A picture containing drawing

Description automatically generated

**PAE**

*Nombre del Alumno: Valeria Montserrat Ramírez Ocampo*

*Nombre del tema: pae*

*Parcial: parcial 4to*

*Nombre de la Materia: fundamentos de la enfermeria*

*Nombre del profesor: María del Carmen López Silba*

*Nombre de la Licenciatura: licenciatura en enfermeria*

*Cuatrimestre: 2do cuatrimestre*

*Lugar y Fecha de elaboración*

**INTRODUCCIÓN**

El diagnostico de enfermeria se diseño para una paciente de 19 años con factores de posible extreñimiento por falta de fibra y no beber suficientes liquidos.

Esta integrado con los objetivos que se pretenden lograr con la femina, obtenidos a partir de la exploracion fisica y la historia clinica que estan incluidos en el mismo. Al igual de los cinco diagnosticos realizados, incluyendo los resultados esperados y las intervenciones de enfermeria que se deben de implementar.

En el ultimo apartado se presentara la evaluacion que esta directamente relacionada con el logro de los objetivos planeados. Agregando como complemento un glosario de terminos.

**JUSTIFICACION**

La necesidad de elaborar este diagnóstico de enfermería fue para detectar los factores de riesgo que existen en la paciente y así fomentar el autocuidado, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, mejorar la calidad y modificar estilos de vida.

Se identifico que la paciente presenta un déficit de conocimiento sobre su enfermedad.

Al analizar estos factores y realizar mismo diagnostico me ayudo de reforzamiento de conocimientos adquiridos durante las clases, contrarrestando la dificultad de distinguir diversos diagnósticos y tener una mejor habilidad en el uso adecuado del NANDA, NIC y NOC.

Por esta razón dicho programa se estructuro para ser utilizado y analizado por la alumna misma de acuerdo a la planeación, ejecución, evaluación de acciones, promoción y prevención de la salud que de acuerdo a las etiquetas diagnosticas detecto en la paciente.

**OBJETIVOS**

**GENERAL**

* Diseñar estrategias para mantener y mejorar la salud de la paciente

**ESPECIFICOS**

* Guiar a la paciente al mantenimiento de la salud por medio de la educación para la salud
* Establecer tiempos y formas del proceso enseñanza-aprendiazaje de modo que adquiera un aprendizaje significativo y aplicable para mejorar su calidad de vida.

**VALORACION**

EXPLORACION FISICA

Femenino de 19 años de edad con 37 kg de peso y 1.47 m de altura, refiere padecer estreñimiento sin antecedentes familiares.

Soltera con nivel de escolaridad en proceso (sigue estudiando) dedicada al estudio, profesa la religión católica con asistencia medica institucional por parte del seguro popular.

La paciente se refiere un correcto manejo de sus alimentos al lavar y desinfectar correctamente frutas y verduras y consumir carne bien cocida. En su alimentación se observa un alto consumo de carbohidratos y bebidas gaseosas al igual que un alto consumo de aceites vegetales para cocinar diariamente estos son los puntos mas destacables de su alimentación en general mantiene una dieta balanceada.

Su vivienda es de sus abuelitos y esta construida principalmente de ladrillos, techo de concreto y piso de concreto. Cuenta con 6 dormitorios, cocina y baño, viviendo en condiciones salubres. Existe la disponibilidad de agua, drenaje y luz eléctrica. El almacenamiento de agua es una cisterna con limpieza de este cada 6 mes, agua de la cual se ocupa para el consumo diario. La ventilación e iluminación son adecuadas.

Convive con 2 mascotas (canino y felino) vacunadas.

La paciente no consume tabaco ya que en su vivienda nadie consume siendo así un ambiente sano.

**MARCO TEORICO**

1. Marco teórico

1.1. ¿Qué es el estreñimiento?

1.2. Epidemiología del estreñimiento

1.3. Tipología y etiología del estreñimiento

1.4. Factores de riesgo del estreñimiento

1.5. Manifestaciones clínicas del estreñimiento crónico en personas mayores

1.6. Consecuencias y complicaciones del estreñimiento en personas mayores

**1.1. ¿Qué es el estreñimiento?**

El estreñimiento se define como aquel síntoma que se caracteriza por una dificultad desmedida para la defecación o en su defecto por una disminución en el número de deposiciones realizadas, generalmente de heces duras o grumosas y en escasa cantidad. En términos generales, se habla de estreñimiento cuando se realizan menos de tres deposiciones semanales. Este problema de salud puede estar asociado a trastornos emocionales o nerviosos, puede deberse a una dieta baja en fibra o a un estilo de vida sedentaria, así como a problemas patológicos o también puede ser secundario a la acción de diferentes fármacos. Por otro lado, el estreñimiento puede venir acompañado de molestias o dolor abdominal, dolor a la defecación, náuseas y vómitos, dificultad para orinar y confusión entre otras formas clínicas diferentes.

**1.2. Epidemiología del estreñimiento**

El estreñimiento crónico es uno de los trastornos digestivos más común a nivel mundial con una prevalencia del 15%, siendo el sexto síntoma gastrointestinal más frecuente. Sin embargo, delimitar su prevalencia no es una tarea nada fácil, ya que muchas personas que lo padecen no acuden al centro de atención primaria o a un especialista, mientras que entre el 30-50% se automedican con laxantes de forma habitual sin consultarlo con el facultativo. Por lo general se tiende a pensar que se debe realizar una deposición a diario y de no ser así, en numerosas ocasiones se recurre a tomar laxantes sin previa prescripción médica. Esto suele ocurrir sobre todo en personas mayores, que, por sus características funcionales o patológicas, su ritmo deposicional puede ser más lento, siendo normal realizar deposiciones cada dos o tres días sin tener que ser necesariamente un problema. Cabe destacar que el hecho de que el patrón intestinal de una persona sea reducido no indica la existencia de una afección, siempre y cuando este patrón no haya sufrido cambios en relación con el patrón previo y habitual de la persona.

En este sentido, el problema para acotar el estreñimiento es el infra diagnóstico del problema o tener una idea equivocada de lo que significa tener un patrón deposicional normal (percepción personal del patrón intestinal). El estreñimiento, tal y como señalan diversos estudios es el problema digestivo más común que afecta aproximadamente al 30%-40% de los adultos mayores de 60 años siendo las mujeres las que presentan mayor probabilidad de padecerlo. Dicha prevalencia se ve modificada dependiendo de los factores de riesgo que intervienen, ya que además de la edad y el sexo femenino, otros factores de riesgo tales como el sedentarismo, la dieta y el uso de medicamentos aumentan dicho porcentaje de forma significativa. Por otro lado, el estreñimiento puede verse aumentado hasta en un 50%-80% en aquellas personas mayores que se encuentren institucionalizadas. Según un estudio en Noruega, entre el 50% y el 74% de las personas mayores que se encuentran en centros residenciales lo experimentan. Comparando los resultados de prevalencia entre los adultos mayores que viven en la comunidad y los que lo hacen en centros geriátricos, los primeros descritos se enfrentan a unas cifras de entre el 17% y el 40% de estreñimiento, mientras que los últimos lo hacen a unas cifras de entre el 10% y el 72%. Según la SEGG, la prevalencia del tipo crónico en los ancianos que viven en la comunidad es del 26% para los hombres y 34% para las mujeres, mientras que la prevalencia en aquellos que se encuentran institucionalizados alcanza valores de hasta el 75%. Por tanto, el estreñimiento constituye uno de los grandes síndromes geriátricos dentro de la geriatría y gerontología debido al elevado porcentaje de personas de edad avanzada que lo sufren, las graves complicaciones que origina y el impacto que tiene sobre su calidad de vida.

**1.3. Tipología y etiología del estreñimiento**

Existen varios criterios para clasificar el estreñimiento. Dependiendo de la duración del trastorno, puede clasificarse en agudo o crónico. Este último atendiendo a su etiología puede clasificarse a su vez en estreñimiento crónico primario o estreñimiento crónico secundario.

El estreñimiento agudo o transitorio se manifiesta de forma repentina y puede deberse a cambios en los hábitos o en el estilo de vida, producirse a procesos patológicos o ser de origen iatrogénico. Una persona que normalmente no padece estreñimiento puede presentarlo de forma ocasional. Los desencadenantes del estreñimiento agudo más frecuentes incluyen cambios dietéticos con la eliminación de alimentos ricos en fibra o el aporte de alimentos astringentes que influyen en la regulación intestinal; otro de los mayores desencadenantes es la disminución de la movilidad o actividad física en momentos puntuales debido a periodos de convalecencia por enfermedad. Por otro lado, el inicio de determinados medicamentos puede producir estreñimiento ocasional, sobre todo los antidepresivos y tranquilizantes, opioides, diuréticos, antipsicóticos, anticolinérgicos y complementos vitamínicos como el hierro y el calcio. Además, dicho trastorno puede ser ocasionado por diversos procesos patológicos que producen obstrucción intestinal, estos incluyen hernias, tumores y procesos inflamatorios. Otra de las causas muy comunes en este tipo son los trastornos rectales que producen dificultad y dolor en la defecación; los más frecuentes son las hemorroides y las fisuras anales.

Por otro lado, el estreñimiento crónico atendiendo a su etiología puede clasificarse en crónico primario, conocido también como funcional, y en crónico secundario, el cual puede estar asociado a un amplio abanico de condiciones patológicas y/o efectos adversos de medicamentos. Según la SEGG el estreñimiento crónico funcional o primario, causado por un trastorno del funcionamiento del intestino, se clasifica atendiendo a la función del tránsito del colon y a la función anorrectal en: estreñimiento por tránsito normal, estreñimiento por tránsito lento y trastornos de la evacuación rectal (trastornos defecatorios) o disfunción del suelo pélvico.

En referencia al estreñimiento con tránsito normal, al realizar las pertinentes pruebas diagnósticas no se observa un tránsito enlentecido, el transcurso de las heces por el colon es normal; sin embargo, el paciente presenta síntomas de estreñimiento (dolor y sensación incompleta de evacuación). En cuanto al estreñimiento con tránsito lento, es frecuente en mujeres jóvenes y la frecuencia de las deposiciones es escasa sin tener la necesidad de defecar. El tránsito lento puede deberse a alteraciones encontradas en el plexo mientérico del colon. En referencia al estreñimiento por trastornos defecatorios, vienen causados por alteraciones en la función del recto y ano, son pacientes con una gran incoordinación de la musculatura abdominal y el suelo pélvico.

Tabla 1. Condiciones médicas y fármacos asociados al estreñimiento crónico secundario

|  |  |
| --- | --- |
| Condiciones medicas | Medicamentos |
| Obstruccion mecanica: cancer de colon, estenosis anales, fisuras anales, rectocele, hemorroides, prolapso rectal.  Condiciones metabolicas: hipotiroidismo, diabetes mellitus, hipotasemia, hipomagnesemia.  Neuripatias: parkinson, lesion medular, paraplejia, esclerosis multiple, ACV. | Analgesicos, opiaceos (morfina)  Antiinflamatorios no esteroides (ibuproofeno)  Antidepresivos triciclicos (amitriptilina)  Antiparkinsonianos (benzotropina)  Anriespasmodicos (diciclomina)  Antipsicoticos (clorpromazina)  Antiespasmodicos (diciclomina) |

Así mismo, el estreñimiento crónico cursa con una patogenia multifactorial, además de las posibles causas mencionadas anteriormente, puede asociarse a diversas otras. Los hábitos alimentarios son un factor fundamental para el estreñimiento, una dieta pobre en fibra está asociada a niveles mayores de estreñimiento debido a la disminución de la formación de heces y a un tránsito intestinal lento. De igual manera una mala hidratación lo favorece. En las personas mayores se produce una disminución de la percepción de sed, por lo que hay que incidir en este aspecto y recordarles la importancia de beber líquidos en abundancia para favorecer la correcta formación de las heces. Otras causas pueden ir asociadas al estado socioeconómico del paciente, a factores ambientales (viajes, cambios de domicilio a residencia, estrés emocional) o a la falta de actividad física y vida sedentaria (encamamiento, movilidad reducida, inmovilidad, debilidad muscular o extrema delgadez).

**1.4. Factores de riesgo del estreñimiento**

El hecho de que la prevalencia del estreñimiento crónico sea tan elevada a partir de 60 años es debido a sus condiciones fisiopatológicas y a su estilo de vida, por lo que puede decirse que la edad avanzada es el principal factor de riesgo del estreñimiento, a mayor edad mayor riesgo de padecerlo. Así mismo, la edad avanzada constituye un gran desencadenante debido a la movilidad reducida, sedentarismo o inmovilidad, factores neuromusculares, patologías crónicas, deterioro cognitivo, cambios en el tracto digestivo y otras alteraciones asociadas con este grupo de población. Según un estudio, otro de los factores de riesgo que presentan las personas mayores es el uso de determinados fármacos específicos y la polifarmacia, ya que numerosos medicamentos tienen efectos anticolinérgicos (reducen la motilidad del intestino), ya mencionados en la Tabla 1.

En el caso de aquellas personas que se encuentran institucionalizadas, los efectos adversos de según qué medicamentos explican la elevada prevalencia del estreñimiento, ya que a partir de los 60 años suele ser mayor la ingesta de medicación.

Además, como se ha mencionado anteriormente en el apartado 1.2. Epidemiología, las mujeres son más propensas a padecer estreñimiento en comparación con los hombres y juega un factor desencadenante como consecuencia de cirugías ginecológicas, prolapsos vaginales y cambios producidos en el suelo pélvico.

Otro desencadenante que constituye un factor de riesgo significativo son los hábitos dietéticos, ya que una alimentación cambiante o irregular, con un déficit en el aporte de fibra y una hidratación insuficiente contribuye a padecerlo.

**1.5. Manifestaciones clínicas del estreñimiento crónico en personas mayores**

La clínica del estreñimiento crónico en las personas mayores puede manifestarse de forma diferente a la de los pacientes más jóvenes. Los síntomas asociados al estreñimiento están relacionados con la dificultad para la defecación por la presencia de heces duras o grumosas, lo cual deriva en la realización de un esfuerzo excesivo que puede precisar en diversas ocasiones de extracción manual. Los pacientes pueden referir disminución en el número de deposiciones, presentar sensación de evacuación incompleta o sensación de bloqueo rectal. Además, el estreñimiento puede producir tanto dolor perianal como dolor abdominal, así como sensación de hinchazón y plenitud en el estómago. Incluso pueden aparecer síntomas relacionados con fatiga, cefaleas y dolor en la zona lumbar.

Sin embargo, en las personas mayores con estreñimiento crónico, hay una serie de signos y síntomas que no pueden pasar por desapercibido ya que pueden resultar perjudiciales para su salud y requieren de actuación médica. Los síntomas de alarma del estreñimiento son:

• Anemia ferropénica.

• Pérdida rápida de peso.

• Sangrado rectal o sangre oculta en heces.

• Náuseas y vómitos.

• Pacientes con estenosis, prolapso o tumoración rectal.

• Palpación de masas abdominales al realizar la exploración física.

• Empeoramiento del estreñimiento crónico.

**1.6. Consecuencias y complicaciones del estreñimiento en personas mayores**

El estreñimiento crónico sobre todo en las personas mayores si no se trata puede afectar de forma significativa la calidad de vida de los pacientes y producir una serie de consecuencias y complicaciones ligadas a éste. De acuerdo con un estudio realizado por De Giorgio et al. (1) las personas de edad avanzada tienen más probabilidades de padecer complicaciones derivadas del estreñimiento.

La complicación más frecuente del estreñimiento crónico es la impactación fecal o fecaloma. Esta alteración se produce por una acumulación de heces en el tracto rectal y se manifiesta con dolor y bloqueo con imposibilidad para defecar. Según Serrano et al. (12) Las personas de edad avanzada son el principal grupo de población en presentar dicha complicación y aproximadamente la mitad de las personas mayores que se encuentran institucionalizadas la padecen en un periodo de tiempo de un año. La impactación fecal puede originar además otras complicaciones asociadas, como obstrucción intestinal, perforación del colon y úlceras estercoráceas (producidas en la pared del colon por la presión del fecaloma). De acuerdo con Ramos-Clemente MT et al. (13) las úlceras estercoráceas se desarrollan como consecuencia del estreñimiento crónico y se asocian a personas mayores que se encuentran debilitadas, en situación de encamamiento u institucionalizadas. Además, como consecuencia de la impactación fecal y secundario a ésta, en pacientes de edad avanzada e institucionalizados puede producirse incontinencia fecal con presencia de deposiciones líquidas. Dichas deposiciones son producidas por rebosamiento de las heces que se encuentran impactadas en el tracto rectal, estas deposiciones también son conocidas como pseudodiarrea. Cabe destacar que la impactación fecal en algunos casos también puede ocasionar trastornos urológicos provocando incontinencia urinaria, enuresis o infección de las vías urinarias.

Como complicaciones anorrectales derivadas del estreñimiento crónico pueden aparecer hemorroides tanto internas como externas. Esto es debido al esfuerzo excesivo y presión prolongada que se ejerce a nivel intraabdominal durante la defecación, lo cual produce una serie de alteraciones circulatorias a nivel local y acaba originando las hemorroides. Otra de las complicaciones anorrectales son las fisuras anales, originadas como consecuencia del paso de heces duras y secas a través del canal rectal. De acuerdo con la Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. El prolapso y las úlceras rectales son otras de las complicaciones asociadas al estreñimiento crónico que se producen de manera muy poco frecuente debido a la presión prolongada en el colon y el recto producida por las heces. El estreñimiento también puede llegar a ocasionar anorexia, megacolon, episodios de síncopes al realizar la extracción de fecalomas, cáncer colorrectal o divertículos en las paredes del colon.

De igual manera, el estreñimiento tiene un gran impacto en la calidad vida de las personas mayores. Por desgracia, influye de manera negativa sobre la población anciana llegando a perjudicar la salud mental y produciendo trastornos obsesivos, depresión y ansiedad en las personas que lo padecen. Así mismo, de acuerdo con diversos estudios, se observa una disminución en la percepción de salud general y un impacto negativo a nivel social y emocional de los ancianos. Por último, hay que destacar que el estreñimiento crónico incrementa de forma considerable los gastos en recursos sanitarios y produce un gran impacto económico debido a la prescripción médica de laxantes y visitas médicas realizadas por la elevada prevalencia de personas mayores que lo padecen.

**1.7. Diagnóstico**

Según la Societat Catalana de Digestologia y en base a los criterios de Roma IV para el diagnóstico del estreñimiento funcional, se considera que una persona presenta estreñimiento crónico funcional si cumple dos o más de los siguientes criterios en el 25% de las ocasiones:

• El número de deposiciones espontáneas realizadas a la semana sea inferior a tres.

• Dificultad excesiva para eliminar o evacuar las heces.

• Sensación de evacuación incompleta al haber realizado una deposición.

• Deposición escasa de heces duras, pequeñas y en forma de bolas, las cuales corresponderían al Tipo 1 y Tipo 2 de la escala de heces de Bristol.

• Sensación de obstrucción en el 25% de las deposiciones.

• Necesidad de realizar maniobras manuales para favorecer la defecación o necesidad de administración de supositorios, enemas u otro dispositivo de limpieza.

Los criterios de Roma IV han sido desarrollados para detectar problemas gastrointestinales. De igual manera, clasifican a los pacientes según si presentan estreñimiento de tipo crónico funcional primario, síndrome del intestino irritable con estreñimiento o trastornos en la defecación. Para poder realizar el diagnóstico de estreñimiento, los criterios anteriormente descritos deben haberse iniciado como mínimo 6 meses previos al diagnóstico, acentuándose durante los últimos 3 meses. Además, el diagnóstico debe realizarse a través de una correcta anamnesis, para así conocer la historia clínica del paciente, conocer su actual medicación, saber su percepción sobre sus hábitos deposicionales, conocer la frecuencia, consistencia de estas o si el paciente presenta sensación de esfuerzo en la expulsión de las heces. Así mismo, es fundamental la realización de un examen físico que incluya la palpación del abdomen con la finalidad de explorar la presencia de heces acumuladas en éste.

**1.8. Medidas higiénico-dietéticas**

Siempre se debe iniciar el tratamiento del estreñimiento crónico con medidas higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida, antes que recurrir a tratamientos farmacológicos. Las medidas no farmacológicas constituyen el primer paso de tratamiento frente al estreñimiento crónico. Los cambios en el estilo de vida recomendados incluyen seguir una dieta rica en fibra y un aporte adecuado de agua, realizar actividad física de forma regular y plantear un hábito intestinal regular. Además, es muy importante realizar una buena educación sanitaria sobre hábitos saludables para mejorar el patrón y la regularidad intestinal.

Una de las causas más importantes y frecuentes del estreñimiento crónico es la carencia de fibra en los hábitos dietéticos de las personas. Pueden diferenciarse dos tipos de fibra en función de sus propiedades y solubilidad en agua: la soluble y la no soluble. En el caso de la fibra soluble, cuando entra en contacto con el agua tiene gran capacidad para retenerla y formar soluciones viscosas o de gel. En cambio, la fibra insoluble tiene menor capacidad para retener agua y formar dichas soluciones, pero es capaz de hincharse desarrollando heces más blandas y voluminosas. El aumento del volumen de las heces ocasiona la estimulación de la motilidad del colon. La eficacia de la fibra insoluble en general aporta mejoría frente al estreñimiento en comparación con la fibra soluble y se recomienda su ingesta en una proporción de 3/1 de insoluble/soluble.

Es preciso recomendar un aumento de forma gradual en la ingesta de hasta 25g-30g de fibra diaria en adultos sanos. Este ligero incremento puede conseguirse introduciendo en la dieta alimentos con alto contenido en fibra tanto soluble (25%) como insoluble (75%). Se aconseja que dicho aporte provenga de verduras, frutas, cereales y legumbres. El consumo de dichos alimentos ayuda a la formación de las heces, regula el tránsito intestinal y mejora tanto el tamaño como la consistencia de las heces (más voluminosas y blandas). Además, cabe mencionar que los dos tipos de fibras son eficaces en el tratamiento y prevención del estreñimiento crónico.

Por otro lado, se recomienda una ingesta abundante de líquidos a diario ya que una ingesta escasa está relacionada con un tránsito colónico lento y como consecuencia con una disminución en la formación de heces. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una ingesta diaria de 3,7 L en hombres adultos y 2,7 L en mujeres adultas. Sin embargo, dichas recomendaciones no están centradas específicamente en las personas mayores y no se tiene en cuenta la fisiología del envejecimiento, sino que abarcan la población en general. En cambio, la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) recomienda una ingesta diaria de 2L en hombres mayores de 65 años y 1,6L en mujeres mayores de 65 años. Aunque existe controversia sobre la cantidad de ingesta hídrica, la guía de Prevención del estreñimiento en personas mayores establece 1,5L de ingesta hídrica como cantidad necesaria para un correcto funcionamiento del tránsito intestinal. No obstante, en aquellas personas con patologías cardíacas o renales la ingesta hídrica deberá individualizarse en cada caso, ya que un elevado aporte hídrico sería contraproducente para ellos y se produciría una descompensación en sus patologías de base. De acuerdo con Masot et al. (20) tras realizar una revisión crítica sobre la ingesta de líquidos en personas mayores de 65 años, recomiendan seguir las recomendaciones ESPEN y beber 1,6L diarios en el caso de las mujeres y 2 L diarios en el de los hombres. Hay que destacar que al aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra es necesario proporcionar una mayor ingesta hídrica. Así mismo, debe reducirse y moderarse el consumo de alcohol, café y té ya que al tener propiedades diuréticas influyen negativamente para el tratamiento del estreñimiento crónico.

Por otro lado, se ha demostrado que reprimir la necesidad de evacuar produce estreñimiento y disminuye el reflejo natural de la defecación. Es por este motivo que es muy importante crear un patrón de evacuación intestinal. Se recomienda que la rutina de evacuación sea por la mañana después del desayuno, aunque no es necesario que la persona evacúe a diario si ese no es su patrón intestinal normal. En el caso de las personas mayores que se encuentren encamadas y no sea posible llevarlos al baño, colocarlos en decúbito lateral izquierdo y con las piernas dobladas hacia el abdomen favorece la defecación. La posición en la que se coloca a la hora de la evacuación es muy importante, ya que colocar las piernas en posición más elevadas que la cadera aumenta la presión abdominal y contribuye a la defecación.

La actividad física y el ejercicio constituyen un factor fundamental para la prevención del estreñimiento crónico. Para ello se debe adaptar la actividad física al estado de salud y tolerancia de cada persona. Según la Guía de prevención del estreñimiento en personas mayores para aquellos individuos sin limitaciones en la movilidad se recomienda que caminen durante 15-20 minutos dos veces al día o 30-60 minutos a diario. Para aquellas personas con limitaciones en la movilidad se recomienda andar al menos durante 15 metros dos veces cada día. Sin embargo, en aquellos pacientes que se encuentren encamados o no puedan caminar pueden realizarse ejercicios de tronco inferior.

**1.9. Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico para el estreñimiento crónico no debe iniciarse sin antes haber realizado las modificaciones en los hábitos y estilo de vida con las medidas higiénico-dietéticas oportunas. El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, adecuándose a las características personales de cada paciente de edad avanzada.

Según la SEGG el tratamiento farmacológico del estreñimiento crónico en las personas mayores estará indicado en aquellos casos en los que tras iniciar las medidas higiénico-dietéticas sigue persistiendo estreñimiento crónico, en los casos en los que el estreñimiento esté asociado a condiciones médicas, con movilidad reducida o limitada con alteraciones en la musculatura abdominal, y por último en aquellos casos en los que se estén administrando medicamentos que produzcan una disminución de la motilidad intestinal. En estos casos, el abordaje irá dirigido al tratamiento de la patología asociada y a la retirada o disminución de medicación si es el caso.

Además, tal y como establece la SEGG, en las personas de edad avanzada existen diferentes grupos farmacológicos de laxantes que se utilizan para tratar el estreñimiento crónico: Laxantes formadores de masa o bolo, laxantes osmóticos, laxantes estimulantes o irritantes, laxantes salinos, laxantes emolientes o lubricantes y laxantes procinéticos. La mayor parte de estos laxantes tienen efectos secundarios como dolor o distensión abdominal y su elección debe basarse en su eficacia y seguridad.

Cuando el tratamiento farmacológico vía oral no es efectivo y las personas mayores llevan días sin poder defecar pese haber tomado laxantes, pueden administrarse supositorios de glicerina, enemas de limpieza (1.500 ml de agua en un periodo de 25 minutos) o enemas salinos (140-250 ml). Tanto los supositorios como los enemas se utilizan normalmente en combinación con los laxantes vía oral, y se administran en ocasiones puntuales en la que las personas de edad avanzada, especialmente aquellas que se encuentran institucionalizadas, presentan dificultad para evacuar (fecalomas o impactación fecal).

En aquellas personas mayores con un estreñimiento crónico grave y que resulte incapacitante puede recurrirse al tratamiento quirúrgico en última instancia. La cirugía en el estreñimiento crónico se realiza en casos aislados, en los que la persona no responde a medidas higiénico-dietéticas, tratamiento farmacológico vía oral ni a supositorios y enemas. Esta medida terapéutica puede conllevar infinidad de efectos secundarios (incontinencia anal, obstrucción intestinal, diarrea, etc.), por lo que debe realizarse en personas con una grave afectación de salud y en la calidad de vida. Según Serra et al. la cirugía que suele llevarse a cabo en estos casos es una colectomía subtotal, ha demostrado resultados beneficiosos y mejorar la calidad de vida de estas personas.

**HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD**

|  |
| --- |
| HISTORIA NATURAL DE ESTREÑIMIENTO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AGENTE:** El estreñimiento se carateriza por la dificultad para la defecacion, con frecuencia dolorosa, de heces duras y grandes emitidas a intervalos prolongados de tiempo.  **HUESPED:** el ser humano susceptibilidad universal  Factores de riesgo: edad, obesidad, sexo, antecedentes familiares, psicosociales, ocupacionales, socioeconomicos.  **MEDIO AMBIENTE:** deficit de saneamiento del medio ambiente urbano, rural, laboral. | **Desarrollo del agente:**  Falta de desarrollo en el sistema digestivo. | **Cambios anatomofisiologicos:**  Hipomotilidad intestinal  Problemas rectales  Debilidad de los musculos de la pared abdominal  Obstruccion del coon o del recto | **Signos y sintomas:**  Dolor abdominal  Anorexia o hiperoxia  Vomitos  Distension abdominal  Meteorismo y sangre en las heces. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PREVENCION PRIMARIA | PREVENCION SECUNDARIA | PREVENCION TERCIARIA |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROMOCION Y FOEMENTO**  Alimentacion adecuada modificacion de habitos  Medicacion | **Diagnostico temprano y tratamiento oportuno**  Llevar un estilo de vida saludable con una dieta rica en fibra, como la mediterranea. Ademas, conviene beber muchos liquidos |

|  |
| --- |
| **LIMITACION DEL DAÑO**  Recomendar a la paciente para revenir las complicaciones. |

|  |
| --- |
| **REHABILITACION**  Llevar a cabo una dieta saludable, realizar ejercicio, y modificar sus cambios alimenticios. |

**SIGNOS VITALES**

**NOMBRE COMPLETO:**

**EDAD:** Valeria Montserrat Ramirez Ocampo

**SEXO:** femenino

**RELIGION:** catolica

**ETNIA:**

**OCUPACION:** estudiante

**PESO:** 40.7 kg

**TALLA:** 1.47

**SIGNOS VITALES**

**T:** 36° c

**R:**  20xm

**PAM:**  73.33

**P:**  66

**P/A:**  100/60 mmh

**P.C:** 55cm **P.T:** 88

**P.A:** 77 cm **PIE:**

**BRAZO:**  15cm

**PLAN DE CUIDADOS**

2.1. Valoración de enfermería en el paciente geriátrico

2.1.1. Anamnesis del paciente geriátrico institucionalizado

2.1.2. Valoración de enfermería por necesidades básicas Virginia Henderson.

2.2. Proceso diagnóstico

2.3. Descripción de las intervenciones propuestas en el Plan de cuidados

2.3.1. Conocer y llevar un control del hábito deposicional del usuario

2.3.2. Mejorar la frecuencia y consistencia de las heces, así como la sintomatología propia del estreñimiento

2.3.3. Proporcionar estrategias dietéticas para mejorar el ritmo deposicional

2.3.4. Promover herramientas útiles para aumentar la ingesta hídrica en los casos en los que sea necesario

2.4.5. Facilitar estrategias para promover y fomentar la realización de actividad física.

**2.1. Valoración de enfermería en el paciente geriátrico**

La valoración de enfermería del paciente geriátrico institucionalizado se realizará a través de una entrevista en la que se recopilarán datos y se obtendrá información sobre los hábitos de vida y problemas referidos por los pacientes. La entrevista se compondrá de una anamnesis (edad, sexo, antecedentes y patologías, tratamiento farmacológico, etc.) seguida de una valoración de las necesidades de Virginia Henderson. En la valoración de enfermería del paciente geriátrico institucionalizado con estreñimiento, nos centraremos en aquellas necesidades que pueden alterar o modificar el patrón deposicional: la alimentación e hidratación, la eliminación fecal, y la movilización.

**2.1.1. Anamnesis del paciente geriátrico institucionalizado**

La anamnesis es una parte esencial en la valoración de enfermería ya que permite obtener datos personales de los pacientes (edad, sexo, nombre, estado civil, situación familiar, etc.), obtener información sobre antecedentes familiares o patologías actuales, así como detectar factores o elementos que estén interfiriendo en su estado de salud y bienestar. Es imprescindible realizar una correcta anamnesis para detectar aspectos que puedan estar implicados o relacionados en este caso con el estreñimiento que padecen las personas mayores.

**2.1.2. Valoración de enfermería por necesidades básicas Virginia Henderson**

**1. Alimentación e Hidratación adecuados**

En esta necesidad se deben valorar los hábitos dietéticos y de hidratación. Así mismo es muy importante preguntar acerca de las alergias e intolerancias, así como la realización de algún tipo de dieta específica adecuada a su estado de salud. Además, debe valorarse si la persona presenta dificultad en la masticación o deglución, o si hay presencia de náuseas, vómitos o flatulencias. Para valorar el estado nutricional es necesario pesar y medir a la persona para poder calcular el índice de masa corporal.

**2. Eliminación fecal**

En cuanto a la eliminación fecal, será necesaria la valoración de los hábitos de deposición habituales. Será imprescindible valorar la consistencia y características de las heces, frecuencia deposicional y la valoración de signos o síntomas típicos del estreñimiento como dolor abdominal o dificultad en la evacuación entre otros.

**3. MOVILIZACIÓN.**

Moverse y mantener posturas adecuadas: Con respecto a la movilización, se deberá valorar el grado de autonomía de las personas mayores institucionalizadas en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Además, es muy importante la valoración de la realización de actividad física y la capacidad de moverse. La exploración física del estado de las extremidades inferiores será fundamental para valorar la capacidad de movilización.

**2.2. Proceso diagnóstico**

A partir de la recopilación de datos obtenidos a través de la valoración de enfermería, se identifican los problemas de salud detectados, los cuales constituyen los diagnósticos de enfermería (NANDA). Partiendo de dichos diagnósticos, se efectuará la planificación. Como problema de salud principal partimos del estreñimiento, sin embargo, con relación a este diagnóstico encontramos los demás siguientes problemas:

- Disposición para mejorar la nutrición.

- Déficit de volumen de líquidos.

- Deterioro de la movilidad física.

- Disposición para mejorar el autocuidado.

**2.3. Descripción de las intervenciones propuestas en el Plan de cuidados**

**2.3.1. Conocer y llevar un control del hábito deposicional del usuario**

En primer lugar, para llevar a cabo esta intervención, los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que los residentes que participen son conscientes acerca del problema de estreñimiento que sufren, así como los signos y síntomas asociados a dicho problema. Dependiendo del grado de autonomía que presenten los usuarios, éstos podrán colaborar en mayor o menor medida y ser más o menos responsables sobre su estado de salud y bienestar personal. En aquellos residentes que hayan sido clasificados como independientes para realizar las ABVD a través de la escala Barthel (38) (realizada anteriormente en la valoración de enfermería), será imprescindible su colaboración, mientras que aquellos que presenten cualquier grado de dependencia (demencias, deterioro cognitivo, discapacidad física, etc.) podrán participar en la intervención siempre con la ayuda y supervisión del equipo sanitario de la residencia en la que se encuentren (auxiliares y equipo de enfermería).

La intervención consistirá en instruir a los residentes para llevar un control preciso y registrar las características del hábito deposicional. El equipo de enfermería puede proporcionar a los residentes que padecen estreñimiento un diario de control intestinal del usuario en el que se debe anotar todos aquellos aspectos observados en relación con sus deposiciones (frecuencia, consistencia, color, volumen, signos y síntomas presentes, movimientos intestinales, dolor abdominal, etc.). En el caso de aquellas personas mayores que presenten trastornos cognitivos tales como demencias o deterioros, será el profesional sanitario (equipo de enfermería con el soporte de las/os auxiliares de enfermería) el encargado de llevar a cabo el diario de control deposicional.

Para que esta intervención sea más fácil y llevadera de realizar, puede engancharse el diario de control deposicional en la pared del baño de la habitación de cada residente, para así evitar olvidos y descuidos. La finalidad de llevar a cabo el diario del hábito es deposicional es observar y visualizar las características de las heces, así como los signos y síntomas presentes, para poder detectar el estreñimiento y modificar aspectos relacionados con el estilo de vida para lidiar con este problema.

**2.3.2. Mejorar la frecuencia y consistencia de las heces, así como la sintomatología propia del estreñimiento**

En primer lugar, para ir poniendo en contexto a los usuarios, el profesional de enfermería efectuará una adecuada educación sanitaria con tal de enseñar los principios básicos con respecto a las medidas higiénico-dietéticas para lidiar con el estreñimiento. Se introducirá en rasgos generales la importancia de una dieta con alimentos ricos en fibra, así como asegurar una adecuada ingesta hídrica y realizar actividad física de manera regular (siempre adaptada y personalizada a cada residente). Se explicarán los beneficios de la realización de estas actividades. Estos cambios tienen como finalidad adquirir nuevos hábitos en el estilo de vida para conseguir que las deposiciones sean espontáneas, sin tener que recurrir y abusar de laxantes u otros dispositivos tales como enemas o supositorios.

Acto seguido, esta intervención consistirá principalmente en organizar un programa individualizado para la defecación, planificando un momento sistemático, sin interrupciones ni prisas, y procurando siempre crear un ambiente seguro e íntimo para el usuario. Se tendrá en consideración si la persona refiere un momento del día en el cual realice el hábito deposicional. De no ser así, se establecerá un horario regular en el que se aconseja realizar las deposiciones después de las comidas (20-40 minutos después de comer) debido al reflejo gastro-cólico. Dicho reflejo produce una serie de contracciones y movimientos en el colon tras la ingestión alimentaria, cosa que favorece que el bolo alimenticio avance hacia el recto y se realice la defecación. Cabe destacar que otro momento para realizar la evacuación puede ser a primera hora de la mañana, nada más despertarse, ya que el peristaltismo del intestino es mayor. Sobre todo, es muy importante recordar que cualquiera de los dos momentos es válido, sin embargo, se recomienda ir al baño cada día a la misma hora (tanto si el paciente elige por la mañana o postprandial), para así conseguir un horario regular de evacuación.

Por otro lado, para estimular la evacuación es muy importante la adopción de una postura adecuada. Se considera que la postura en cuclillas es la más fisiológica, natural y tradicional para favorecer la defecación. Esta posición favorece la acción de los músculos abdominales y pélvicos. Sin embargo, debido al envejecimiento existen diversos problemas musculoesqueléticos que dificultan la realización de dicha postura por parte de las personas mayores. El profesional de enfermería debe tener en cuenta dicho factor y proporcionar alternativas útiles. La herramienta planteada para este problema es la introducción de dispositivos de modificación de la postura de defecación (DPMD), es decir, la utilización de elevadores o taburetes que permitan mantener las extremidades inferiores elevadas y alineadas simulando la posición de cuclillas. Según un estudio, la utilización de DPMD mejora el ángulo anorrectal, reduce la tensión, disminuye el esfuerzo excesivo en la evacuación y el tiempo de defecación. En aquellos casos y en aquellas personas mayores encamadas cuyas condiciones físicas no permitan llevarlos al baño, se les posicionará en decúbito lateral izquierdo y con las extremidades inferiores flexionadas hacia el abdomen para así favorecer la defecación.

Por último, remarcar que la dilatación rectal digital del esfínter anal puede estimular la defecación, por lo que se procederá a enseñar al paciente a realizarla o si es preciso lo hará el profesional sanitario.

**5.4.3. Proporcionar estrategias dietéticas para mejorar el ritmo deposicional**

El incremento de la fibra dietética debe realizarse de forma gradual, principalmente en aquellas personas que no están acostumbradas a consumir alimentos ricos en fibra. El motivo es permitir al organismo adaptarse poco a poco a la nueva rutina alimentaria que vamos a establecer, de lo contrario podrían producirse efectos secundarios y molestias a nivel gastrointestinal como distensión, dolor abdominal o flatulencias entre otros. De esta manera, también se favorece una mayor adhesión al cambio de rutina alimentaria y se enfocan objetivos más realistas. La recomendación dietética general es introducir alimentos ricos en fibra hasta conseguir 25g/día, sin embargo, una dieta rica en fibra muy estricta favorece una disminución en el aporte de vitaminas, minerales y otros nutrientes esenciales. Esto resulta un inconveniente si el grupo de población son las personas mayores, por ello se introducirán alimentos ricos en fibra en las comidas sin dejar a un lado el resto de los alimentos esenciales (carnes, pescados, productos lácteos, etc.).

Para poder aplicar estas recomendaciones en el terreno práctico, se establece tomar a diario 6 raciones de derivados de los cereales (por ejemplo, una ración puede estar formada por una rebanada de pan, media taza de arroz, media taza de pasta integral o media taza de avena), 3 raciones de verduras (una ración de verduras puede estar formada por una taza de verduras de hoja o media taza de verduras cortadas) y 2 raciones de frutas (una ración de frutas puede estar constituida por una pieza de fruta mediana como la manzana o media taza de frutas de pequeño tamaño como las cerezas), así como consumir varias veces por semana legumbres. Dentro de las posibilidades, se debe comentar con las personas mayores qué preferencias alimentarias, gustos y aversiones tienen, ya que de no ser así se obtendría rechazo y repulsión por la dieta establecida. Además, se considerarán las alergias e intolerancias que puedan presentar cada uno de los residentes, adaptándose así de manera individualizada y personalizada.

La cantidad de fibra ingerida debe proveer de las frutas, verduras, hortalizas, legumbres, frutos secos y de los cereales y sus derivados. Es preferible el aporte de fibra a través de la dieta en lugar de añadir suplementos alimentarios. Con respecto a las frutas, podrán consumirse en su mayoría, limitando la ingesta de plátanos y manzanas por ser más astringentes. El profesional de enfermería motivará la ingesta de todo tipo de frutas (cerezas, fresas, naranjas, manzanas, peras, ciruelas, uvas, piña natural, etc.), preferiblemente crudas y con la piel si es posible, ya que es fuente de vitaminas y de fibra. En cuanto al aporte de verduras y hortalizas se deberá instruir sobre su consumo y animar a los residentes a consumirlos (brócoli, coliflor, guisantes, cebollas, tomates, ajos, acelgas, alcachofas, ensalada, patata hervida, etc.) debido al gran aporte de fibra dietética que aportan. Además, es muy importante el consumo de legumbres tales como garbanzos, lentejas, habas y el consumo de frutos secos como las almendras, cacahuetes y anacardos entre otros. Con respecto a los cereales, se recomienda que sean integrales, derivados del trigo o avena (pan integral, arroz integral, avena, harina integral o de avena, etc.) ya que el aporte de fibra es mayor que en los cereales y derivados refinados. Por último, cabe destacar que el consumo de grasas saturadas y alimentos elaborados con harinas refinadas debe limitarse ya que ocasiona un enlentecimiento en la digestión y por lo tanto favorece la aparición del estreñimiento.

Según un estudio realizado por Cunillera et al. (45), el consumo de tres kiwis al día mejora la frecuencia y consistencia de las heces y contribuye a mejorar el estreñimiento funcional en las personas mayores desde la primera semana de su consumo. Además, otro estudio realizado por Sobrón et al. (46), concluyó que la administración de un postre rico en fibra una o dos veces al día (constituido por 65g/130g de ciruelas e higos, sin azúcares ni conservantes, y 20g de Resource Puré de Frutas) es una alternativa eficaz para combatir el estreñimiento frente al tratamiento farmacológico. De igual forma, Dreher señala que la ingesta de 2 porciones diarias de ciruelas y pasas mejora la consistencia de las heces y aumentan la frecuencia de las deposiciones. Asimismo, se ha demostrado que el consumo de 300g/día (2 porciones) de mango fresco reduce el estreñimiento crónico hasta un 60% en adultos. El profesional de enfermería debe recomendar el aporte de estos alimentos ricos en fibra como suplementos alimentarios a media mañana, media tarde o en momentos puntuales en los que tengan hambre.

En el caso de aquellas personas mayores que presenten algún grado de disfagia debido a alguna patología (tumores, estenosis, demencias, condiciones neurológicas, etc.) se deberán adaptar los alimentos a las condiciones personales de cada residente según el grado de disfagia orofaríngea y textura tolerada. La disfagia es un problema que frecuentemente se desarrolla en personas de edad avanzada y que condiciona su estado nutricional; mantener una dieta específica y adaptarla a los pacientes que presentan disfagia supone en muchas ocasiones un inconveniente. En el caso de presentar disfagia a sólidos, existen diferentes niveles de textura: normal, masticación fácil, masticación muy fácil y puré. De igual manera, con respecto a la disfagia a líquidos, existen diferentes niveles de textura: líquida clara, textura néctar, textura miel y textura puding. Se deberán evitar todos aquellos grupos alimentarios que supongan un riesgo para el paciente, como puede ser el caso de los frutos secos y los cereales en su forma natural. No obstante, tanto los frutos secos como los cereales pueden constituirse con leche o agua, batiéndolo hasta conseguir una sustancia homogénea. Por otro lado, como ya se ha mencionado se recomienda el consumo de frutas con la piel por su aporte vitamínico y de fibra, sin embargo, en pacientes con problemas de deglución, lo mejor es retirar la piel, para evitar problemas de atragantamiento. Otra opción sería realizar un triturado de frutas en el que se incluya la piel.

Además, en el caso de residentes que solo toleran la textura puré, para que en estos casos se ingiera la cantidad de fibra recomendada por persona, las porciones deberán ser individualizadas. Para ello puede separarse por porciones y una vez cuantificada la porción recomendada, triturarse hasta conseguir la textura puré. Una estrategia para favorecer la adhesión de la dieta rica en fibra en estos casos sería presentar el puré en recipientes y formas agradables para la vista. De esta manera, se consigue que la alimentación sea un momento para disfrutar de la comida y no una “obligación aburrida”.

Para finalizar con esta intervención, se proporcionará por escrito a modo de infografía visual, una lista sobre todos aquellos alimentos cuyo consumo es preferible y recomendable. Asimismo, el profesional de enfermería deberá comunicar a los responsables de la cocina sobre los cambios dietéticos elaborados y se especificarán los residentes que llevarán a cabo la dieta rica en fibra.

**2.3.4. Promover herramientas útiles para aumentar la ingesta hídrica en los casos en los que sea necesario.**

En esta intervención, el profesional de enfermería determinará la cantidad y el tipo de ingesta de líquidos de cada residente, preguntando de forma individualizada sobre los hábitos de hidratación y la cantidad ingerida. Por supuesto, en aquellos casos en los que se encuentren ante personas mayores dependientes, con algún tipo de demencia o deterioro de la cognición, será el profesional auxiliar el encargado de responder acerca de la cantidad y tipo de ingesta hídrica. Asimismo, se procederá a la identificación de posibles factores de riesgo que contribuyan a una disminución del aporte de líquidos. En estas personas, la ingesta de líquidos es menor en comparación con las personas jóvenes; los principales factores de riesgo son enfermedades renales y cardiovasculares, incapacidad para llevar a cabo las ABVD, disminución de la sensación de sed, demencias y trastornos de la cognición o comportamiento. Según un estudio, uno de los factores de riesgo asociados a la disminución de la hidratación es la institucionalización de los ancianos.

Tal y como señala la ESPEN, el profesional de enfermería recomendará a los residentes la ingesta de 1,6L en mujeres y 2L en hombres al día de agua u otros líquidos. No obstante, se deberá tener en cuenta las condiciones personales de cada usuario, principalmente en casos de patologías cardíacas o renales en las que la ingesta hídrica está limitada debido a su estado de salud. Para que las personas mayores consigan ingerir la cantidad de agua y/o líquidos mencionada, pueden plantearse diversas estrategias. Una de las opciones es espaciar los 1,6-2L y cuantificarlos en vasos de 200ml (agua, zumos, infusiones, etc.), de tal manera que deban consumir 7-9 vasos diarios. Para que esta intervención no les suponga un sobreesfuerzo, puede plantearse un horario de ingesta hídrica, por ejemplo: 1-2 vaso al despertarse, 1 vaso en el desayuno (agua, zumos o infusiones), 1 vaso a media mañana, 2 vasos en la comida principal, durante la tarde 1-2 vasos y en la cena 1-2 vasos (se recomienda en la medida de lo posible ingerir menor cantidad de líquido por la noche). Los profesionales del centro residencial serán los encargados de realizar el concerniente reparto de la ingesta hídrica (auxiliares y enfermería). En este sentido, también serán los encargados de llevar a cabo el registro sobre la ingesta hídrica de cada residente. Otra de las estrategias que puede ser de utilidad para favorecer el consumo de líquidos es proporcionar botellas pequeñas de agua (300ml) y dejarlas en lugares cercanos de los residentes. De esta manera se favorece el acto de beber de manera inconsciente y se evitan olvidos. Asimismo, para aquellos residentes que les cueste más consumir agua u otros líquidos, pueden proporcionarse de manera regular frutas frescas, ya que el 80% de su contenido es agua.

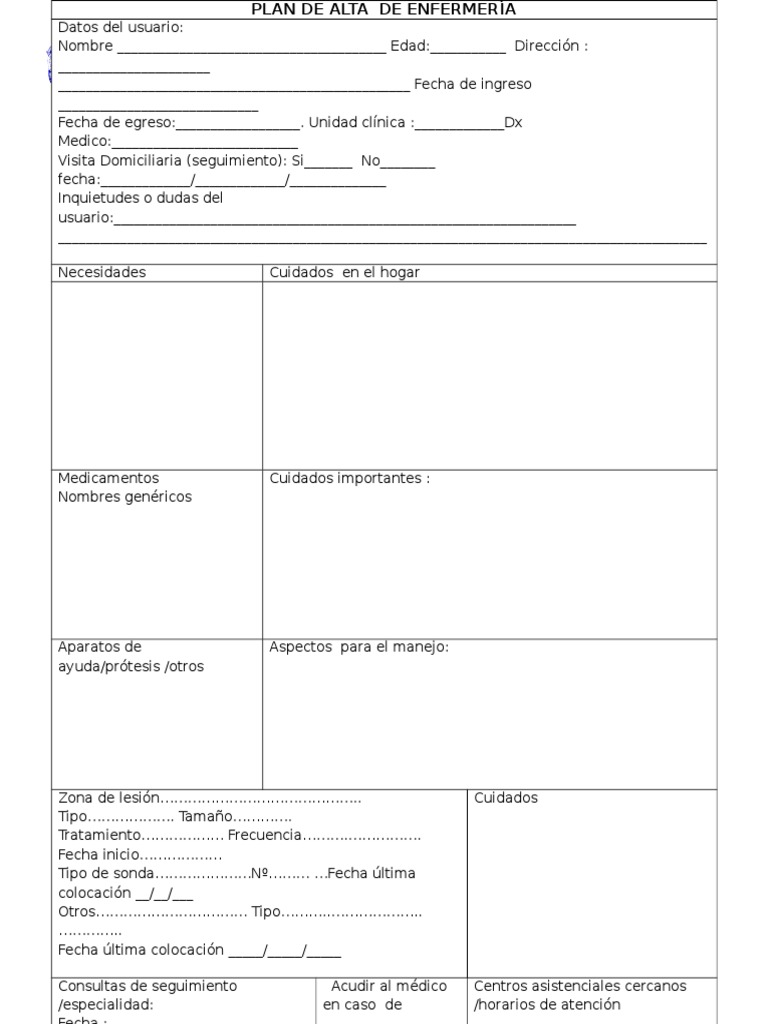
**5.4.5. Facilitar estrategias para promover y fomentar la realización de actividad física**

El profesional de enfermería determinará el nivel actual de ejercicio físico realizado por cada uno de los residentes que padecen estreñimiento. El propósito de la intervención será facilitar estrategias para realizar ejercicio físico de manera regular, siempre adaptado a las necesidades y limitaciones fisiológicas y cognitivas en cada caso particular. El estreñimiento crónico está muy relacionado con un estilo de vida sedentario, por lo que esta condición afecta en especial a las personas mayores que se encuentran institucionalizadas, ya que la mayoría de ellas padecen dolencias que limitad su movilidad. El equipo de enfermería del centro geriátrico informará a los usuarios acerca del motivo y beneficios del ejercicio prescrito, así como las actividades más apropiadas según sus características personales.

Realizar actividad física de intensidad baja consigue disminuir los signos y síntomas propios del estreñimiento (consistencia de las heces, frecuencia deposicional, dolor abdominal, impactación fecal, etc.) así como mejorar la calidad de vida. Teniendo en cuenta que este protocolo va dirigido a las personas mayores como población diana, se adaptará la actividad física acorde a su edad y capacidad. Como ejercicio físico de baja intensidad se entiende caminar de manera casual, ir en bicicleta, realizar ejercicios aeróbicos con movimientos repetitivos y de bajo impacto, realizar ejercicios de resistencia ligera y hacer natación (dependiendo de los recursos disponibles). Cualquiera de las actividades mencionadas debe llevarse a cabo durante al menos 30-60 minutos tres veces a la semana según la tolerancia de cada persona. La ejecución deberá desempeñarse de manera gradual, aumentando su frecuencia, duración e intensidad paulatinamente.

El equipo de enfermería junto con el soporte y ayuda del equipo de fisioterapeutas enseñarán a los residentes cómo realizar el ejercicio prescrito. Para ello pueden establecerse clases dirigidas 2-3 veces por semana de 30 a 60 minutos de duración en las que se lleven a cabo ejercicios aeróbicos de bajo impacto, así como ejercicios de resistencia ligera. Además, estas clases dirigidas pueden combinarse con días en los que se organicen salidas al exterior para llevar a cabo caminatas de 30-45 minutos de duración. De esta manera se fomentará su realización y participación, ayudando a incorporar el ejercicio prescrito en su rutina diaria. Asimismo, puede motivarse a los residentes a llevar a cabo alguno de los ejercicios instruidos en las clases dirigidas durante sus ratos libres si así ellos lo consideran.

Por otro lado, para aquellos residentes que se encuentren encamados o presenten alteración de la cognición, las intervenciones descritas anteriormente no son válidas, ya que debido a sus características y condición física no pueden llevarlas a término. Es por este motivo que en su caso el profesional de enfermería junto con el soporte de los fisioterapeutas realizará ejercicios de movilización pasiva para ayudar a la movilización del tránsito intestinal. En estos pacientes también puede llevarse a cabo la técnica del masaje abdominal ya que se ha demostrado que es una forma segura y no invasiva de manejo intestinal y mejora del estreñimiento.



**CONCLUSION**

El propósito que se pretende conseguir con este trabajo es el de mejorar la calidad de vida de las personas a través de determinadas medidas no farmacológicas que contribuyan a evitar y corregir el estreñimiento crónico, cuya prevalencia en su caso puede llegar hasta el 80%. En cuanto a las medidas preventivas para evitar el estreñimiento crónico, el tratamiento de primera línea y el primer paso para combatirlo son las medidas higiénico-dietéticas y los cambios en el estilo de vida con el fin de conseguir un hábito intestinal regular, que incluyen: seguir una dieta rica en fibra (25g-30 g/ al día) incorporándola de forma progresiva, una ingesta abundante de líquidos a diario (1,6 L en el caso de las mujeres y 2L en el de los hombres), actuando con precaución en pacientes de patología cardiaca o renal, y realizar de 30 a 60 minutos al día de actividad física de forma regular en individuos sin limitaciones de movilidad. De esta manera, se persigue evitar en la medida de lo posible la administración de tratamientos farmacológicos innecesarios con laxantes u otros dispositivos tales como lavativas o enemas que pueden perjudicar, empeorar o resultar invasivos para el bienestar de las personas mayores, reservándolos para el caso de que las medidas higiénico-dietéticas no sean efectivas.

**BIBLIOGRAFIA**

1. De Giorgio R, Ruggeri E, Stanghellini V, Eusebi LH, Bazzoli F, Chiarioni G. Chronic constipation in the elderly: A primer for the gastroenterologist. BMC Gastroenterology. 2015;15(1):130.

2. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Delgado Aros S, Ferrándiz Santos J, Rey Diaz Rubio E, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 1: Definición, etiología y manifestaciones clínicas. Gastroenterol Hepatol. 2017;40(3):132–41.

3. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Estreñimiento en el anciano. [Internet]. Madrid: International Marketing and Communication; 2014 [cited 2021 May 8]. Available from: [www.segg.es](http://www.segg.es).

4. Blekken L, Nakrem S, Vinsnes A, Norton C, Mørkved S, Gjeilo K, et al. Constipation and Laxative Use among Nursing Home Patients: Prevalence and Associations Derived from the Residents Assessment Instrument for Long-Term Care Facilities (interRAI LTCF). Gastroenterol Res Pract. 2016.

5. Bharucha A, Lacy B. Mechanisms, Evaluation, and Management of Chronic Constipation. Gastroenterol Hepatol. 2020;158(5):1249.

6. Mounsey A, Raleigh M, Wilson A. Management of Constipation in Older Adults. Am Fam Physician. 2015;92(6):500–4.

7. McCrea GL, Miaskowski C, Stotts N, Macera L, Varma M. Pathophysiology of constipation in the older adult. World J Gastroenterol. 2008;14(17):2631–8.

8. Sbahi H, Cash B. Chronic Constipation: a Review of Current Literature. Reports Curr Gastroenterol . 2015;17(12):47.

9. Bechiarelli AJA, Ramos-Clemente MT, Guerrero PP, Ramos CR. Estreñimiento. Medicine (Spain). 2016 Apr 1;12(7):337–45.

10. Cordero I, Díaz M, Gardeazabal Y, Martínez de Luco E, Martínez de Luco M. Curso básico sobre Patologías digestivas. Tema 3. Estreñimiento. Farmacia Profesional. 2016;30(3):27–34.

11. Wald A, Sigurdsson L. Quality of life in children and adults with constipation. Best Practice and Research: Clinical Gastroenterology. 2011 Feb 1;25(1):19–27.

12. Serrano Falcón B, Barceló López M, Mateos Muñoz B, Álvarez Sánchez A, Rey E. Fecal impaction: A systematic review of its medical complications Public health, nutrition and epidemiology. BMC Geriatr. 2016;16(1):4.

13. Ramos-Clemente MT, Bechiarelli AJA, Almanzor AV, Ramos CR. Protocolo terapéutico del estreñimiento crónico y sus complicaciones. Medicine . 2016 Apr 1;12(7):392–7.

14. Societat Catalana de Digestologia. Estreñimiento. Información para pacientes. [Internet]. Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. [cited 2021 Apr 22]. Available from: <http://www.scdigestologia.org/?p=page/html/patologies_es>

15. Chumpitazi BP, Self MM, Czyzewski DI, Cejka S, Swank PR, Shulman RJ. Bristol Stool Form Scale reliability and agreement decreases when determining Rome III stool form designations. Neurogastroenterol Motil. 2016;28(3):443–8.

16. Fernández-Lasquetty B. La gestión de los cuidados. [Internet]. SalusPlay. 2019 [cited 2021 May 8]. Available from: https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-gestion-yliderazgo-en-cuidados-de-enfermeria/tema-1-la-gestion-de-cuidados/19.

17. Gálvez J, Rodríguez M, Camuesco D. Tema 3. Fibra dietética. Granada; 57.

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Revisión Progresiva de las Directrices de la OMS para la calidad del agua potable. [Internet]. [cited 2021 May 8]. Available from: <https://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/nutwaterrequir.pdf>

19. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition. 2019;38(1):10– 47.

20. Masot O, Miranda J, Santamaría AL, Pueyo EP, Pascual A, Botigué T. Fluid intake recommendation considering the physiological adaptations of adults over 65 years: A critical review. Nutrients. 2020;12(11):1–14.

21. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Prevención del estreñimiento en personas mayores. Guías de buena práctica clínica. [Internet]. Ontario; 2011 [cited 2021 May 8]. Available from: [www.rnao.org/bestpractices Noemí Capdevila Aige 52](http://www.rnao.org/bestpractices%20Noemí%20Capdevila%20Aige%2052)

22. Heather Herdman T, Kamitsuru S. NANDA International: Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2015-2017 . 10th ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

23. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5a. Madrid: Elsevier; 2014.

24. Bulechek GN, Dochtherman JM, Butcher HK, Wagner CM, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6a. Madrid: Elsevier; 2014.

25. Vargas Chávez MY. Una reflexión sobre valores y principios bioéticos en la práctica de Enfermería. Rev Mex Enf Cardiol. 2010;18(1–2):43–5.

26. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cubana Oftalmol. 2015;28(2):228–33.

27. Consell de Col·legis d’Infermeres i Infermers de Catalunya. Codi d’Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. Barcelona; 2014.

28. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. 2001. 4121–4125. [Internet] Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-2353>

29. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. 2002. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

30. Jefatura del Estado, BOE. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. 2018. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>

31. Nestlé Nutrition Institute. Cribado nutricional Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment (MNA). 32. Cereda E. Mini nutritional assessment. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2012;15(1):29– 41.

32. Cereda E. Mini nutritional assessment. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2012;15(1):29– 41.