



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



Trabajo Fin de Grado

Título:

***Estreñimiento y uso de laxantes en
personas mayores.
Proyecto educativo***

Alumna: Erika Hernando Manso

Director: Daniel Fernández Robles

Madrid, 3 de mayo de 2022

Índice

Glosario de abreviaturas	3
Resumen	4
Abstract.....	5
Presentación.....	6
Estado de la cuestión	7
Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema	7
1. Estreñimiento en geriatría.....	7
2. Causas de estreñimiento y tipos	10
3. Principales causas del estreñimiento en personas mayores.....	12
4. Detección del estreñimiento en el paciente mayor	14
5. Tratamiento del estreñimiento	16
6. Estreñimiento y Ca colorrectal en personas mayores	20
Justificación.....	21
Proyecto educativo.....	22
Población diana y captación	22
Objetivos.....	23
Contenidos	24
Sesiones, técnicas de trabajo y empleo de materiales	25
Evaluación.....	35
Bibliografía.....	37
Anexos.....	42
Anexo 1: Escala de Bristol.	43
Anexo 2: Tabla de laxantes formadores de masa.....	44
Anexo 3: Tabla de laxantes osmóticos y salinos.....	45
Anexo 4: Tabla de laxantes estimulantes.....	46
Anexo 4 continuación: Tabla de laxantes estimulantes.	47
Anexo 5: Tabla de laxantes emolientes y lubricantes.	48
Anexo 6: Tabla de laxantes antagonistas de los receptores periféricos opioides	49
Anexo 7: Tabla de laxantes activadores de la Guanilato Ciclasa.....	50
Anexo 8: Cartel informativo. Anexo 9: Folleto sesiones clínicas.	51
Anexo 10: Listado de inscripción sesiones clínicas.	53

Anexo 12: Hoja de asistencia y participación para los asistentes.	55
Anexo 13: Cuestionario tipo test para evaluación de conocimientos.....	56
Anexo 14: Cuestionario para evaluar la satisfacción de los asistentes a las sesiones.....	58
Anexo 15: Cuestionario para la evaluación a largo plazo.	59

Glosario de abreviaturas

Abreviatura	Significado
TFG	Trabajo fin de grado
TFD	Trastornos funcionales digestivos
AVD	Actividades de la vida diaria
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AINE	Antiinflamatorios no esteroideos
IMAO	Inhibidores de la monoaminoxidasa
Ca	Calcio
FC	Frecuencia cardiaca
TA	Tensión arterial
BCC	Bloqueadores de los canales del calcio
TCAE	Técnico en cuidados auxiliares de enfermería
ATB	Antibióticos
TMF	Trasplante de microbiota fecal.
FOD-MAP	Oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables
RAM	Reacción adversa medicamentosa
DM	Diabetes mellitus
AAS	Ácido acetilsalicílico
SNC	Sistema nervioso central
EII	Enfermedad inflamatoria intestinal
ITU	Infección del tracto urinario

Resumen

Introducción: El estreñimiento es un problema de salud que afecta a gran parte de la población mundial, esta afección tiene una alta prevalencia en las personas mayores y afecta a su calidad de vida en muchos casos, pudiendo producir complicaciones graves llegando en los peores casos al fallecimiento del individuo por obstrucción por rebosamiento.

Objetivo: Formar a los profesionales de centros en los que se presten cuidados a personas mayores, explicando los diferentes tipos de estreñimiento, así como el abordaje terapéutico con laxantes, se explicarán los más usados en este colectivo, así como hacer hincapié en hábitos de vida saludables para prevenirlo.

Metodología: Se va a llevar a cabo un proyecto educativo con los profesionales de enfermería que adquirirán conocimientos sobre qué tipo de estreñimiento se suele encontrar en el perfil geriátrico, así como los tipos de laxantes que se prescriben para su tratamiento.

Implicaciones para la práctica de enfermería: Con la formación se pretende mejorar la atención que se presta a los pacientes en estas instituciones e intentar fomentar hábitos de vida saludables para la prevención del estreñimiento.

Palabras clave: Estreñimiento, laxantes, personas mayores, geriatría, dieta, hidratación, impactación fecal, inmovilidad.

Abstract

Introduction: Constipation is a health problem that affects a large part of the world population, this condition has a high prevalence in the elderly and affects their quality of life in many cases, they can cause serious complications, reaching in the worst cases the death of the individual due to overflow obstruction.

Objective: To train professionals of centers in which care is provided to the elderly, explaining the different types of constipation as well as the therapeutic approach with laxatives, the most used in this group will be explained, as well as emphasizing healthy lifestyle habits to prevent it.

Methodology: An educational project will be carried out with nursing professionals who will acquire knowledge about what type of constipation is usually found in the geriatric profile as well as the types of laxatives prescribed for its treatment.

Implications for nursing practice: The training aims to improve the care provided to patients in these institutions and try to promote healthy lifestyles in order to prevent constipation.

Keywords: Constipation, laxatives, elderly people, geriatrics, diet, hydration, fecal impaction, immobility.

Presentación

En el presente trabajo de fin de grado, me he querido centrar en el estreñimiento y el uso de laxantes en el colectivo de tercera edad. Es cierto que el problema no solo afecta a las personas mayores, se da en todas las edades, pero el envejecimiento tiene un gran impacto y una alta prevalencia en el estreñimiento. Esto se ve incrementado cuando la persona es institucionalizada, ya que aumentan los factores de riesgo asociados. Lo que me ha inspirado a buscar información sobre este tema es que al llevar trabajando como técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desde el 2014, me he dado cuenta de la gran cantidad de pacientes que padecen estreñimiento y las graves complicaciones si esto no se detecta de forma precoz y/o no se trata de forma adecuada. Por desgracia, he vivido como un paciente ha fallecido con una obstrucción intestinal por rebosamiento; esto sucedió por la falta de detección del problema, y creo que se podría haber evitado con un mejor conocimiento y manejo del estreñimiento por parte de los profesionales, que no detectaron que llevaba días sin defecar.

En ocasiones nos encontramos con un perfil de paciente con pluripatologías, lo que nos lleva a la polimedicación, que sumado en muchas ocasiones a enfermedad mental y/o deterioro cognitivo no es capaz de expresar que no puede hacer de vientre. En muchos casos, el paciente tiene un umbral de dolor muy alto. Para detectarlo, como profesionales de enfermería debemos estar muy pendientes y llevar un seguimiento exhaustivo del patrón defecatorio. En cada centro los médicos prescriben un tratamiento para el estreñimiento; y existen protocolos que son guías de actuación ante la presencia de estreñimiento. Por este motivo me decidí a tratar este tema, ya que con una formación adecuada del personal de enfermería se puede prevenir, detectar precozmente y tratar de forma inmediata, evitando graves complicaciones en los pacientes. Así daremos calidad en la atención que prestamos y calidad de vida en los usuarios.

Quería aprovechar para agradecer a las personas que me han ayudado a realizar este trabajo, a mis padres y mi hermano que son un pilar fundamental en mi vida. A mi pareja a la que admiro, que siempre está apoyándome y aguantando mis momentos de “crisis” con los estudios; me transmite paz, estabilidad y tranquilidad. A mis amigas que siempre están ahí me comprenden y me dan ánimos cuando los tengo bajitos; y a los profesores y profesionales que me han acompañado durante toda mi formación y me han aportado muchísimo, no solo conocimiento si no también habilidades y valores que tanto se necesitan en esta bonita profesión. Gracias a todos por todo y por tanto.

**“Diez gramos de prevención equivalen a
más de un kilogramo de curación”**

(Lao Tse)

Estado de la cuestión

Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

Para la elaboración del trabajo de fin de grado (TFG) se realizó una búsqueda bibliográfica centrada en buscadores primarios como: Pumbed, SciElo, Dialnet, Google académico, Fistera y Geriatricarea. A partir de tesauros MeSH y DeSC. Y los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

MeSH	DeSC
Constipation	Estreñimiento
Laxantives	Laxantes
Elderly people	Personas mayores
Geriatrics	Geriatría
Diet	Dieta
Hydration	Hidratación
Fecal impaction	Impactación fecal
Immobility	Inmovilidad

Se han incluido monografías y comparaciones de algunos prospectos de la agencia del medicamento; pero la mayor parte de la información se ha obtenido de artículos de revistas científicas.

La ecuación que más se ha empleado para la búsqueda de información ha sido:

Constipation *AND* elderly people *OR* laxantives, constipation *AND* immobility *OR* hydration, fecal impaction *AND* geriatrics.

La búsqueda de información científica la he desarrollado entre el mes de noviembre de 2021 al mes de febrero de 2022, incluyendo artículos en idioma castellano e inglés.

1. Estreñimiento en geriatría

El estreñimiento afecta a gran parte de la población europea y se debe conocer que al ser una de las alteraciones más usuales del sistema digestivo, tiene una gran prevalencia en la población de edad avanzada y conlleva serias complicaciones, afectando a la calidad de vida de los usuarios. (1)

Es evidente que no todos los ancianos son iguales aunque tengan la misma edad, por lo que se va a proceder a definir la tipologías de ancianos que abarca la rama de la geriatría (2).

Se conoce como anciano sano a una persona mayor de 65 años que no presenta ninguna enfermedad objetivable. Tiene una funcionalidad bien conservada y es autónomo para la

realización de las actividades de la vida diaria (AVD) tanto básicas (ABVD) que comprenden el autocuidado personal (aseo, alimentación, vestido, caminar, levantarse/acostarse) como instrumentales (AIVD) que permiten el desarrollo de actividades para vivir de forma autónoma (cocinar, limpiar, comprar, manejo de dinero, controlar medicación, utilizar transporte público). No tiene ninguna patología mental ni problemática social (2).

Por otro lado, este anciano sano puede presentar una enfermedad aguda en un momento puntual pasando a llamarse anciano enfermo, y se comportaría como un enfermo adulto (2).

El anciano frágil es una persona mayor que presenta una o varias enfermedades de base, tiene una funcionalidad limitada, es autónomo para la realización de las ABVD, pero no para las AIVD, siendo necesario un soporte socio-familiar; son personas en riesgo de discapacidad debido a su tendencia a la dependencia (2).

En el otro extremo del anciano sano se sitúa el anciano geriátrico, que es una persona de edad avanzada con alguna/s enfermedad/es crónica/s, con dependencia funcional ya que no puede realizar de forma autónoma las ABVD ni las AIVD. Es una persona con alto grado de dependencia (2).

1.1. Definición de estreñimiento

Se debe conocer que cada individuo tiene un patrón defecatorio diferente, por lo que es complicado definir esta afección. Cada paciente lo percibe de una forma, es subjetivo e influyen factores como la cultura, la dieta, el estado neurológico, la movilidad... (3)

Al no haber una definición única y tras consultar varios documentos, según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología se puede decir que el estreñimiento es el proceso de evacuación de heces de forma infrecuente que requiere realizar un mayor esfuerzo o presenta mayor dificultad en evacuar una cantidad de heces escasa y de consistencia dura/seca (3).

Se considera que una persona con un tránsito intestinal normal, sin estreñimiento, defeca desde tres veces a la semana, hasta dos veces al día. También, hay personas que tienen un patrón defecatorio de una deposición de características normales cada 3 días y sin esfuerzo (3)

Entre las complicaciones que pueden surgir por el estreñimiento en las personas mayores institucionalizadas nos encontramos con (4,5):

- Complicaciones anorrectales como son las hemorroides (venas alrededor del ano que se dilatan debido al esfuerzo al defecar), fisuras anales (lesiones/grietas en el ano), prolapso rectal (herniación del recto), impactación fecal (acumulación de materia fecal en el colon con imposibilidad de evacuar) y la incontinencia fecal (la acumulación de las heces puede conducir a incontinencia por rebosamiento ya que se produce una distensión rectal y relajación del esfínter anal interno).

- Entre las complicaciones colónicas puede ocurrir una colitis isquémica (la acumulación de heces en el colon comprime la pared del intestino alterando el flujo y provocando una isquemia), un vólvulo intestinal (se trata de un colon alargado debido a una falta de tono por el propio estreñimiento, es una urgencia médica bastante frecuente entre las personas mayores) e incluso cáncer de colon.
- Otras complicaciones que puede tener el estreñimiento son infecciones del tracto urinario (ITU), alteraciones hemodinámicas debido al sobreesfuerzo al defecar conocido como Valsalva (produce el síncope vaso-vagal, puede provocar roturas en las varices esofágicas, y un aumento de la presión portal) también arritmias, cambios en la conducta de la persona mayor (puede producir trastornos psiquiátricos como depresión o conductas agresivas en la persona mayor) y anorexia y reflujo gastroesofágico (RGE) por un aumento de la presión intraabdominal y plenitud en el tracto digestivo.
- Las complicaciones indirectas producidas por tratamientos locales pueden producir lesiones en la mucosa rectal e incluso perforaciones en el intestino. También se puede producir un paro cardíaco en la extracción digital de un fecaloma si no se ha preparado al paciente de forma adecuada.

1.2. Epidemiología en España

La prevalencia de estreñimiento en España se encuentra alrededor de 14-29%, estos porcentajes van a variar dependiendo de los criterios objetivos o subjetivos que se empleen, así como las características de la población (1).

Existe mayor incidencia en el sexo femenino que en el masculino, así como un nivel socioeconómico bajo tiene más probabilidad de padecer estreñimiento que un nivel alto.

Las personas de edad avanzada, de más de 65 años, tienen más probabilidad de sufrir estreñimiento, por lo que llegados a esta edad la incidencia incrementa entre un 24-50% (1).

Dentro de este grupo de edad, los pacientes institucionalizados ven aumentados exponencialmente los factores de riesgo como sedentarismo, dieta pobre en fibra, polifarmacia, alteraciones cognitivas, alteraciones en control de esfínteres... lo que lleva a elevar este porcentaje en un 60-80% (1).

Con esta cifra se entiende que más de la mitad de los pacientes que son institucionalizados sufren estreñimiento y esto genera bastante malestar y disminuye la calidad de vida entre los residentes. (1)

1.3. El envejecimiento y el estreñimiento

Al envejecer, el cuerpo humano sufre un deterioro progresivo natural y esto conlleva a alteraciones intestinales como cambios en la mucosa que recubre la luz del intestino o alteraciones en la musculatura anal; pero esto no supone que el anciano deba tener estreñimiento, si la persona mantiene unos buenos hábitos como la realización de ejercicio, dieta rica en fibra e hidratación, no suelen padecer estreñimiento. Se puede decir que una persona de edad avanzada que mantiene unos hábitos saludables y es activa puede tener un tránsito intestinal igual o parecido al de una persona joven (6).

Sin embargo, con la institucionalización esto cambia, ya que se modifican todos sus hábitos, se vuelven más sedentarios (algunos usuarios están encamados), las dietas no tienen la suficiente fibra y la hidratación a veces no es la adecuada. Cuando el paciente anciano ingresa en una institución, normalmente es porque ya no es capaz de realizar todas las AVDs, suelen presentar alteraciones cognitivas como demencia, Párkinson y van perdiendo progresivamente su autonomía. (6)

Cuando se habla de institución se refiere a una residencia donde viven las personas mayores que tienen su funcionalidad alterada y tienen dificultades para la realización de las AVD, han ido perdiendo su autonomía por lo que son personas con un alto nivel de dependencia, y en estos centros se les proporcionan unos cuidados integrales por parte de un equipo multidisciplinar. Como bien se ha definido antes, los usuarios que van a residir en estos centros son ancianos frágiles y ancianos geriátricos (7).

2. Causas de estreñimiento y tipos

El estreñimiento se puede clasificar en función del tiempo que dura la afección, y en función del tipo va a variar la etiología de cada uno. (8)

2.1. Estreñimiento agudo

También se conoce como transitorio, ya que en este caso el estreñimiento es puntual, dura menos de 3 meses, y normalmente es debido a (8):

- Cambios alimenticios como dietas o comer fuera de casa.
- Cambios en las AVD como el incremento del sedentarismo.
- Viajes que implican cambios en hábitos y alimentación.
- Estrés.
- Fármacos que se toma de forma puntual y producen estreñimiento.
- Inhibición voluntaria del reflejo defecatorio en repetidas ocasiones.

2.2. Estreñimiento crónico

Es aquel estreñimiento que tiene una duración de más de tres meses. A su vez se pueden diferenciar dos subtipos, el primario y el secundario. (8)

2.2.1. Estreñimiento primario

También conocido como funcional ya que se debe a las alteraciones en el intestino. (9)

Entre las posibles causas se encuentran:

- Los malos hábitos de alimentación y dieta pobre en fibra (9).
- La motilidad del intestino enlentecida (9).
- Las neuropatologías (9).
- El sedentarismo que hace que el tránsito intestinal se enlentezca produciendo que las heces permanezcan más tiempo en el intestino y se deshidraten, volviéndose secas y duras, dando lugar a la impactación fecal (10).
- La pérdida de masa muscular abdominal con reducción de la presión de la pared abdominal (por la edad avanzada) (9).
- Las alteraciones anales que dificultan la defecación debido a una insuficiente apertura (9).

2.2.2. Estreñimiento secundario

Es aquel estreñimiento que se produce por los efectos secundarios de los fármacos o patologías previas que tenga la persona (11).

Las causas más probables del estreñimiento secundario son (11):

- Tratamientos crónicos medicamentosos (de larga duración). Algunos fármacos favorecen el estreñimiento como el hierro o el calcio (frecuentemente pautado a pacientes de edad avanzada), antiácidos, opioides, antihistamínicos, sedantes, anticolinérgicos, antagonistas del calcio, diuréticos, antiparkinsonianos, colestiramina, inhibidores de la aminooxidasa (IMAO), antidepresivos, antiepilépticos, antipsicóticos y alcaloides.
- Abuso de laxantes irritantes, cuando se emplean de una forma crónica y continuada dañan el intestino y empeoran el estreñimiento.
- Patologías del intestino o del colon como cáncer o síndrome del colon irritable.
- Diabetes mellitus o hipotiroidismo.
- Neuropatologías como esclerosis múltiple, Parkinson, ictus, lesiones de la médula espinal que afectan a las inervaciones de los músculos del colon y recto.

2.3. Otras causas de estreñimiento

Se deben considerar otras causas de estreñimiento como (12):

Las dificultades en la propulsión de las heces produciendo una disminución en la frecuencia de las deposiciones, no tener la necesidad de evacuar, heces duras y pequeñas; la dificultad que se presenta en la expulsión ocasiona una sensación de vaciado incompleto, implica un mayor esfuerzo, varios intentos para el vaciamiento y/o emplear maniobras digitales por presencia de heces duras; y otra causa de estreñimiento es la alteración en el microbioma del intestino conocido como disbiosis (12).

El microbiota del intestino está formado por gran variedad de bacterias, un 90% son *Firmicutes* y *Bacteroidetes*, y el 10% *Actinobacterias* y *Proteobacterias*, también podemos encontrarnos otro tipo de microorganismos como virus, arqueas y levaduras.

Las alteraciones del microbiota producen estreñimiento cuando disminuye el número de concentración de las colonias de bacterias (13).

El microbiota se modula mediante (13):

- Dieta: rica en fibra soluble, baja en FOD-MAP (Oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables).
- Probióticos: microorganismos vivos en cantidades controladas, mejoran la barrera del intestino, estimulan el sistema inmune, activan mecanismos bactericidas, modulan el peristaltismo.
- Prebióticos: FOD-MAP, son ingredientes no digeribles de los alimentos. Promueven la proliferación de bacterias gastrointestinales.
- Antibióticos (ATB): como la Neomicina o la Rifaximina. Disminuyen el tiempo de tránsito intestinal.
- Trasplante del microbiota fecal (TMF). Aumenta la frecuencia de evacuación, mejora la consistencia de las heces y disminuye el tiempo de tránsito del intestino.

Se ha demostrado que el uso generalizado/abuso de laxantes produce en el individuo diarrea osmótica produciendo daños en el microbioma lo que conlleva cambios en el sistema inmunitario (15).

3. Principales causas del estreñimiento en personas mayores

Los ancianos que padecen esta afección tienen su etiología en factores como (16):

- Dieta inadecuada o deficiente: baja en calorías, pobre en fibra.
- Cambios en la higiene defecatoria.
- Polifarmacia.
- Deshidratación o deficiente aporte de agua.
- Sedentarismo, inmovilidad y deficiencia de ejercicio.

- Patologías como: trastornos gastrointestinales y alteraciones en las estructuras intestinales, neuropatologías, enfermedades endocrino-metabólicas, cardiopatías, enfermedades degenerativas articulares.

3.1. Fármacos que producen estreñimiento

Hay medicamentos que producen algunas reacciones adversas (RAM), y entre estas RAM encontramos el estreñimiento, los principales fármacos que lo producen son analgésicos, antagonistas de los receptores de la Serotonina 5-HT₃, antiácidos, anticolinérgicos, antidepresivos, IMAO, carbonato cálcico, BCC, Hierro, antiparkinsonianos, betabloqueantes, diuréticos, antihistamínicos alcaloides de la Vinca y resinas de intercambio iónico (3,17).

La mayoría de estos fármacos ocasionan estreñimiento debido a que actúa en el sistema nervioso periférico, lo que incluye el tracto gastrointestinal, alterando su motilidad, disminuyendo las secreciones y alterando la tonicidad de los esfínteres (17).

3.2. Deshidratación en personas mayores institucionalizadas

3.2.1. La deshidratación

Es el descenso de los niveles de agua corporal total. La causa se encuentra en una disminución en la ingesta de líquido y/o un aumento de las pérdidas con la consecuente pérdida de sodio (18).

El sistema Renina-Angiotensina mantiene la homeostasis; con la edad avanzada la función renal disminuye y se va perdiendo capacidad para concentrar la orina y retener líquidos (18). Por otro lado, el umbral de percepción de sed en personas mayores aumenta, siendo común la hipodipsia en este rango de edad (18).

Se realizó un estudio en una residencia de España para ver el problema de la deshidratación en las personas mayores institucionalizadas. En el estudio se analizaron la prevalencia siendo del 31,3 % y los factores que se asocian a la deshidratación. Según este estudio se asociaron 4 factores de riesgo siendo los ojos hundidos, la baja ingesta hídrica, el deterioro funcional y el deterioro cognitivo (18).

3.2.2. Tipos de deshidratación

Los tipos de deshidratación podrían clasificarse como (18):

- Aguda: es la pérdida de agua y sodio, se da en todas las edades y normalmente se debe a vómitos, diarrea y aumento de la sudoración.
- Crónica: a deshidratación crónica es la más prevalente en las personas mayores y es debida a un insuficiente aporte de líquidos durante un tiempo prolongado.

3.3. Factores de riesgo asociados a la deshidratación en personas mayores institucionalizadas

Entre los factores de riesgo principales en el desarrollo de deshidratación en personas mayores se encuentran la edad, el sexo femenino, las infecciones de repetición, la demencia y el deterioro funcional, el encontrarse en situación de final de vida y una ingesta hídrica <1.5L (18).

Las personas mayores institucionalizadas son muy vulnerables a la deshidratación lo que lleva a múltiples ingresos hospitalarios; ésto es potencialmente evitable, por ello la prevención es primordial, evitando patologías crónicas como el estreñimiento y mejorando la calidad de vida (18).

Es muy importante a detección precoz de la deshidratación, el bajo aporte de líquidos produce una reducción en el espacio de distribución de Sodio produciendo hipernatremia e hipertonidad (18).

El cuadro clínico de la deshidratación se traduce en sed y orina concentrada cuando el cuadro es leve, lo anterior más oliguria, ojos hundidos, mucosas secas, debilidad, mareos e hipotensión ortostática cuando el cuadro es moderado, y con casos de deshidratación grave a lo anterior se le suma taquicardia/bradicardia, extremidades frías, disminución de la turgencia de la piel, arrugas y confusión (19).

4. Detección del estreñimiento en el paciente mayor

4.1. Anamnesis

La información recogida debe registrarse de forma adecuada en la historia clínica del paciente, esta información comprende aspectos como: antecedentes personales y familiares (cáncer colon), síntomas, tratamiento farmacológico, actividad física, dieta, patrón defecatorio (nº deposiciones/semana), características de la deposición (cantidad, color, consistencia, presencia de sangre, mucosidad, olor, melenas...) y fecha de la última deposición (20).

Los profesionales sanitarios deben de estar alerta para detectar posibles síntomas de estreñimiento y así poder intervenir precozmente, por ello, en aquellos pacientes institucionalizados propensos a estreñirse y con laxantes prescritos en su tratamiento, se registra a diario y por turno si realiza deposición o no, la cantidad (mucho, poco, normal) y el aspecto (forma, consistencia, color) (20).

4.2. Exploración física

Tras la anamnesis, se realizará la exploración física cuando se detecte que el paciente presente síntomas de estreñimiento como los descritos en criterios Roma (20).

Se palpará el abdomen para comprobar si lo tiene blando y depresible (normal). La presencia de un sonido timpánico valorado con la percusión en el flanco izquierdo indica presencia de gases por lo que se puede colocar una sonda rectal para facilitar la expulsión de estos (20).

La obstrucción intestinal se traduce en un conjunto de signos y síntomas (síndrome) que tiene su etiología en la detención de forma parcial o completa de heces y gases en cualquier porción del intestino. La causa más frecuente que produce una obstrucción intestinal son las hernias, siendo una de las complicaciones más graves (21).

Los síntomas de obstrucción son: dolor de características cólicas (abdomen agudo), vómitos, ausencia de evacuación de heces y gases, distensión intestinal (distensión del abdomen) y , en casos graves, shock con un bajo nivel de consciencia (21).

Ante la sospecha de obstrucción intestinal se coloca una sonda nasogástrica (SNG) conectada a un sistema cerrado (bolsa) y por gravedad se vacía el contenido gástrico, visualizando si hay restos fecaloideos en el débito. También se procederá al diagnóstico mediante pruebas radiológicas (radiografía abdominal) (22).

Se examinará la zona del periné visualizando la presencia de hemorroides y fisuras que dificultan la evacuación y producen dolor al defecar. La persona que tiene dolor al evacuar tiende a evitarlo conteniendo la necesidad de ir a defecar produciendo así el estreñimiento.

Se conoce como fecaloma (23) a la acumulación de materia fecal en el recto/colon a modo de tapón, impidiendo el paso normal de las heces por el intestino grueso. La clínica se presenta como dolor del abdomen, vómitos, diarrea (por rebosamiento) (23).

Ante la sospecha de presencia de fecaloma, se practica un tacto rectal y si se palpa un fecaloma se procederá a su extracción digital (24).

Se debe realizar un diagnóstico diferencial de masas en el hipogastrio, mediante una radiografía de abdomen (20).

El tratamiento consiste en aplicar enemas evacuantes, rotura y extracción del fecaloma, laxantes y en caso necesario cirugía (20).

4.3. Criterios Roma III y VII

Fueron creados por grupos de expertos a nivel mundial en TFD para poder establecer criterios para un diagnóstico de estreñimiento (25).

Estreñimiento >25% de las deposiciones tiene dos o más de estos síntomas	Realiza un esfuerzo mayor al normal para evacuar.
	Las heces son de consistencia dura.
	Tiene la sensación de vaciado incompleto o presenta disconfort después de haber defecado.
	Tiene la sensación de tener la región anorrectal obstruida.
	Es necesario realizar maniobras como: extraer manualmente las heces o comprimir el suelo pélvico.
Realizar menos de tres deposiciones a la semana.	

Tabla 1. Criterios Roma III y IV. Elaboración propia a partir de Squella FB, 2012.

Estos criterios se establecen entre los tres y los seis meses previos al diagnóstico de estreñimiento (25).

4.4. Escala Bristol

El aspecto de las heces y su consistencia nos dan una información muy importante en cuanto al diagnóstico de estreñimiento, y para valorar el tiempo de tránsito del intestino, por ello, la escala de Bristol (Anexo 1) es una herramienta muy útil y fácil en nuestra práctica clínica, con una simple visualización de las heces podemos clasificarlas en función de su forma y consistencia (26).

En la escala Bristol (27, 28):

- Los tipos 1 y 2, pueden estar indicando que hay estreñimiento.
- Los tipos 3 y 4 nos muestran cómo son las características ideales de heces normales ya que se expulsan con facilidad.
- Los tipos 5, 6 y 7, nos pueden indicar que el ritmo del tránsito del intestino está acelerado y correspondería a diarrea y deshidratación.

5. Tratamiento del estreñimiento

5.1. Farmacológico

Existen dos tipos de laxantes en función de su vía de administración siendo oral y rectal (8).

5.1.1. Laxantes orales

Su empleo es para tratar problemas de propulsión de las heces debido al enlentecimiento del tránsito intestinal (8).

Según el mecanismo de acción se van a clasificar en (8):

- Formadores de masa, que se encargan de aumentar el volumen de la masa fecal, los más utilizados son Plantago y Metilcelulosa (Anexo 2).

- Osmóticos y salinos, que hacen que llegue más agua a la luz del intestino, entre los más frecuentes se encuentran Lactulosa, Lactitol, Glicerol y Movicol (Anexo 3).
- Estimulantes que como su propio nombre indica estimulan el peristaltismo, es decir aumentan los movimientos del intestino; los más comunes son los senósidos, el Bisacodilo, la prucaloprida y la cáscara sagrada (Anexo 4).
- Emolientes y lubricantes, hacen que las heces se ablanden porque favorecen la secreción de agua y discurren con más facilidad por el intestino, el más usual es la parafina (Anexo 5).
- Antagonistas de los receptores periféricos, se encargan de bloquear los receptores mμ en el SNC, pero no alteran el efecto analgésico de los opiáceos, el más común es el Naloxegol (Anexo 6).
- Activadores de la Guanilato-Ciclase, que producen la secreción de fluidos, estimulando en las células del estómago sus receptores guanilato ciclase C, el más usual es la Linaclotida (Anexo 7).

5.1.2. Laxantes rectales

Su uso está indicado para tratar los problemas en la expulsión de las heces o se necesita la evacuación de forma rápida (8).

En el caso de personas con movilidad reducida (por ejemplo, personas de edad avanzada) presentan con frecuencia dificultades en la expulsión de las heces, por ello, es necesario manejar el momento de defecación (8).

En función del su mecanismo de acción se va a clasificar en (8):

- Supositorios y microenemas, que se encargan de la estimulación del reflejo defecatorio a nivel de los nervios rectales. Aumentan la presión osmótica y el peristaltismo.
- Enemas que hacen que llegue agua a la luz del intestino, aumentan el peristaltismo y licúan las heces.

Si se presenta un cuadro de obstrucción intestinal, existe la posibilidad de modificar la solución del enema que se va a administrar al paciente, y la fórmula más adecuada según es (29):

- “1/2 Enema Casen 250 + 60 cc lactulosa (jarabe) + 60 cc aceite de oliva + 1 Micralax + 15 cc agua oxigenada + analgésicos (morfina o Fentanilo) + hioscina + antieméticos (haloperidol)”.

En las irrigaciones rectales, la fórmula para la preparación de la solución a administrar es (29):

- 250ml de agua (tibia) + 15-30ml de jabón (pH neutro), se puede añadir 15ml de Lactulosa y 15ml de aceite de oliva.

Para la administración se colocará siempre al paciente en decúbito lateral izquierdo con pierna derecha flexionada hacia el abdomen y se aplicará una pequeña cantidad de lubricante para introducir la cánula o sonda rectal (29).

5.2. No farmacológico mediante la prevención del estreñimiento

La administración de probióticos aumenta la frecuencia evacuatoria, reduce la consistencia de las heces (30).

Existen dispositivos que estimulan el peristaltismo como el MOWOOT, que es un dispositivo que se coloca alrededor del abdomen y actúa haciendo una exoperistalsis automatizada (masaje abdominal) (31).

Se adoptarán medidas tales como (32) (33):

- Ayudar a postura adecuada, en pacientes con movilidad, las rodillas deben de estar flexionadas a la altura un poco superior a las caderas (con la ayuda de un taburete bajo) así aumenta la presión abdominal (Valsalva) y facilita el paso de las heces por el intestino. En el caso de pacientes encamados, colocar en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas y las piernas hacia el abdomen.
- Mantener unas medidas higiénico-dietéticas adecuadas, con una dieta rica en fibra o suplementos de fibra.
- Aumentar la ingesta de líquidos, excepto en casos en los que la tengan restringida por patologías cardíacas y renales.
- Aumentar la movilidad, como paseos y evitar en la medida de lo que se pueda el sedentarismo. En pacientes encamados o que tienen una movilidad muy reducida se pueden realizar ejercicios activos y pasivos.
- No reprimir el reflejo defecatorio, si el deseo defecatorio llega se debe ir de inmediato. Hacer especial hincapié en la importancia que tiene defecar a diario. Intentar que el paciente se habitúe a ir todos los días a la misma hora para favorecer un patrón de evacuación regular.
- Usar ropa cómoda, que no oprima y de fácil manipulación, para que así acuda al aseo con más facilidad.
- Conocer el tratamiento que tiene pautado el usuario, así como antecedentes, para detectar posibles RAM, contraindicaciones e interacciones con alimentos u otros medicamentos.
- Evitar el abuso de laxantes, se debe explicar al paciente que no es necesario defecar todos los días por norma, si no que cada persona tiene un patrón intestinal y puede ir cada 2 o tres días y eso es normal.
- Vigilar signos y síntomas de estreñimiento y deshidratación.

5.2.1. Abuso de laxantes

El uso terapéutico con laxantes lleva cientos de años empleándose para tratar el estreñimiento, a lo largo de este tiempo ha existido un mal uso/abuso por parte de las personas por diferentes motivos (34).

Las personas que abusan de estos fármacos se pueden clasificar en 4 grupos (34):

- Siendo el de mayor incidencia los que padecen trastornos de conducta alimentaria (TCA) como anorexia nerviosa/bulimia.
- En segundo lugar, se encuentran las personas de mediana edad/personas mayores que empiezan a usarlos por estreñimiento, pero cuando esto se corrige continúan con el tratamiento sin ser necesario ya que existe una tendencia a mantener un patrón intestinal con deposiciones diarias y/o en otros casos los toman de forma inadecuada
- En tercer lugar, se encuentran algunos atletas que tienen que mantener un rango de peso concreto.
- En cuarto lugar, se encuentran personas con ciertas adicciones a los laxantes que toman de forma oculta para producir diarreas y simular trastornos intestinales ficticios.

El laxante del que más se abusa es el que produce estimulación del intestino (34).

La problemática del abuso de los laxantes es que se producen desequilibrios en el organismo, entre estos desequilibrios encontramos alteraciones electrolíticas y ácido-base que afectan a los sistemas cardiovascular y renal, llegando a poner en situación crítica a la persona (34).

Cuando se produce una diarrea, la pérdida de fluidos activa el sistema Renina–Aldosterona, y si se ha dejado de tomar el laxante, provoca en la persona edemas y un incremento de peso, por lo que si estamos ante un caso de TCA va a propiciar el consumo de laxantes para evacuar más líquido y sentirse menos hinchado (34).

Las personas que abusan de los laxantes alternan episodios de diarrea y estreñimiento, por lo que para confirmar este mal uso de los laxantes se debe realizar una analítica y comprobar los valores séricos de los electrolitos y ácido-base por si es necesario un ajuste para la estabilización de la homeostasis (34).

Si se confirma que está existiendo un abuso, en primer lugar, se debe conocer cuál es la causa que produce ese mal uso, en el caso de encontrarnos ante un anciano probablemente sea que no ha comprendido del todo bien las indicaciones del tratamiento con laxantes, no los maneja de forma adecuada, o entiende que tiene que realizar deposición todos los días para tener un ritmo intestinal adecuado (34).

En segundo lugar, se deben retirar los laxantes y en su lugar añadir a la dieta fibra y/o suplementos osmóticos para restablecer el peristaltismo de forma natural.

Por último, se debe educar al paciente en el manejo del estreñimiento y recomendaciones para prevenirlo (34).

El consumo crónico de algunos laxantes crea tolerancia y puede dar origen a un colon

catártico con afectación en los nervios y desgaste de las fibras musculares haciendo que no funcionen adecuadamente, es decir, un colon sin peristaltismo que cursa con meteorismo, dolor, distensión del abdomen (35).

También el consumo de laxantes osmóticos de forma abusiva provoca un empeoramiento en personas que sufren síndrome del intestino irritable y como consecuencia producen una diarrea osmótica (36).

6. Estreñimiento y Ca colorrectal en personas mayores

Se sabe que la edad es un factor de riesgo del cáncer. El 60% de las personas de más de 65 años padece algún tipo de cáncer, en hombres el colorrectal ocupa el tercer lugar, en cambio en mujeres ocupa el segundo (37).

En el tratamiento del cáncer colorrectal se incluyen los opiáceos para paliar el dolor, pero estos producen estreñimiento por lo que siempre se debe añadir un laxante a la pauta (37).

Se sabe que de los pacientes oncológicos en tratamiento con opiáceos un 40-95% sufren estreñimiento. Con una única dosis de morfina se puede ocasionar estreñimiento (37).

Se tiene certeza de que los opiáceos activan los receptores μ en el tracto gastro-intestinal y reducen la motilidad intestinal produciendo a nivel central alteraciones en su autonomía (37). Este efecto indeseado tiene pocas probabilidades de que desaparezca con el tiempo, por lo que el personal sanitario debe de anticiparse y llevar un seguimiento adecuado basándose normalmente en los Criterios Roma IV y escala de Bristol (47).

El Naloxegol es un fármaco de elección en personas con estreñimiento inducido por opiáceos, en los que no han tenido buena respuesta con el tratamiento con laxantes habituales (39).

Al ser un antagonista de los receptores periféricos de los opiáceos actúa bloqueando los receptores μ en el SNC, pero no alteran el efecto analgésico de los opiáceos (39,40).

Para el abordaje de los cuidados que se van a prestar a las personas mayores oncológicas la atención debe estar basada en un modelo biopsicosocial, es decir debe ser integral, abordando todas las esferas de la persona, y el equipo multidisciplinar debe estar bien coordinado (41).

Internacionalmente existe la figura de enfermera oncológica geriátrica (EOG), pero en España aún no se ha implantado este rol; en enero de 2017 en Andalucía, la agencia de calidad sanitaria publicó un manual de competencias profesionales para la EOG (41).

Con las competencias descritas en el manual, se pretende que los profesionales de enfermería tengan una serie de competencias para prestar una atención de calidad a pacientes mayores oncológicos y así evitar posibles comorbilidades como es la impactación fecal y el estreñimiento (42).

Justificación

Con los datos expuestos anteriormente se ha podido comprobar que el estreñimiento afecta a gran parte de la población europea y en España la prevalencia en personas de más de 65 años oscila entre un 24% y un 50% (1).

Pero si la persona mayor está institucionalizada van a aumentar los factores de riesgo como sedentarismo, dieta pobre en fibra, polifarmacia, alteraciones cognitivas, alteraciones en control de esfínteres, lo que nos lleva a elevar esta cifra a 60-80% (1).

Es importante recalcar que la edad en sí no es una causa de estreñimiento, por lo que los ancianos que padecen estreñimiento tienen su origen en factores como: dieta inadecuada (baja en calorías y pobre en fibra), cambios en la higiene defecatoria, polimedicación, deshidratación/insuficiente aporte hídrico, sedentarismo, inmovilidad, patologías digestivas, neurológicas, endocrino-metabólicas (16).

Como enfermeras debemos estar pendientes de detectar cuando un paciente presenta alguna alteración en el patrón defecatorio y lo detectaremos con una adecuada anamnesis (15) y la exploración física (16, 17), esto nos aportará información relevante y nos permitirá el diagnóstico con la ayuda de la escala Roma (19) y comenzaremos el tratamiento más adecuado para el paciente, se suele comenzar con los laxantes (1, 24, 25).

Se debe recordar que nuestra función principal es la prevención (32) para evitar en la medida de lo posible que se produzca estreñimiento en nuestros pacientes. Así daremos una atención de adecuada y proporcionaremos calidad de vida (33, 34).

Por todo lo anteriormente expuesto se justifica la elaboración del proyecto educativo ya que la alta prevalencia de estreñimiento en personas de tercera edad que están institucionalizadas es debido a la insuficiente formación de los profesionales de la salud y por este motivo se busca preparar a estos profesionales con el objetivo de prevenir el estreñimiento, así como la detección precoz y el adecuado uso de los laxantes como tratamiento.

Proyecto educativo

Población diana y captación

Población diana

Las sesiones clínicas están dirigidas a los profesionales sanitarios (Enfermeros/as y TCAEs) de tres residencias de ancianos de la localidad de Ciempozuelos (Madrid), siendo: Residencia Casaquinta, Residencia Virgen del Consuelo y Residencia de tercera edad Pablo Neruda.

Captación

Para la captación de los asistentes, se realizará en primer lugar una llamada a cada residencia para concretar una cita presencial/telefónica con la dirección de la residencia. En dicha llamada/visita se explicará a la responsable (dirección) de forma sintetizada y clara el proyecto educativo y las sesiones que se van a impartir, así como los objetivos y los múltiples beneficios que va a suponer esta intervención tanto para los profesionales, en el desarrollo de sus cuidados, como para el principal foco de atención que son nuestros mayores institucionalizados, que van a recibir una atención de calidad y van a mejorar su calidad de vida.

Tras la finalización de la llamada/visita con los responsables de cada residencia, que se realizará en el mes de Abril de 2022, se procederá a la entrega (vía e-mail) del póster informativo (Anexo 8) y de un folleto (Anexo 9); el dicho póster tiene el objetivo de captar la atención de los asistentes profesionales así como incitar y motivar a inscribirse en las sesiones. El folleto informativo, contiene una breve descripción de las sesiones, los contenidos que se van a impartir, el principal objetivo, inscripción, contacto, lugar de las sesiones y el cronograma.

Después de la entrega de los elementos descritos, se iniciará un periodo/plazo de inscripción de 15 días. De modo que se facilitará al responsable de cada residencia una hoja de inscripción (Anexo 10). El número de asistentes será de 12 a 14 por sesión.

Las sesiones se realizarán en horarios de cambio de turno, para así facilitar la asistencia a los profesionales que salen de trabajar de turno de mañana, así como los que entran de turno de tarde.

Una vez finalizado el plazo de inscripción, el responsable de la residencia mandará el listado con los asistentes.

Objetivos

Objetivo general

Adquirir competencias y habilidades para prevenir el estreñimiento de pacientes mayores institucionalizados en una residencia, detectar de forma precoz el estreñimiento y manejo adecuado de laxantes.

Objetivo específico

Área cognitiva/Objetivos de conocimiento:

- Definir y comparar los diferentes tipos de estreñimiento que hay, así como saber cuál es el más usual en personas mayores.
- Conocer las posibles causas de estreñimiento en el colectivo de la tercera edad.
- Enumerar los tipos de laxantes según su mecanismo de acción que se emplean con más frecuencia en pacientes de geriatría.
- Describir de forma adecuada el tipo de heces según la escala de Bristol.
- Identificar factores de riesgo de deshidratación en el paciente mayor.
- Demostrar conocimientos sobre el estreñimiento.

Área de habilidades/Objetivos de habilidad:

- Realizar una correcta anamnesis al paciente mayor.
- Explorar de forma correcta a un paciente con signos y síntomas de obstrucción intestinal.
- Prevenir el estreñimiento del paciente mayor mediante la realización hábitos de vida saludable como movilidad, alimentación, hidratación, etc.
- Ser capaz de reconocer signos de deshidratación y saber prevenirla.
- Usar y manejar de forma eficaz los laxantes.

Área afectiva/Objetivos de actitud:

- Comunicar de forma adecuada al resto del equipo terapéutico que un paciente presenta estreñimiento.
- Expresar dudas ante la realización de una extracción digital de fecaloma.
- Mostrar una actitud empática con los pacientes a los que se están prestando cuidados.

Contenidos

TEMA	CONTENIDO
Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none">○ Definición de estreñimiento y cómo influye el envejecimiento en este.○ Tipos de estreñimiento y su etiología.○ Detección del estreñimiento en el paciente mayor.○ Exploración física y detección de complicaciones.○ Tratamiento del estreñimiento.
Fármacos	<ul style="list-style-type: none">○ Medicamentos más usuales en personas mayores que producen estreñimiento.
Deshidratación	<ul style="list-style-type: none">○ Paciente mayor institucionalizado y sus factores de riesgo.
Escalas	<ul style="list-style-type: none">○ Criterios Roma.○ Escala Bristol.
Laxantes	<ul style="list-style-type: none">○ Abuso de laxantes en tercera edad.
Estreñimiento y cáncer	<ul style="list-style-type: none">○ Cáncer colorrectal en personas mayores y estreñimiento.

Sesiones, técnicas de trabajo y empleo de materiales

Cronograma general de las sesiones

Sesión 1	Duración de 4 Horas:	20 de abril	Residencia Casaquinta
	12:00 – 16:00	25 de abril	Residencia Virgen del Consuelo
		3 de mayo	Residencia Pablo Neruda
Sesión 2	Duración de 4 Horas:	21 de abril	Residencia Casaquinta
	12:00 – 16:00	26 de abril	Residencia Virgen del Consuelo
		4 de mayo	Residencia Pablo Neruda
Sesión 3	Duración de 4 Horas:	22 de abril	Residencia Casaquinta
	12:00 – 16:00	27 de abril	Residencia Virgen del Consuelo
		5 de mayo	Residencia Pablo Neruda

Técnicas

Iniciación grupal:

Se va a emplear la llamada *técnica del ovillo*, la cual consiste en situar a los integrantes sentados en círculo y con una pelota de gomaespuma se la van pasando entre ellos. Cuando les pasan la pelota tienen que presentarse, decir en qué trabajan y expresar qué esperan aprender a lo largo de las tres sesiones. Con este ejercicio se espera “romper el hielo” entre los integrantes, que se abran y facilitar una confianza en el grupo. También sirve a la enfermera que imparte las sesiones para evaluar las expectativas que se tienen sobre las sesiones.

Investigación de aula:

Se va a realizar la llamada *rejilla de análisis*, con este ejercicio se van a trabajar tanto el área afectiva como el área cognitiva. Los integrantes van a exponer sus puntos de vista sobre temas como:

- ¿Cree usted que sabría reconocer ante qué tipo de estreñimiento nos encontramos si estamos ante un paciente mayor que lleva > de tres meses con estreñimiento y en su tratamiento habitual toma Hierro, Calcio y Opiáceos?
- ¿Sabría realizar una correcta anamnesis y exploración física a un paciente de edad avanzada para detectar un posible problema de tránsito intestinal?
- ¿Se ve usted capaz de realizar modificaciones de los enemas de forma adecuada?

- ¿Tiene usted dudas sobre los factores de riesgo de la deshidratación que tienen los pacientes de edad?
- ¿Tiene suficientes conocimientos como para prevenir y/o tratar el estreñimiento de forma no farmacológica? ¿Pon algún ejemplo?

Por ejemplo, esta última cuestión se respondería: “Creo que sí tengo algún conocimiento sobre cómo prevenir y/o tratar el estreñimiento sin emplear laxantes, por ejemplo, evitar el sedentarismo en la medida de lo posible, si el paciente está encamado realizaría ejercicios de forma pasiva; también realizaría una revisión de la dieta incorporando fruta, verdura y fibra para facilitar el tránsito intestinal.

Expositivas

Este ejercicio busca trabajar el área cognitiva de los integrantes utilizando la llamada *lección con discusión*, que consiste en dar una charla informativa sobre la materia teórica que se va a impartir en las sesiones, después de la charla se va a dejar un tiempo para que los participantes puedan realizar preguntas o aportar algo sobre la materia expuesta.

De análisis

Consiste en la *exposición de casos* reales de estreñimiento y cuadros de obstrucción intestinal en personas de tercera edad, así como deshidratación, en residencias. Con este ejercicio se busca conseguir que los integrantes del grupo resuelvan los casos reforzando así la materia que se ha expuesto anteriormente. Se trabajan el área cognitiva mediante la demostración de conocimientos adquirida y el área afectiva mediante la expresión de ideas en la resolución de los casos expuestos.

Para el desarrollo de habilidades

Se pretende hacer una evaluación de habilidades sociales (comunicación) de los integrantes del grupo, mediante un ejercicio de *Rol-playing*, en que se simulará un caso real y deberán salir a realizar una intervención. Se van a trabajar habilidades personales, sociales y psicomotoras de los participantes que salgan voluntarios.

Recursos

Materiales:

- Sala de actos en la residencia.
- Sillas con mesa.
- Ordenador y proyector para diapositivas.
- Tres presentaciones Power point con los contenidos que se van a abordar en las sesiones.
- Pizarra con tizas y/o rotuladores.
- Pelota de gomaespuma.
- Hojas para la evaluación de conocimientos adquiridos.
- Hoja para la evaluación de satisfacción de los profesionales que se han inscrito a las sesiones.
- Hoja de asistencia los tres días que hay sesión clínica.
- Hoja de evaluación del curso a largo plazo.
- Poster informativo.
- Bolígrafos y folios.
- Obsequio final de sesiones clínicas (Anexo 11).

Humanos:

Las tres sesiones clínicas van a ser impartidas por dos enfermeras, una que ha elaborado el proyecto y es conocedora de todos los contenidos a desarrollar, y otra que va a encargarse de dar soporte. Se va a contar con la participación de los profesionales de enfermería y TCAEs que se han inscrito en las sesiones, contarán anécdotas, expresarán dudas y saldrán de forma voluntaria a contar qué sabe sobre ciertos temas, técnicas, cuidados, laxantes, y a realizar simulaciones en el aula.

Planificación general de las sesiones

En el presente proyecto educativo, se van a impartir tres sesiones en tres residencias de tercera edad en la Localidad de Ciempozuelos (Madrid). Cada sesión tendrá una duración de cuatro horas y se impartirá a media mañana, para facilitar que se produzca en cambio de turno y puedan asistir tanto los/as que estén trabajando de turno de mañana como los/as que estén trabajando de turno de tarde y será de 12:00 a 16:00 horas. Cada tema por abordar oscilará los 50 minutos.

Los días de las sesiones serían:

- En la residencia Casaquinta: primera sesión el día **20**, segunda sesión el día **21**, y tercera sesión el día **22** de **abril**.
- En la residencia Virgen del Consuelo: primera sesión el día **25**, segunda sesión el día **26**, y tercera sesión el día **27** de **abril**.
- En la residencia de 3ª edad Pablo Neruda: primera sesión el día **3**, segunda sesión el día **4**, y tercera sesión el día **5** de **mayo**.

Cada sesión se realizará en el salón de actos de cada una de las residencias. La inscripción a las sesiones se hará a través de una hoja que se proporcionará al responsable (dirección) de la residencia, en la cual deberán apuntar su nombre y apellidos, DNI, correo electrónico y firmar. Dicha hoja una vez acabado el plazo de inscripción, que es del 1 al 15 de abril, será enviada a la persona responsable del proyecto y de las sesiones.

Sesión 1

Sesión 1	
Estreñimiento, tipos/causas y fármacos que lo producen en tercera edad	
Recursos Humanos	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none">- Enfermera responsable del proyecto + Enfermera soporte.	<ul style="list-style-type: none">- 4 horas.
Contenidos	Recursos empleados
<ul style="list-style-type: none">- Qué es el estreñimiento y cómo influye el envejecimiento en este.- Tipos de estreñimiento y causas.- Fármacos que producen estreñimiento.	<ul style="list-style-type: none">- Sala de actos.- Mesas y sillas.- Ordenador, presentación prowerpoint y proyector de pantalla.- Pizarra y rotuladores.- Pelota de goma-espuma.
Metodología de la sesión	
<p>Antes de comenzar con las sesiones, se procederá a pasar un cuestionario tipo test para evaluar de forma anónima los conocimientos que se tienen sobre la materia; este cuestionario se volverá a pasar en la última sesión y pretende evaluar el impacto que tienen las sesiones en cuanto a conocimientos.</p> <p>En el inicio de la primera sesión clínica, se realizará una técnica de iniciación grupal con el objetivo de presentar a los asistentes y crear un clima de confianza, se realizará mediante la técnica del ovillo (descrita anteriormente).</p> <p>Tras esta actividad de iniciación se procederá a realizar la segunda parte, la investigación en el aula, que va a consistir en realizar a los asistentes una serie de preguntas breves que tendrán que responder, esto se llevará a cabo mediante una rejilla de análisis (descrita anteriormente).</p> <p>Las respuestas las irá apuntando la enfermera encargada del proyecto.</p> <p>Tras esta actividad, se va a realizar una exposición en PPT (PowerPoint) sobre qué es el estreñimiento y cómo influye el envejecimiento en este.</p> <p>Se realizará un descanso para comer algo.</p> <p>Después del descanso se realizará otra exposición PPT sobre los tipos de estreñimiento y las causas más frecuentes, así como los fármacos más usuales que toman las personas mayores y que causan estreñimiento.</p> <p>Tras la exposición se dejará un tiempo para preguntas/dudas.</p>	

Horario	Sesión 1
12:00 – 12:50	Presentación del docente y de los temas que se van a abordar en las sesiones.
12:50 – 13:30	Qué es el estreñimiento y cómo influye el envejecimiento en este.
13:30 – 14:00	Descanso/Brunch
14:00 – 14:50	Tipos de estreñimiento y causas
14:50 – 15:40	Fármacos que producen estreñimiento
15:40 – 16:00	Dudas y/o preguntas

Sesión 2

Sesión 2	
Deshidratación, estreñimiento y exploración física en el paciente mayor	
Recursos Humanos	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none">- Enfermera responsable del proyecto + Enfermera soporte.	<ul style="list-style-type: none">- 4 horas.
Contenidos	Recursos empleados
<ul style="list-style-type: none">- Deshidratación en mayores institucionalizados y factores de riesgo.- Detección del estreñimiento en el paciente mayor.- Exploración física y detección de complicaciones.- Criterios Roma y escala Bristol.	<ul style="list-style-type: none">- Sala de actos.- Mesas y sillas.- Ordenador, presentación power point y proyector de pantalla.- Pizarra y rotuladores.
Metodología de la sesión	
<p>Para el desarrollo de la segunda sesión clínica se va a realizar varias presentaciones de PPT en el que se va a abordar en primer lugar un tema importante y frecuente que se da en pacientes mayores institucionalizados que es la deshidratación, se explicará qué es, signos que debemos vigilar y factores de riesgo en los mayores que atendemos.</p> <p>Después vamos a centrarnos en el estreñimiento en el perfil del paciente de edad avanzada y su detección, ya que es fundamental detectar cuando esto se produce para así evitar comorbilidades.</p> <p>Se va a realizar un descanso para comer.</p> <p>Tras el descanso, se realizará otra exposición PPT sobre la correcta realización de la exploración física y la importancia que tiene para la detección de posibles complicaciones como es el cuadro de obstrucción intestinal, la presencia de fecaloma, etc.</p> <p>Para finalizar la sesión se va a explicar lo que son los Criterios Roma, para el diagnóstico de estreñimiento y la escala más usual para valorar la apariencia/características de las deposiciones que es la escala de Bristol.</p> <p>Por último, se dejará un tiempo para preguntas/dudas.</p>	

Horario	Sesión 2
12:00 – 12:50	Deshidratación en mayores institucionalizados y factores de riesgo
12:50 – 13:30	Detección del estreñimiento en el paciente mayor
13:30 – 14:00	Descanso/Brunch
14:00 – 14:50	Exploración física y detección de complicaciones
14:50 – 15:40	Criterios Roma y escala Bristol
15:40 – 16:00	Dudas y/o preguntas

Sesión 3

Sesión 3

Tratamiento y prevención del estreñimiento en el paciente mayor.

Abuso de laxantes y Ca colorrectal

Recursos Humanos	Duración de la sesión
<ul style="list-style-type: none">- Enfermera responsable del proyecto + Enfermera soporte.	<ul style="list-style-type: none">- 4 horas.
Contenidos	Recursos empleados
<ul style="list-style-type: none">- Tratamiento del estreñimiento.- Prevención del estreñimiento.- Abuso de laxantes.- Cáncer colorrectal en geriatría.	<ul style="list-style-type: none">- Sala de actos.- Mesas y sillas.- Ordenador, presentación powerpoint y proyector de pantalla.- Pizarra y rotuladores.

Metodología de la sesión

En esta última sesión se van a realizar varias presentaciones, en la primera se abordará el tratamiento del estreñimiento centrándonos en los laxantes más comunes, se explicarán los tipos según sus mecanismos de acción, así como RAM, forma de administración, dosis, etc. Y después se tratará la prevención del estreñimiento mediante medidas no farmacológicas, con buena higiene dietética, movilidad e hidratación entre otras.

Se realizará un descanso para comer algo.

Después del descanso se realizará otra exposición PPT sobre un tema del que no se ha hablado mucho, el abuso de los laxantes en el colectivo de la tercera edad, se reforzará el uso y manejo adecuado del tratamiento con laxantes y las alteraciones que produce en el organismo si se abusa de ellos, en el caso del paciente mayor este abuso se produce por falta de conocimientos y/o que se tiene una errónea percepción de lo que es un ritmo intestinal normal.

El último tema por tratar es el cáncer colorrectal en el paciente geriátrico y lo importante que es estar formado en la prestación de cuidados en pacientes con este perfil.

Tras la exposición se dejará un tiempo para preguntas/dudas. Una vez resueltas las preguntas, se va a proceder a pasar dos cuestionarios, uno tipo test para evaluar los conocimientos aprendidos por los asistentes a lo largo de todas las sesiones y otro para evaluar la satisfacción de los asistentes con el objetivo de evaluar la eficacia de la realización de las sesiones y de mejorar en futuros proyectos.

Como despedida se entregará un obsequio a los asistentes.

Horario	Sesión 3
12:00 – 12:50	Tratamiento del estreñimiento
12:50 – 13:30	Prevención del estreñimiento
13:30 – 14:00	Descanso/Brunch
14:00 – 14:50	Abuso de laxantes
14:50 – 15:40	Cáncer colorrectal en geriatría
15:40 – 16:00	Dudas y/o preguntas

Evaluación

La evaluación del proyecto educativo se va a valorar de forma global en base a los cuestionarios de satisfacción (Anexo 14) que se proporcionarán a los integrantes de las sesiones, con el fin de conocer si se han cumplido los objetivos establecidos, y también se evaluará la metodología de las sesiones, los materiales, los recursos y la materia impartida.

Evaluación de la estructura y el proceso

El responsable en dar las sesiones clínicas (la enfermera) va a evaluar la asistencia y participación de los asistentes a través de una hoja de asistencia y participación (Anexo 12).

La evaluación de la estructura se va a realizar a través de un cuestionario de satisfacción que se dará a los asistentes y evaluará:

- Las instalaciones donde se han impartido las sesiones clínicas, se evaluarán aspectos como la luz, la comodidad, la temperatura, la ventilación, las dimensiones del aula, etc. (Anexo 14).
- Los materiales empleados, si han sido útiles los cuestionarios, si la materia impartida estaba actualizada, etc. (Anexo 14).
- La profesionalidad y formación en la materia de la enfermera que va a dar las sesiones, evaluando también la claridad de la información, la puntualidad, etc. (Anexo 14).
- La enfermera que imparte las sesiones se va a encargar de evaluar la asistencia y participación de los participantes a partir de una hoja de asistencia y participación (Anexo 12). Una vez finalizada la tercera y última sesión, se procederá a entregar un cuestionario para evaluar la satisfacción de los asistentes (Anexo 14) y permitirá al responsable del proyecto mejorar en futuros proyectos en cuanto a materia, dinámicas, estructura, horarios, etc.

Evaluación de resultados

La valoración de los resultados se va a llevar a cabo mediante el estudio de objetivos que se han alcanzado por los asistentes en base a sus habilidades, sus conocimientos y sus actitudes mostradas durante las sesiones.

- **Área cognitiva**, se evaluarán los objetivos de conocimiento que se han adquirido a partir de un cuestionario tipo test que se pasará a los asistentes al principio de la primera sesión y en la última (Anexo 13).

- **Área de habilidades**, se evaluarán los objetivos de habilidades que se han adquirido durante las sesiones a partir de la participación en las simulaciones en el aula y con el Role-playing (Anexo16).
- **Área afectiva**, se evaluarán los objetivos de actitudes mediante la anotación, por parte de la enfermera de soporte, de dificultades detectadas en los asistentes durante las sesiones, con el fin de tratarlas en la última sesión y poder resolver dudas (Anexo 16).

Para la evaluación de los resultados a medio-corto plazo se procederá a realizar un cuestionario para establecer los conocimientos previos a la primera sesión clínica, este cuestionario será entregado a los asistentes antes de comenzar con la primera sesión y se volverá a pasar tras la última sesión (Anexo 13). Así podremos conocer el grado de conocimientos que han adquirido tras la resolución de simulaciones en el aula de casos clínicos y la materia impartida tras las tres sesiones.

Evaluación de los resultados a medio y largo plazo

El responsable del proyecto realizará un estudio de los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios de satisfacción entregados a los asistentes a las sesiones al principio de la primera sesión y en la última, con el fin de evaluar si ha sido útil y ha tenido el impacto que se esperaba a medio plazo.

Para la evaluación de los resultados a largo plazo se procederá al envío de un e-mail (Anexo 15) a cada uno de los asistentes a las sesiones una vez concurridos 10 meses tras la última sesión. Con esto se pretende contemplar si ha servido para la mejora los cuidados que se prestan a los residentes en las residencias. En el correo enviado se pedirá la mayor sinceridad a la hora de responder a las preguntas.

Bibliografía

- (1) Aburto AM, Castiella E. Estreñimiento en personas mayores. *El farmacéutico*. 2019; 571:32-39.
- (2) Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En: *International Marketing & Communication, SA (IM&C), coordinación editorial. Tratado de Geriatría para Residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); 2006. p.21-32.
- (3) Alonso Osorio MJ. Estreñimiento, definición, tipos y tratamiento. *El farmacéutico*. 2020; 584:18-23.
- (4) Mascaró J, Formiga F. Valoración y tratamiento del estreñimiento en el anciano. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2006; 41(4):232-39.
- (5) Verdejo Bravo C, coordinador. *Guía de la Buena Práctica Clínica en Geriatría. Estreñimiento en el anciano*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); 2014; p.53-58.
- (6) Imaginário C, Machado P, Antunes C, Martins T. Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto. *Gerokomos*. 2018; 29(2):59-64.
- (7) Ávila Fematt FM. El Residente: definición y objetivos de la geriatría. *Medigraphic*. 2010; 5(2):49-54.
- (8) Alonso Osorio MJ. Manejo y tratamiento del estreñimiento. *El farmacéutico*. 2019; 577:22-27.
- (9) Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E. Guía de práctica clínica: síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: concepto, diagnóstico y continuidad asistencial. *Elsevier*. 2017; 49(1):42-55.
- (10) Pérez Aisa Á. Errores en el manejo terapéutico del estreñimiento crónico del adulto. *Revista Andaluza de Patología digestiva (RAPD)*. 2020; 43(1):19-23.

- (11) Viejo Almanzor A, Soria de la Cruz MJ. Errores frecuentes en el diagnóstico del estreñimiento crónico del adulto: casos clínicos. *Revista Andaluza de Patología digestiva (RAPD)*. 2019; 42(2):56-61.
- (12) Lieben L, Marshall L. Chronic constipation. *Nat Rev Dis Primers*. 2017; 3(1):1-1.
- (13) Hanna-Jairala I, Bustos-Fernández LM. Tratamiento actual del síndrome de intestino irritable. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2019; 49(4):381-93.
- (15) Tropini C, Moss EL, Merrill BD, Ng KM, Higginbottom SK., Casavant EP. Transient osmotic perturbation causes long-term alteration to the gut microbiota. *Cell*. 2018; 173(7):1742-54.
- (16) Ortega López IL, Sagaró Y, Concepción N. Uso de fármacos en el anciano, un desafío a enfrentar. *Reporte de un caso. Orange Journal*. 2021; 2(4):37-43.
- (17) Bharucha AE, Wald A. Chronic Constipation. *Mayo Clinic proceedings*. 2019; 94(11):2340-57.
- (18) Botigué T, Miranda J, Escobar-Bravo MÁ, Lavedán A, Roca J, Masot O. Analysis of dehydration in older people in a nursing home in Spain: prevalence and associated factors. *Nutrición hospitalaria: órgano oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*. 2021; 38(2):252-59.
- (19) Brenda A, Guerrero D, Monserrat M, García E. Deshidratación en el paciente adulto. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2021; 64(1):17-25.
- (20) Larrosa Sebastián AC, De la Cruz Doblado C, Escuder Franco B, Casas López E, Villarejo García C, Mairal Soriano M. Proceso de atención de enfermería en un paciente con estreñimiento en el servicio de urgencias. [Internet]. *Revista sanitaria de investigación (RSI)*; 2021 [acceso 29 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-un-paciente-con-estreñimiento-en-el-servicio-de-urgencias/>
- (21) Gil Romea I, Moreno Mirallas MJ, Deus Fombellida J, Duarte JM, Calvo AG, Rivas Jiménez M. Obstrucción intestinal. *Medicina Integral*. 2001; 38(2):52-56.

- (22) Calvo Campagna R, Escudero Jiménez M, Ibáñez Molero R, Lahoz Moros T, Relancio Crespo L, Aldaz Acín I. Actuación enfermera en paciente con estreñimiento. [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación (RSI); 2021 [acceso 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-enfermera-en-paciente-con-estrenimiento/>
- (23) Pérez Martínez D, Martínez García P, Valdés Bécares J. Fecaloma gigante en mujer de 54 años como causa de vómitos y diarrea. Elsevier. 2018; 51(1):52-53.
- (24) Bharucha AE, Lacy BE. Mechanisms, Evaluation and Management of Chronic Constipation. Gastroenterology. 2020; 158(5):1232-49.
- (25) Squella FB. Clasificación de Roma III para Síndrome de Intestino Irritable. Gastroenterol. 2012; 23(4):227-28.
- (26) Johnson & Johnson, SA. Escala de Bristol. [Internet]. Micralax; 2019 [acceso 29 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.micralax.es/estrenimiento/escala-bristol>
- (27) Ultra Levura. La escala de Bristol: qué es y cuándo llega a ser diarrea. [Internet] Zambon; 2020 [acceso 2 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.ultralevura.com/blog/la-escala-de-bristol-que-es-y-cuando-llega-a-ser-diarrea/>
- (28) Vork L, Wilms E, Penders J, Daisy M. AE Stool Consistency: Looking Beyond the Bristol Stool Form Scale. Journal of neurogastroenterology and motility. 2019; 25(4):625.
- (29) Agustín Illueca MP, Arrieta Canales J, Benites Burgos A, Del Río García ML, Moral Lameda AI, Rodríguez Franco E. Manual para el Manejo del paciente en cuidados paliativos en urgencias extrahospitalarias. Barcelona: SUMMA 112. 2011. p.24-27.
- (30) Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E. Guía de práctica clínica del síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: tratamiento. Elsevier. 2017; 49(3):177-94.
- (31) Geriatricarea. MOWOOT: una alternativa a los enemas y laxantes para combatir el estreñimiento de forma natural. [Internet]; Geriatricarea; 2018 [acceso 7 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2018/11/13/mowoot-una-alternativa-a-los-enemas-y-laxantes-para-combatir-el-estrenimiento-cronico-de-forma-natural/>

- (32) Guil Soto A, García De Paso Mora J. Manejo práctico del estreñimiento crónico. Primer escalón terapéutico. *Revista Andaluza de Patología Digestiva (RAPD)*. 2019; 42(6):428-31.
- (33) Lundberg V, Boström A, Gottberg K, Konradsen H. Healthcare Professional's Experiences of Assessing, Treating and Preventing Constipation Among Older Patients During Hospitalization: An Interview Study. *J Multidiscip Health*. 2020; 13:1573-82.
- (34) Roerig JL, Steffen KJ, Mitchell JE, Zunker C. Laxative Abuse: Epidemiology, Diagnosis and Management. *Drugs*. 2010; 70(12):1487-503.
- (35) Peña Cortés MV. Complicaciones médicas de los pacientes con trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. *Revista de psicoterapia*. 2020; 31(115):115-28.
- (36) Pastor Velasco E. Diarrea Crónica: causas y consejos para reducir los síntomas. *El farmacéutico*. 2020; 590:18-22.
- (37) Zapico López G, Alonso Fernández S, Tomero González E. Tratamiento del estreñimiento inducido por opiáceos en paciente adulto terminal. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2018; 6(1):32-46.
- (39) Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Atención Primaria de Euskadi. Informe de Posicionamiento Terapéutico de naloxegol (Moventig). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (CIMA); 2016.
- (40) Poulsen JL, Brock C, Olesen AE, Nilsson M, Drewes AM. Clinical potential of naloxegol in the management of opioid-induced bowel dysfunction. *Clinical and experimental gastroenterology*. 2014; 7:345-58.
- (41) Montoro Lorite M, Canalias Reverter M, Valverde Bosch M, Font Ritort S. Rol de la enfermera en el anciano con cáncer. *Gerokomos*. 2020; 31(3):158-165.
- (42) Núñez CA, Guzmán AG, Ramírez S. Enfermero/a de Práctica Avanzada en Cuidados Oncológicos. Manual de competencias profesionales. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 2017; 175(3):33-53.
- (43) Laboratorios Cinfa SA. Prospecto Plantago Ovata Cinfa 3,5 g polvo para suspensión oral. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (CIMA); 2020.
- (44) Mounsey A, Raleigh M, Wilson A. Management of Constipation in Older Adults. *American family physician*. 2015; 92(6):500-04.

(45) Jordán Bueso J, Garrido Cid MJ, Fernández De Trocóniz Fernández I. Modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas en el anciano. Elsevier España. 2020; 9:72-82.

(46) Izzy M, Malieckal A, Little E, Anand S. Review of efficacy and safety of laxatives use in geriatrics. World journal of gastrointestinal pharmacology and therapeutics. 2016; 7(2):334-42.

(47) Gálvez Mateos R, coordinador. Dolor y cáncer. 2ª ed. Barcelona: Scientific Editions and Assesment SL. 2021; 40-41.

Anexos

Anexo 1: Escala de Bristol.






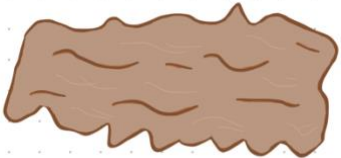

ESCALA BRISTOL		
Tipo 1		Pedazos duros separados. Como nueces, son de difícil excreción.
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa, compuesta de fragmentos.
Tipo 3		Con forma de salchicha y con grietas en la superficie.
Tipo 4		Con forma de salchicha o serpiente, lisa y suave.
Tipo 5		Trozos pastosos con bordes bien definidos.
Tipo 6		Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares.
Tipo 7		Acuosa sin pedazos sólidos, totalmente líquida.

Tabla 2. Escala Bristol. Elaboración propia a partir de Johnson & Johnson SA, 2019.

Anexo 2: Tabla de laxantes formadores de masa.

Formadores de masa	
Metilcelulosa	<p>Vía enteral. Administrar con abundante agua**.</p> <p><u>Dosis:</u> se inicia con una dosis de 1,5 G cada 8 horas, cuando el tránsito del intestino se regule se continuará con una dosis de 0,5 – 1,5 G al día.</p> <p><u>RAM:</u> alergia, flatulencias y sensación de plenitud, pero desaparece a los pocos días de inicio del tratamiento.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> hipersensibilidad al principio activo/excipiente, colitis ulcerosa, obstrucción del intestino, fecalomas, enfermedades infecciosas del intestino, apendicitis o sospecha de esta, disfagia, hepatitis o insuficiencia cardiaca congestiva.</p> <p><u>Interacciones con otros medicamentos:</u> los diuréticos aumentan el riesgo de padecer hipopotasemia. Se ve disminuida la absorción de Hierro, Calcio, Magnesio y Zinc. Disminuye el efecto de anticoagulantes, salicilatos y digoxina, por lo que se recomienda administrar dos horas después.</p>
Plantago ovata (Ispágula)	<p>Vía enteral. Administrar con abundante agua**. Se recomienda no permanecer en decúbito supino tras su administración.</p> <p><u>Dosis:</u> 3,5 G dos o tres veces cada 24 horas. No dar más de 10,5 G al día.</p> <p><u>RAM:</u> flatulencias y sensación de plenitud, pero desaparece a los pocos días de inicio del tratamiento. Alergias, dolor abdominal.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> encamados, fecalomas, dolor abdominal, náuseas/vómitos, DM (de difícil control), disfagia, rectorragia, patología de esófago y cardias.</p> <p><u>Interacciones con otros medicamentos:</u> potencia los efectos de los antidiabéticos y la insulina, reduce la absorción de estrógenos, litio, digitálicos, AAS, así como de vitaminas y minerales por lo que se recomienda administrar dos horas después.</p>

Tabla 3. Laxantes Formadores de Masa. Elaboración propia a partir de Aburto AM, Castiella E, 2019. Laboratorios Cinfa SA, 2020.

Anexo 3: Tabla de laxantes osmóticos y salinos.

Osmóticos y salinos	
Lactulosa (Dulphalac)	<p>Vía enteral. Administrar con abundante agua.</p> <p><u>Dosis:</u> 15-30 ml al día, una o dos tomas. El inicio del efecto tarda de 24 a 72 horas tras la administración.</p> <p><u>RAM:</u> flatulencias y molestias en el abdomen intermitentes.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> obstrucción del intestino.</p> <p><u>Interacciones con otros medicamentos:</u> disminuye el efecto de la mesazalina, contrarrestan el efecto de los antiácidos y con los diuréticos, corticoesteroides, carbenoxolona y anfotericina B incrementa el riesgo de hipopotasemia.</p>
Lactitol	<p>Vía enteral. Administrar con abundante agua y alimentos.</p> <p><u>Dosis:</u> se inicia con 20 G en una sola toma al día y después se continúa con 10 G al día. No superar los 30 G al día. El inicio de los efectos puede tardar de 24 a 72 horas.</p> <p><u>RAM:</u> flatulencias y molestias en el abdomen intermitentes.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> obstrucción del intestino y galactosemia.</p> <p><u>Interacciones con otros medicamentos:</u> disminuye el efecto de la mesazalina, contrarrestan el efecto de los antiácidos y con los diuréticos, corticoesteroides, carbenoxolona y anfotericina B incrementa el riesgo de hipopotasemia.</p>
Glicerol	<p>Vía rectal. Microenema.</p> <p><u>Dosis:</u> 6,75 G en una sola aplicación al día. Los efectos tardan de 15 a 30 minutos.</p> <p><u>RAM:</u> irritación a nivel local.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> perforación u obstrucción del intestino, apendicitis.</p>
Macrogol (Movicol)	<p>Vía enteral. Administrar con abundante agua.</p> <p><u>Dosis:</u> (Macrogol 3350) de 1 a 3 sobres al día. El tratamiento dura 2 semanas aproximadamente. Cada sobre es de 13,7 G.</p> <p><u>RAM:</u> los síntomas son transitorios como distensión abdominal y/o dolor, náuseas/vómitos, diarrea, gases, cefalea, alergia.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> Íleo paralítico, megacolon, EII (enfermedad inflamatoria intestinal), perforación del intestino.</p> <p><u>Interacciones con otros fármacos:</u> altera el efecto de antiepiléptico, inmunosupresores y digoxina.</p>

Tabla 4. Laxantes Osmóticos y Salinos. Elaboración propia a partir de Aburto AM, Castiella E, 2019. Mounsey A, Raleigh M, Wilson A, 2015.

Anexo 4: Tabla de laxantes estimulantes.

Estimulantes	
Sen / Senósidos A, B	<p>Vía enteral. Administrar con abundante agua**.</p> <p><u>Dosis:</u> de 7,5 a 30 mg al día de Senósido B. Se recomienda tomar por la noche. No usar más de 7 días consecutivos.</p> <p><u>RAM:</u> Náuseas, vómitos, diarrea, mala absorción de nutrientes, heces amarillentas/verdosas; su uso continuado ocasiona pérdida de la función normal del intestino, desequilibrio electrolítico y enteropatía proteínica.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> EII, trastornos del metabolismo hidrógeno-electrolítico, obstrucción del intestino, hepatopatías, apendicitis, hemorragias intestinales/sospecha, atonía intestinal.</p> <p><u>Interacciones con otros medicamentos:</u> antiarrítmicos, diuréticos, adrenocorticoides, raíz de regaliz, producen toxicidad e hipopotasemia.</p>
Bisacodilo (Dulcolaxo)	<p>Vía rectal (Supositorios) y vía enteral (comprimidos)</p> <p><u>Dosis:</u> enteral entre 5 y 10 mg al día. Tomar preferiblemente por la noche. Rectal un supositorio de 10 mg al día.</p> <p><u>RAM:</u> retortijones, desvanecimiento, molestia del estómago; su uso crónico produce efectos a nivel local como irritación, dolor, rectorragia.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> EII, enfermedad hepática, trastornos del metabolismo hidrógeno-electrolítico, obstrucción del intestino, hipersensibilidad a los principios activos y excipientes, apendicitis, dolor abdominal, hemorroides, hemorragias intestinales/sospecha, atonía intestinal.</p> <p><u>Interacciones con otros medicamentos:</u> antiarrítmicos, diuréticos, adrenocorticoides, raíz de regaliz, producen toxicidad e hipopotasemia. La leche y los antiácidos aumentan su absorción.</p>
Cáscara sagrada	<p>Vía enteral. Administrar con abundante agua**.</p> <p><u>Dosis:</u> los ancianos son más sensibles al efecto de este laxante, por lo que se reduce su dosis a 1 cápsula al día de 20 mg. Tratamiento de 2-3 días.</p> <p><u>RAM:</u> pérdida de agua, electrolitos, su uso crónico produce hematuria y albuminuria, puede producir calambres en el abdomen, alergias, debilidad, hipotensión y descoordinación psicomotriz.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> alergia al principio activo/excipiente, dolor abdominal obstrucción intestinal, atonía del intestino, apendicitis, EII, vómitos, diarreas.</p> <p><u>Interacciones con otros medicamentos:</u> antiarrítmicos, diuréticos, adrenocorticoides, raíz de regaliz, producen toxicidad e hipopotasemia.</p>

Anexo 4 continuación: Tabla de laxantes estimulantes.

Estimulantes (continuación)	
Prucaloprida	Vía enteral. Administrar con abundante agua**. <u>Dosis:</u> 2 mg una vez al día. <u>RAM:</u> náuseas, vómitos, cefalea, gases. <u>Contraindicaciones:</u> hipersensibilidad al principio activo/excipiente, insuficiencia renal (diálisis), perforación/obstrucción intestinal, EII, íleo paralítico.

Tabla 5. Laxantes Osmóticos. Elaboración propia a partir de Aburto AM, Castiella E, 2019. Jordán Bueso J, Garrido Cid MJ, Fernández de Trocóniz-Fernández I, 2020. Izzy M, Maliecka A, Little E, Anand S, 2016.

Anexo 5: Tabla de laxantes emolientes y lubricantes.

Emolientes y lubricantes	
Parafina	<p>Vía enteral. Administrar con abundante agua**.</p> <p><u>Dosis:</u> de 15 a 30 ml al día.</p> <p><u>RAM:</u> malabsorción de vitaminas liposolubles, neumonía por broncoaspiración lipídica.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> hipersensibilidad al principio activo/excipiente, íleo paralítico, impactación fecal, apendicitis, lesión orgánica/sospecha en el tubo digestivo, pacientes encamados o con disfagia.</p> <p><u>Interacciones con otros medicamentos:</u> Anticoagulantes orales, digitálicos administrar separados, 2 horas después/antes.</p>

Tabla 6. Laxantes Emolientes y Lubricantes. Elaboración propia a partir de Aburto AM, Castiella E, 2019. Mounsey A, Raleigh M, Wilson A, 2015.

Anexo 6: Tabla de laxantes antagonistas de los receptores periféricos opioides

Antagonistas de los receptores periféricos opioides	
Naloxegol	<p>Vía enteral. Administrar con abundante agua**.</p> <p><u>Dosis:</u> 25 mg una vez al día. Tomar 30 minutos antes o 2 horas después de la primera comida del día.</p> <p><u>RAM:</u> diarrea, dolor del abdomen, náuseas, gases.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> hipersensibilidad al principio activo/excipiente, riesgo de perforación gastrointestinal, no Tamar con inhibidores del CYP3A4 (ketoconazol) o inhibidores de la proteasa (zumo de pomelo).</p> <p><u>Interacciones con otros medicamentos:</u> inhibidores e inductores del CYP3A4.</p>

Tabla 7. Laxantes Antagonistas de los receptores periféricos opioides. Elaboración propia a partir de Aburto AM, Castiella E, 2019. Comité de evaluación de nuevos medicamentos de Atención Primaria de Euskadi, 2016.

Anexo 7: Tabla de laxantes activadores de la Guanilato Ciclasa

Activadores de la Guanilato Ciclasa	
Linaclotida	<p>Vía enteral. Administrar con abundante agua**.</p> <p><u>Dosis:</u> 290 µg una vez al día. Tomar 30 minutos antes de comer.</p> <p><u>RAM:</u> diarrea.</p> <p><u>Contraindicaciones:</u> hipersensibilidad al principio activo/excipiente, obstrucción gastrointestinal mecánica/sospecha.</p> <p><u>Interacciones con otros medicamentos:</u> reduce el efecto de la levotiroxina, aumenta el riesgo de diarrea si toma otros laxantes, AINE e inhibidores de la bomba de protones.</p>

Tabla 8. Laxantes Activadores de la Guanilato Ciclasa. Elaboración propia a partir de Aburto AM, Castiella E, 2019.

Estreñimiento y uso de laxantes en personas mayores



¡La prevención es la clave de su bienestar!



1^a sesión 🐼 Qué es el estreñimiento y cómo influye el envejecimiento en este
🐼 Tipos de estreñimiento y causas
🐼 Fármacos que producen estreñimiento

**20, 21 y 22
Abril**
*Residencia
Casaquinta*

2^a sesión 🐼 Deshidratación en mayores institucionalizados y factores de riesgo
🐼 Detección del estreñimiento en el paciente mayor
🐼 Criterios Roma y Escala Bristol

**25, 26 y 27
Abril**
*Residencia Virgen
del Consuelo*

**3, 4 y 5
Mayo**
*Residencia de 3^a edad
Pablo Neruda*

3^a sesión 🐼 Tratamiento del estreñimiento y prevención
🐼 Abuso de laxantes
🐼 Ca colorrectal en geriatría

Dirigido a: **TCAEs y Enfermería.**
Horario: de 12:00 a 16:00 horas.
Lugar: Sala de actos de la residencia.
Fecha límite de inscripción: 15 de Abril de 2022.
Contacto: 201812758@alu.comillas.edu



Anexo 9: Folleto sesiones clínicas.

Objetivo principal:

Reforzar los conocimientos de los profesionales de enfermería (TCAEs y Enfermeros/as) sobre la prevención del estreñimiento, su detección y el manejo de los laxantes para proporcionar unos cuidados de calidad a las personas mayores institucionalizadas.

Inscripción:

Anote sus datos personales en la hoja de inscripción que le facilite su responsable.

Lugar de sesión:

Sala de actos de la residencia.

Número de asistentes:

12 - 14 asistentes máximo.

Contacto: 201812758@alu.comillas.edu

Estreñimiento y uso de laxantes en personas mayores



Sesión clínica sobre prevención del estreñimiento y manejo correcto de laxantes en el paciente mayor institucionalizado



Programa de sesiones

1ª Sesión:

- Qué es el envejecimiento y cómo influye el envejecimiento en este.
- Tipos de estreñimiento y causas.
- Fármacos que producen estreñimiento.

2ª Sesión:

- Deshidratación en mayores institucionalizados y factores de riesgo.
- Detección del estreñimiento en el paciente mayor.
- Criterios Roma y Escala Bristol.

3ª Sesión:

- Tratamiento del estreñimiento y prevención.
- Abuso de laxantes.
- Ca colorrectal en geriatría.

Cronograma

Cada sesión tendrá una duración de 4 horas, de 12:00 a 16:00.

La primera sesión será impartida:

- El 20 de Abril en Residencia Casaquinta.
- El 25 de Abril en Residencia Virgen del Consuelo.
- El 3 de Mayo en Residencia 3ª edad Pablo Neruda.

La segunda sesión será impartida:

- El 21 de Abril en Residencia Casaquinta.
- El 26 de Abril en Residencia Virgen del Consuelo.
- El 4 de Mayo en Residencia 3ª edad Pablo Neruda.

La tercera sesión será impartida:

- El 22 de Abril en Residencia Casaquinta.
- El 27 de Abril en Residencia Virgen del Consuelo.
- El 5 de Mayo en Residencia 3ª edad Pablo Neruda.

Anexo 10: Listado de inscripción sesiones clínicas.

Residencia:

Apellidos, Nombre	DNI	e-mail	Firma

Plazo máximo de inscripción: 15 de Abril de 2022.

Número máximo de integrantes: 14.

Responsable/Dirección:

Firma responsable:.....

Anexo 11: Obsequio asistentes a las sesiones clínicas.



Anexo 13: Cuestionario tipo test para evaluación de conocimientos

El siguiente cuestionario pretende evaluar el impacto que tienen las sesiones clínicas en cuanto a conocimientos adquiridos, se van a realizar 10 preguntas tipo test con sólo una respuesta correcta.

El cuestionario se pasará en la primera y en la última sesión por lo que tiene que marcar con un O si es el test de la primera sesión o de la última.

Recordar que es totalmente anónimo.

1. No se considera estreñimiento a:
 - a) Realizar cada dos 2 días una deposición de características normales y sin esfuerzo.
 - b) Realizar una deposición cada 5 días.
 - c) Realizar una deposición de características normales cada 3 días y sin esfuerzo.
 - d) **A y C son correctas.**

2. El tipo de estreñimiento más frecuente en personas mayores es:
 - a) Estreñimiento agudo o transitorio.
 - b) Estreñimiento crónico primario.
 - c) Estreñimiento crónico secundario.
 - d) **B y C son correctas.**

3. Es cierto que el envejecimiento conlleva al estreñimiento.
 - a) Verdadero, el envejecer trae consigo el estreñimiento.
 - b) **Falso, el envejecimiento no conlleva a padecer estreñimiento.**

4. El estreñimiento es más frecuente en mujeres:
 - a) **Verdadero.**
 - b) Falso.
 - c) No se tiene evidencia de que el sexo femenino es más frecuente de padecer estreñimiento.
 - d) El estreñimiento es más frecuente en hombres.

5. Son Factores de riesgo de deshidratación en el paciente mayor:
 - a) Ojos hundidos.
 - b) Baja ingesta hídrica.
 - c) Deterioro funcional y deterioro cognitivo.
 - d) **Todos son factores de riesgo de deshidratación en el paciente mayor.**

6. El Movicol según su mecanismo de acción es un laxante del tipo:
 - a) **Osmótico-salino.**
 - b) Formador de masa.
 - c) Emolientes-lubricante.
 - d) Activadores de la Guanilato Ciclasa.

7. Una deposición de características: forma de salchicha, grumosa compuesta por fragmentos, en la escala Bristol es el tipo:
 - a) 1.
 - b) **2.**
 - c) 3.
 - d) 4.

8. El abuso de laxantes produce:
- a) Alteraciones en la microbiota intestinal.
 - b) Alteraciones en el sistema cardiovascular y renal.
 - c) Colon catártico.
 - d) Todas son correctas.**
9. ¿Cuál de los siguientes fármacos no produce estreñimiento?
- a) Hierro.
 - b) Naloxegol.**
 - c) Morfina.
 - d) Atorvastatina.
10. La causa más frecuente que produce una obstrucción intestinal:
- a) Es la dieta rica en fibra.
 - b) Es la ingesta de 1.5 – 2 litros de agua al día.
 - c) Son las hernias.**
 - d) Es el sedentarismo

Cuestionario realizado en la:

Primera sesión	
Última sesión	

Puntuación total	/10
------------------	------------

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 14: Cuestionario para evaluar la satisfacción de los asistentes a las sesiones.

El siguiente cuestionario es totalmente anónimo y pretende evaluar su satisfacción respecto a las tres sesiones sobre el estreñimiento en el paciente mayor impartidas. Marque con un O, si se equivoca, táchelo con una X y vuelva a marcar un O en la que usted considere.

EL valor más bajo es un 0 y el más alto es un 4.

Características organizativas

	0	1	2	3	4
<i>Horario</i>					
<i>Lugar</i>					
<i>Distribución de las sesiones</i>					
<i>Duración de las sesiones</i>					

Características globales de las sesiones clínicas

	0	1	2	3	4
<i>Metodología empleada en las sesiones</i>					
<i>Recursos materiales</i>					
<i>Contenido teórico</i>					
<i>Role-Playing</i>					
<i>Casos clínicos</i>					

Características de la enfermera responsable del proyecto

	0	1	2	3	4
<i>Dominio en la materia impartida</i>					
<i>Claridad en las explicaciones</i>					
<i>Resolución de dudas</i>					
<i>Dinamismo</i>					
<i>Puntualidad</i>					

Características personales como asistente a las sesiones

	0	1	2	3	4
<i>Le ha servido de algo las sesiones</i>					
<i>Adquisición de habilidades</i>					
<i>Adquisición de conocimiento</i>					
<i>Recomendaría las sesiones</i>					
<i>Realizaría otro curso formativo en el futuro</i>					

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 16: Cuestionario de evaluación de habilidades y actitudes

Este cuestionario será realizado por la enfermera de soporte de la sesión.

El objetivo es **EVALUAR LAS HABILIDADES** que se han adquirido durante las simulaciones en el aula y con el Rol-playing, así como **EVALUAR LAS ACTITUDES** mostradas durante las sesiones para abordar las dificultades detectadas.

- 0- Muy pobre.
- 1- Pobre.
- 2- Aceptable
- 3- Muy adecuada.
- 4- Excelente.

Nombre de asistente.....

HABILIDADES: (Simulación y Rol-playing)

Habilidades personales y en equipo

	0	1	2	3	4
<i>Presentación ante el paciente</i>					
<i>Demuestra empatía con el paciente</i>					
<i>Es asertivo dentro del equipo de la salud</i>					
<i>Se expresa de forma que el paciente le comprende</i>					
<i>Realiza una correcta anamnesis</i>					
<i>Realiza una correcta exploración física</i>					
<i>Es capaz de modificar una solución evacuante (enema)</i>					
<i>Reconoce signos y síntomas de obstrucción intestinal</i>					
<i>Reconoce signos y síntomas de deshidratación en el paciente mayor</i>					
<i>Es capaz de dar recomendaciones para previniendo el estreñimiento mediante técnicas no farmacológicas (Prevención)</i>					

ACTITUDES: (Dificultades detectadas)