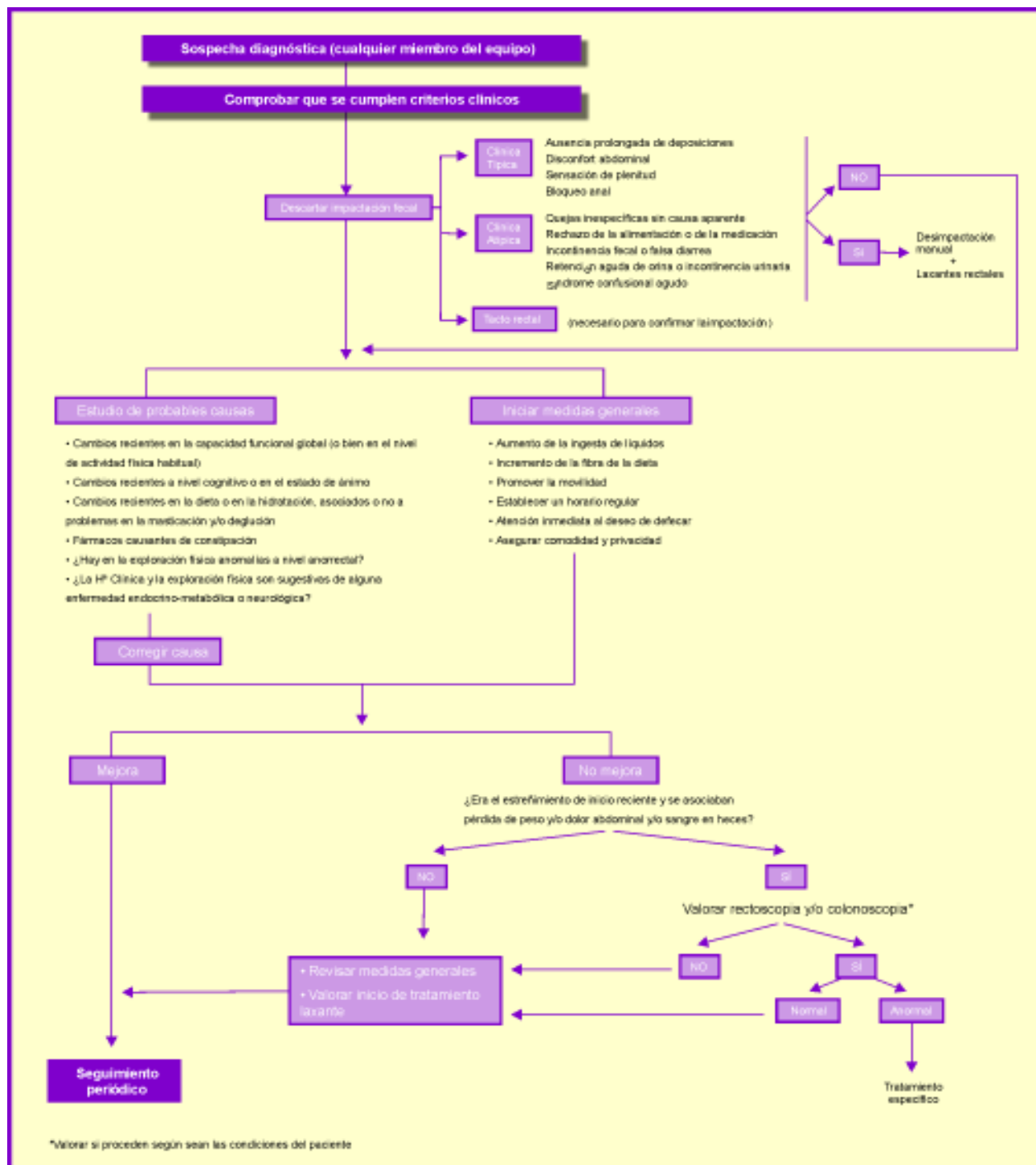


# Constipación en el anciano

M<sup>a</sup> Pilar García, Pilar Serrano, Antón M<sup>a</sup> Cervera

Servicio de Geriátría del IMAS, Centro Geriátrico Municipal, Hospital de la Esperanza, Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS). Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona.

Correspondencia: Dra. M<sup>a</sup> Pilar García. Servicio de Geriátría del IMAS. Centro Geriátrico Municipal. Sant Joan de la Salle, 42 - 08022 Barcelona. E mail: 93214@imas.imim.es



# Constipación en el anciano

El estreñimiento es un síndrome geriátrico muy prevalente. Aproximadamente el 30% de los ancianos que viven en la comunidad lo padecen. En ancianos hospitalizados e institucionalizados en residencias o en unidades de larga estancia este porcentaje puede llegar a ser del 75 %<sup>1</sup>.

La frecuencia de deposiciones de un individuo sano puede variar entre tres deposiciones al día y tres deposiciones a la semana. Una frecuencia inferior puede ser todavía considerada normal si no representa un cambio en el ritmo deposicional habitual del paciente y no se asocia con dificultad en la evacuación<sup>2</sup>. Dada la variabilidad en la frecuencia de las deposiciones, puede resultar difícil encontrar una definición exacta de estreñimiento. Por ello muchos autores exigen, para aceptar dicho diagnóstico, un criterio objetivo (baja frecuencia) y otro subjetivo (dificultad durante el acto de la defecación)<sup>3</sup>.

Una vez se haya comprobado que se cumplen los criterios clínicos anteriormente explicados, se deberá descartar la presencia de impactación fecal, tal y como se hace referencia al final de este mismo texto. A continuación, se iniciará el estudio de la/s probable/s causas de estreñimiento. En el algoritmo se encuentran recogidas las más frecuentes. Su detección permitirá iniciar medidas terapéuticas específicas. De forma paralela se llevarán a cabo las medidas generales y del entorno, que serán de gran importancia a la hora de alcanzar el éxito de la intervención.

Si el estreñimiento mejora tras las medidas antes expuestas, únicamente será necesario un seguimiento periódico del enfermo. Si no mejora a pesar de lo anterior, deberá descartarse la presencia de patología a nivel colorrectal responsable del cuadro clínico. En caso de que el estreñimiento sea de inicio reciente, o bien exista un cambio en el ritmo deposicional habitual (empeoramiento de un estreñimiento crónico

y/o alternancia de estreñimiento con diarrea), o bien se asocien dolor abdominal y/o sangre en heces y/o pérdida de peso, se valorará la necesidad de realizar una rectoscopia y/o una colonoscopia como despistaje del cáncer colorrectal. Si no se dan ninguna de las situaciones anteriores, se comprobará nuevamente que se hayan seguido adecuadamente las medidas generales y, si es así, se planteará la necesidad de iniciar el tratamiento laxante. Se hará lo mismo en caso de que la endoscopia digestiva sea normal o en los casos en que, dadas las condiciones del enfermo, no lo consideremos tributario de estas exploraciones complementarias. Cuando la endoscopia digestiva sea anormal se seguirá el tratamiento específico.

La elección del tratamiento laxante será individualizada, y en ella se tendrán en cuenta las características del enfermo, las indicaciones específicas, las contraindicaciones y el tiempo del que se dispone para obtener el efecto deseado<sup>4</sup>.

La complicación más frecuente y específica del estreñimiento en el anciano es la impactación fecal<sup>5</sup>. Es el resultado de la acumulación de heces duras en la ampolla rectal (comúnmente llamadas "fecalomas") como consecuencia de una permanencia prolongada de las mismas en el colon o recto. Para su detección será necesaria la realización de un tacto rectal y se sospechará cuando exista alguna de las manifestaciones, típicas o atípicas, que aparecen reseñadas en el algoritmo. El tratamiento de elección de la impactación fecal es la fragmentación y extracción manual de la masa fecal, asociado posteriormente al uso de laxantes rectales (enemas).

# caso clínico

## Paciente varón de 75 años de edad sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas

### Antecedentes patológicos

- Hipertensión de larga evolución en tratamiento farmacológico.
- Insuficiencia cardíaca en tratamiento diurético. Disnea basal a moderados esfuerzos. No ingresos hospitalarios por descompensación.
- Enfermedad arterial periférica.
- Insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores; úlcera varicosa en maleolo interno derecho de evolución tórpida desde el año 1997.

### Situación previa

El paciente era independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Barthel 100; Lawton 5). No existía evidencia de deterioro cognitivo. Vivía con su esposa en un piso sin barreras arquitectónicas.

### Enfermedad actual

El paciente ingresa en un hospital de agudos por evolución tórpida de una úlcera a nivel de talón derecho, con exposición ósea. Se practica la amputación infracondílea de dicha extremidad. Como complicaciones a destacar durante el ingreso, en primer lugar, se detecta retención aguda de orina que se atribuye a una infección urinaria, instaurándose sondaje vesical permanente y tratamiento antibiótico. En segundo lugar, por dolor severo a nivel del lecho de amputación, se inicia tratamiento con cloruro mórfico. Por último, requiere valoración por especialista en psiquiatría por presencia de síntomas depresivos, iniciándose tratamiento específico.

Se traslada a la Unidad de Convalecencia con los objetivos de: curas del muñón y posterior protetización, mejoría de la capacidad funcional global y valoración geriátrica.

### Tratamiento al alta hospitalaria

Enoxaparina 40 mg cada 24 horas, subcutánea; cloruro mórfico 5 mg cada 4 horas, subcutáneo;

Ácido acetilsalicílico 200 mg cada 24 horas; Furosemida 40 mg cada 12 horas; Pantoprazol 40 mg cada 24 horas; Citalopram 20 mg cada 24 horas; Lorazepam 1 mg cada 24 horas; Amoxicilina- ácido clavulámico 875/125 mg cada 24 horas.

### Exploración física

Paciente consciente y orientado. Signos clínicos compatibles con deshidratación leve. Normocoloreado; Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos; Aparato cardiovascular: tonos cardíacos rítmicos, sin soplos. No signos de insuficiencia cardíaca derecha ni de trombosis venosa profunda. Pulso poplíteo derecho presente, resto de pulsos también presentes; Exploración abdominal: sin alteraciones patológicas; Exploración neurológica: atrofia de cuádriceps, con balance muscular de 3/5 a este nivel. Aparato locomotor: balances articulares conservados.

### Valoración geriátrica al ingreso

- **Funcional:** totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria; Barthel 15. Dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria. Encamado.
- **Cognitivo:** Minimental de Folstein 27/30; escolaridad < 8 años. Ausencia de deterioro cognitivo.
- **Estado nutricional:** bien conservado.
- **GDS de Yesavage 10/15:** presencia de síntomas depresivos.
- **Índice de Comorbilidad de Charlson:** 2.

### Diagnósticos de enfermería

- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con patología médica.
- Deterioro de la movilidad física relacionado con alteración músculo-esquelética.
- Estreñimiento

Después de 5 días de ingreso en la unidad se constató ausencia de deposiciones de una semana de evolución. El enfermo refería disconfort abdominal.

## Discusión del caso clínico

Se trata de un paciente previamente independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que sufre un deterioro funcional tras un encamamiento prolongado motivado por la amputación infracondílea de una extremidad.

La ausencia de deposiciones desde su ingreso en la unidad, así como el disconfort abdominal que refería el enfermo, llevaron a pensar al equipo que podía existir una impactación fecal. El diagnóstico se confirmó tras la realización de un tacto rectal, que puso de manifiesto la presencia de heces duras que ocupaban toda la ampolla rectal. Tras la fragmentación de la masa fecal y la colocación de dos enemas de limpieza, el paciente quedó asintomático. Una vez resuelta la impactación fecal se intentó la retirada de la sonda vesical, con éxito.

Al mismo tiempo que se iniciaron las medidas generales, se revisaron una a una las probables causas de su estreñimiento. Se intervino a nivel de la polifarmacia: a las tres semanas de haberse iniciado el tratamiento antidepressivo, mejoraron tanto su estado de ánimo como el descanso nocturno, pudiéndose retirar la benzodiazepina (lorazepam). Dado que no presentaba ni signos ni síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva, y habiéndose detectado en la exploración física signos clínicos compatibles con deshidratación leve, se aumentó la ingesta de líquidos, se retiró de forma progresiva el tratamiento diurético (furosemida) y éste fue sustituido por IECAS para el manejo crónico de la HTA y de la Insuficiencia cardíaca. Como el dolor a nivel del muñón estaba bien controlado, fue retirándose el cloruro mórfico, al tiempo que se añadían otros analgésicos no opiáceos. Se incluyó al enfermo en un programa de fisioterapia que le permitió desarrollar una marcha monopodal con ayuda de dos bastones ingleses. Mientras tanto, se promovió la movilidad también en la unidad, se estableció un horario regular para las deposiciones, y se intentó atender de forma inmediata su deseo de defecar. La anamnesis y la exploración física descartaron la presencia de patología a nivel anorrectal (tumores, hemorroides, fisura anal...) y de enfermedades endocrino-metabólicas (hipotiroidismo, hipercalcemia...) o neurológicas (enfermedad cerebrovascular, Parkinson...). El estreñimiento mejoró parcialmente con las medidas generales, aunque no se resolvió hasta mejorar la capacidad funcional, por lo que fue necesario el uso de laxantes orales de forma temporal.

El enfermo recuperó su ritmo deposicional habitual al alta de la unidad. Se le informó acerca de las medidas generales para prevenir el estreñimiento y de esta manera las pudo incluir en sus hábitos de vida.

1. Schaefer DC, Cheskin LJ. Constipation in the elderly. *American Family Physician* (publicación electrónica); 1998.
2. Ferri FF, Freetwell MD. *Practical guide to the care of the geriatric patient*. St Louis: Mosby-Year Book, 1992.
3. Whitehead WE, Chaussade S, Corazziari E, et al. Report of an international workshop on management of constipation. *Gastroenterol Int* 1991;4:99-113.
4. Miralles R, Garcia MP. Estreñimiento en el anciano. En: Ribera JM. *Enfermedades del aparato digestivo en las personas mayores*. Barcelona: Glosa, 2004;45-58.
5. Wrenn K. Fecal impactation: current concepts. *N Engl J Med* 1989;7:656-62.

## Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. Ramón Miralles y a la Sra. Cuca Esperanza del Servicio de Geriátrica del IMAS, Centro Geriátrico Municipal, Hospital de la Esperanza, Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS), sus conocimientos y aportaciones.