psilio era más efectivo que el docusato (tanto sódico como cálcico). Comparado con el placebo, el docusato fue más efectivo, pero produjo sólo una mejora modesta del estreñimiento, lo que sugiere que son preferibles otras terapias a los reblandecedores fecales.²

Agentes estimulantes

Existe una ausencia de evidencia basada en estudios controlados con placebo sobre los laxantes estimulantes, ya que la mayoría de los estudios de investigación comparan terapias combinadas, lo que hace difícil identificar los efectos específicos de los estimulantes. Los estudios de psilio con sen, comparado con lactulosa, sugieren que la combinación de psilio y sen es más efectiva, con un potencial ahorro de costes comparado con la lactulosa sola.² Otros estudios favorecieron la lactulosa frente al bisacodil o los laxantes estimulantes a base de sen o derivados de la antraquinona, mientras que no hubo diferencia en la efectividad entre el bisacodil y el bisoxatin.^{2,3}

Un ensayo clínico controlado con placebo y doble ciego evaluó el Tegaserod, un estimulante de la motilidad. La evidencia favoreció de forma importante el Tegaserod en dosis de 2mg o 6mg dos veces al día durante 12 semanas de seguimiento. Los aspectos evaluados fueron defecación completa y espontánea, forma de las deposiciones, inflamación, tensión, dolor abdominal, evaluación general del estreñimiento y hábitos intestinales; no se observó efecto rebote. El efecto beneficioso no dependía de la dosis, es decir, 2mg fueron igual de efectivos que 6mg.²

Un ensayo pequeño comparó el misoprostol con un placebo. Los resultados sugirieron que el misoprostol mejoró significativamente el tiempo de tránsito del colon, aumentó el peso de las deposiciones y la frecuencia de las defecaciones por semana. Sin embargo, la población del estudio era pequeña y se necesita más investigación antes de considerar el misoprostol como una terapia primaria para el estreñimiento.²

Enemas y supositorios

Los enemas y supositorios despejan el recto y restauran la función normal antes del comienzo de un programa de manejo intestinal.³ Existen pocas investigaciones que evalúen su efectividad en

Tabla 1

Clase	Ejemplo	Aparición de los efectos
Laxantes evacuantes	- cáscara de ispaghula (Fybogel) – psilio (Metamucil, Agiofibe) - sterculia (uno de los agentes del Normacol)	48 - 72 horas
Laxantes osmóticos	- sales de magnesio (Magnesia S Pellegrino, Magnésia Cinfa) - Sorbitol (Sorbilax) - lactulosa (Duphalac, Duolax)	0.5 - 3 horas 24 - 72 horas
Reblandecedores fecales	- docusato sódico (Tiroloxo) - polioxietileno-polioxipropileno (Poloxamer en gotas) - parafina líquida (Emuliquen)	24 - 72 horas
Laxantes estimulantes	- bisacodilo (Dulcolaxo) - corteza de frangula (uno de los agentes de Normacol) - fenoltaleína (Laxen Busto, Sure-Lax) - senósidos (X-Prep, Puntual)	6 - 12 horas

personas mayores. Los enemas se asocian a un mayor riesgo como resultado de reacciones a la solución administrada o a través de lesión mecánica durante el procedimiento.

Evaluación del paciente

La investigación sobre la evaluación de personas con estreñimiento es limitada, ya que la mayoría de la información se centra en los procedimientos y exámenes. La evaluación debería englobar no sólo si están estreñidos, sino identificar también los factores que pueden contribuir al problema.

Historia Clínica

El objetivo es identificar estilos de vida que pueden tener un impacto sobre la función intestinal de la persona:³

- ingesta inadecuada de fibras en la dieta;
- movilidad reducida o reducción reciente en el nivel de actividad;
- baja ingesta de líquidos, por ejemplo menos de 1,5 litros al día;
- medicamentos; y
- cualquier cirugía o enfermedad que pueda contribuir al desarrollo del estreñimiento.

Debería determinarse la pauta intestinal normal de la persona, las preferencias de aseo y el estado actual, y esto incluiría:

- cambios recientes en los hábitos intestinales o la frecuencia de las defecaciones;
 - consistencia de las deposiciones;
 - actividades normales para mantener la función del intestino (por ejemplo, qué funciona para ellos);
 - presencia de incontinencia fecal;
 - necesidad de hacer esfuerzos frecuentemente durante la defecación;
 - en caso de enfermedad reciente, (ej. Derrame cerebral), cuál era su pauta intestinal normal antes de la enfermedad;
 - qué laxantes están tomando, si es el caso, el tipo, la frecuencia y la duración del periodo de uso.
- Debe identificarse cualquier síntoma de estreñimiento, como:
- náuseas, vómitos o dolor rectal durante la defecación;
 - tensión durante la defecación o defecaciones infrecuentes;
 - sensación de no haber vaciado completamente después de las defecaciones;
 - dolor o incomodidad abdominal; y
 - deposiciones duras.

Manejo del estreñimiento

El manejo del estreñimiento debe ser individualizado conforme a las necesidades de cada persona.

Tenga en cuenta que los pacientes con lesiones de columna o con analgésicos opioides a largo plazo pueden requerir programas especializados de manejo intestinal.³ A continuación se presenta un resumen de las diferentes opciones de tratamiento que resumen la opinión de los expertos.³

Estreñimiento agudo

El manejo inicial del estreñimiento moderado o agudo puede incluir supositorios, enemas o laxantes osmóticos para despejar el recto, seguido de la implantación de un programa de manejo intestinal por medio de intervenciones preventivas, como la modificación de la dieta y la ingesta de líquidos, educación y hábitos intestinales efectivos.

Cuando el estreñimiento agudo no responde al tratamiento, debería buscarse el consejo de un médico, un asesor de continencia o un terapeuta de estomas.

Estreñimiento crónico

Los laxantes evacuantes deberían utilizarse en personas que sigan una dieta baja en fibras y sin una causa específica de estreñimiento subyacente.

Los agentes osmóticos pueden ser efectivos en el tratamiento del estreñimiento crónico. El objetivo del programa de manejo intestinal debería centrarse en la adquisición de un hábito intestinal regular más que en “limpiezas” intermitentes. El tratamiento debería por lo tanto promover hábitos intestinales regulares utilizando pequeñas dosis de laxantes, de forma individualizada. Si los agentes osmóticos no son efectivos, o si no se toleran, los laxantes estimulantes pueden ser efectivos.

Elección del tratamiento

Los laxantes evacuantes son efectivos para personas mayores sin limitaciones de movilidad y los laxantes osmóticos y estimulantes podrían ser más efectivos para personas postradas.

Uso de enemas y supositorios

Los enemas y supositorios pueden ser necesarios para despejar el recto antes de comenzar el programa de manejo del intestino. Pueden recomendarse como tratamiento inicial para el estreñimiento moderado o agudo, o el estreñimiento asociado a la analgesia opioide. Los enemas y supositorios pueden también recomendarse para personas postradas en la cama, como parte de un programa de manejo intestinal.

Impactación fecal

La impactación fecal necesitará un manejo especial, que probablemente implicará enemas para despejar el recto, pero puede también incluir laxantes osmóticos o estimulantes.

Cuando se restaure la función normal del intestino debe comenzarse un programa de manejo intestinal para prevenir su recurrencia.

Coste de los tratamientos

Debería señalarse que existen variaciones considerables en el coste de los agentes laxantes, y que los laxantes más caros no son necesariamente los más efectivos. Por ejemplo, de los laxantes osmóticos, las sales de magnesio y el sorbitol son mucho más baratos que la lactulosa. Sin embargo, el estreñimiento puede prevenirse generalmente a través de la educación, cambios en la dieta y modificaciones en el estilo de vida, lo que tiene pocas implicaciones en el coste.

Figura 1¹ Receta de suplemento de ciruela

Ingredientes

- 1-1/3 litros de zumo de ciruela*
- 720gr de puré de manzana
- 525gr de All-Bran

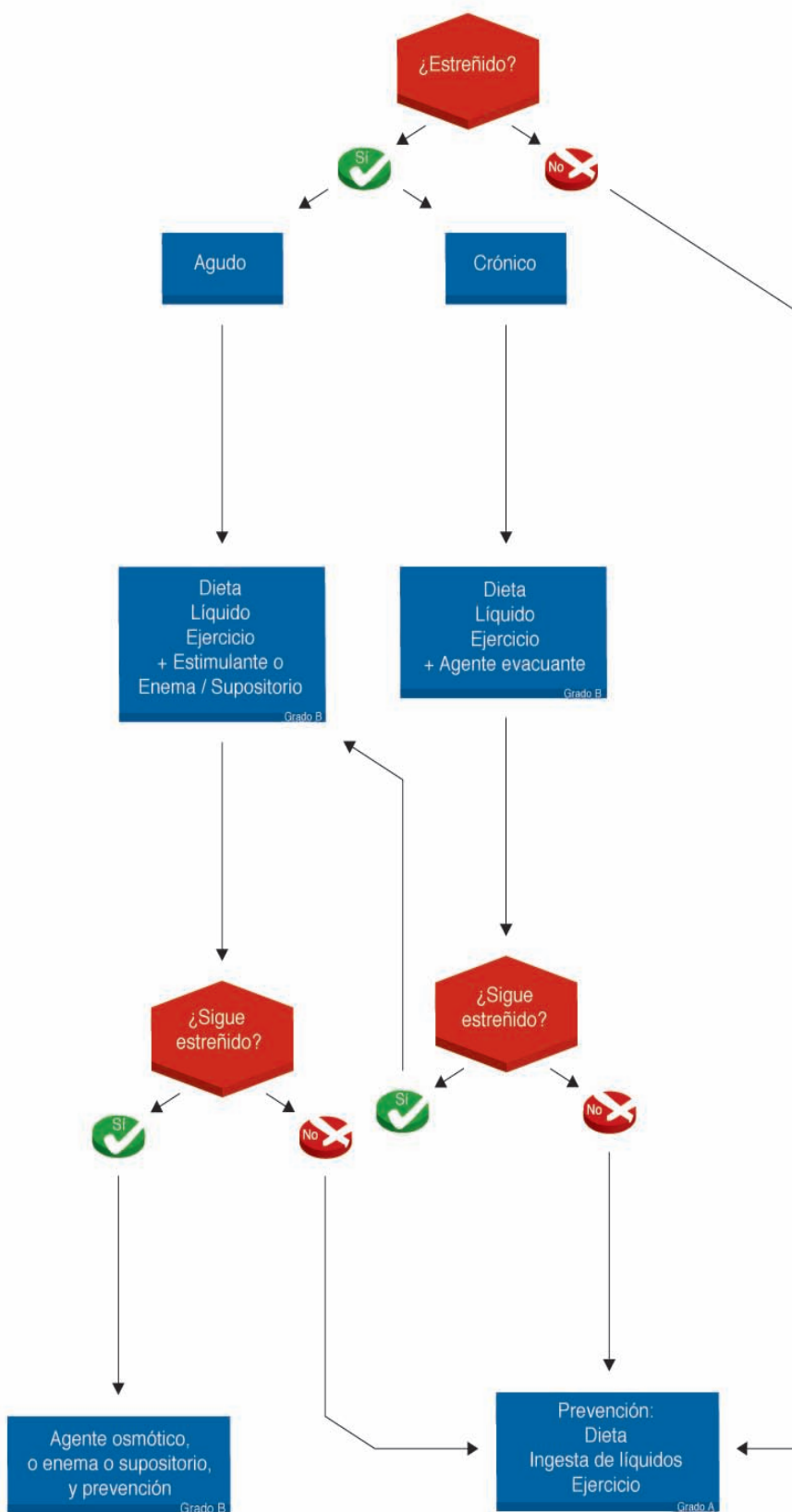
Elaboración

Añada el zumo de ciruela caliente a los ingredientes y mezcle bien. Tome 1 o 2 cucharadas soperas dos veces al día.

*Puede utilizarse el zumo de ciruela disponible en los comercios, o puede hacerse de la siguiente forma.

- 1kg Ciruelas (sin hueso)
- 1,25 litros de agua

Cueza las ciruelas deshuesadas en agua hasta que estén blandas. Haga puré. Pase por el tamiz para hacer el zumo de ciruelas.



Agradecimientos

Este Best Practice information sheet ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs con los autores de la revisión y las recomendaciones.

Además este Best Practice information sheet ha sido revisado por expertos de los Centros Colaboradores Internacionales del Instituto Joanna Briggs:

- Dr Suzy Robertson-Malt, National & Gulf Centre for Evidence Based Medicine, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia.
- Brent Hodgkinson, Research Fellow, Research and Practice Development Centre, University of Queensland and Blue Care, Milton, Queensland, Australia.
- Prof Robin Watts, Western Australian Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery, School of Nursing, Curtin University of Technology, Perth, Western Australia, Australia.
- Dr Pippa Hemingway, Research Fellow, University of Nottingham Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery, Nottingham, UK.
- Alison Kelley, School of Nursing, Nottingham University, Nottingham, UK.

Referencias

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

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande.

Traducción revisada por: Esther González María.

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

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



**Blackwell
Publishing**

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

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

Práctica
basada
en la
evidencia

Este Best Practice Information Sheet presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.⁴