The page features a decorative graphic consisting of three green circles of varying sizes and two thin blue lines. One large circle is at the top, a medium one is in the center, and a very large one is at the bottom right. The blue lines intersect at the top left and extend towards the circles.

TERAPIA MANUAL ALTERNATIVA PEL RESTRENYIMENT CRÒNIC EN PERSONES AMB MOBILITAT REDUÏDA

14/10/2013

ÍNDEX

1. Introducció.....	2-7
2. Objectius.....	8
3. Metodologia.....	9-12
4. Resultats.....	13-14
5. Conclusions.....	15
6. Bibliografia.....	16
7. Annex.....	17

1. INTRODUCCIÓ

La constipació és una alteració digestiva(3) molt freqüent en persones d'edat avançada, y a la vegada complexa d'abordar perquè realment la constipació no és una malaltia ni un diagnòstic pròpiament dit, es tracta més aviat d'un símptoma.(3)

L'estrenyiment és més prevalent en les dones que en els homes (5% respecte al 2,5% respectivament) (3). Un metaanàlisi realitzat per PD Higgins i JF Johanson als Estats Units (8), posa el percentatge de la constipació entre el 12 i el 19%. Però en un altre estudi realitzat per E Hammond, dedicat especialment a la població d'edat avançada, apunta una dada molt rellevant pel present projecte, i és que, la prevalença pot augmentar fins al 54% en persones majors de 85 anys (1).

En la bibliografia es poden trobar diferents xifres de prevalença, en part perquè aquesta dependrà de com s'ha definit el restrenyiment, si es té en compte l'estrenyiment com el nombre de deposicions per setmana, té una prevalença del 5%; en canvi, si tenim en compte l'estrenyiment com la dificultat o esforç al defecar, la prevalença augmenta al 25%(5)

En un estudi epidemiològic realitzat per NJ Talley l'any 1996 (9) es va comprovar, que la prevalença de la constipació també varia segons el tipus de restrenyiment, sent del 24,4% pel funcional i del 20,5% per la disfunció anal. Si tenim en compte la població geriàtrica que és la que ens interessa pel present estudi, el restrenyiment funcional és més freqüent en persones d'edat avançada i en canvi la disfunció anal és la més freqüent en dones.(1)

Segons els criteris diagnòstics de Roma II.(veure Annex 1). que defineixen la constipació utilitzant una sèrie de criteris, entendrem com estrenyiment:

- Si es compleixen 2 o més dels criteris definits
- Si els símptomes perduren al menys 3 mesos durant l'últim any
- Si es produeix en un 25% o més de les deposicions

Sent els criteris diagnòstics els següents:

- Menys de 3 deposicions per setmana [\(1\)](#)
- Femtes dures
- Esforç excessiu
- Sensació de bloqueig
- Evacuació incompleta o frustra
- Maniobra digital per facilitar-la [\(2\)](#)

I per diferenciar els tipus de restrenyiment ens ajudarem del següent quadre:

RESTRENYIMENT FUNCIONAL
<ul style="list-style-type: none">- És el més habitual- No sensació de defecació- Avaluació a través de l'escala Roma II (4)
RESTRENYIMENT PER BLOQUEIG / DISFUNCIÓ ANAL
<ul style="list-style-type: none">- Sensació incompleta de defecació, a vegades s'ajuden amb les mans- Necessitat imperiosa d'evacuar degut a que queden restes fecals al canal anal.- Els símptomes poden ser interpretats com a manies i obsessions de la persona- Poden presentar debilitat muscular i incoordinació neurògena (1)

Fisiològicament, encara que no hi ha una evidència científica de que hi hagi una reducció del trànsit gastrointestinal en les persones d'edat avançada, si que hi ha una disminució de la sensibilitat rectal i del canal anal, que altera la distensió rectal. A més a més, hi ha una alteració de l'eficiència de la musculatura pelviana i la capacitat rectal, i la pressió de l'esfínter anal en repòs disminueix. Tots aquests factors sumats a situacions i comorbiditats de les persones d'edat avançada com el immobilitisme, la deshidratació, els traumatismes del canal del part i la polifarmàcia, fan que la funció de la defecació i la continència fecal es vegin altament afectades amb l'edat. [\(1\)](#)

A més, les persones d'edat avançada amb restrenyiment desenvolupen gradualment el que s'anomena síndrome de reservori terminal, que consisteix en l'acumulació de femtes en el sigma i el recte, i eventualment en les zones més proximals al colon. [\(3\)](#)

Es ben conegut per tothom, que la immobilitat és una de les causes de restrenyiment en la persona gran, però cal destacar que l'exercici físic accelera la motilitat gastrointestinal, per tant només el fet de mantenir una postura erecta en persones immobilitzades pot ajudar a mantenir un trànsit intestinal adequat.(3)

Són moltes les causes que poden donar a lloc a constipació, les més habituals són les derivades de la disfunció motora del còlon: diabetis, col·lagenosis, malalties neurògenes, connectivopaties, fàrmacs com antiàcids, opiàcids o antagonistes del Calci, o les que alteren la motilitat colonorectal, com la inèrcia colònica o la disfunció sol pèlvic.(2).

Causes aquestes, molt freqüents en la gent gran, que unit als canvis fisiològics de l'edat, afavoreix que la prevalença d'aquest trastorn sigui major en aquesta població. (7)

El fet de que aquest trastorn va lligat sovint a condicions o patologies cròniques, fa que també el seu tractament acabi sent des d'un abordatge de la cronicitat. Pel que, a banda dels fàrmacs que s'utilitzen per tractar el restrenyiment, existeixen una sèrie de tractaments no farmacològics basats en modificació d'hàbits, promoció de la mobilitat i l'exercici.

TRACTAMENT NO FARMACOLÒGIC

- Augment ingesta hídrica (8-10 gots diaris)
- Augment quantitat de fibra (20-25 grams diaris en la dieta)(2)
- Promoure exercici, potenciant musculatura abdominal
- Promoure i establir horari regular i entorn favorable
- En malalts immobilitzats realitzar massatges abdominals manuals o amb estimuladors elèctrics (corrents interferencials o vibracions)(1)

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC

- Formadors de massa intestinal: requereix augmentar molt la ingesta hídrica. Contraindicats si la persona presenta impactació fecal o obstrucció intestinal
- Estimulants de la motilitat intestinal. No s'utilitzen pel restrenyiment crònic, ja que pot ocasionar colon catàrtic
- Osmòtics. Produeix una retenció d'aigua a nivell intestinal, fent que la femta sigui més líquida i augmentant així el peristaltisme de forma secundària.
- Laxants, lubricants, emol·lients. S'utilitzen a curt termini. Els laxants que s'utilitzen per via rectal produeixen distensió del colon i augment del peristaltisme secundari (1)

En quant al tractament farmacològic cal destacar que no hi ha un tipus de laxant perfecte, sinó que s'ha d'individualitzar cada tractament segons les necessitats de la persona, i a més és important utilitzar-los de forma puntual, encara que, segons també indica la bibliografia (1), en persones immobilitzades, fràgils i amb disfunció per debilitat de la musculatura abdominopelviana, si que s'han d'utilitzar de forma crònica. Per tant, els laxants que s'han de fer servir hauran de ser segurs, còmodes i eficaços. Al centre l'actuació que s'aplicava fins al moment de l'inici del present estudi era la següent:

QUADRE D'ACTUACIÓ DAVANT RESTRENYIMENT EN LA RESIDENCIA

- 1.- Controlar el registre de deposicions dels residents
- 2.- Detectar no defecació durant 72 hores
- 3.- Infermeria torn tarda si no ha defecat, administrarà extra de laxant
 - Tenir en compte si el resident pren laxant de forma crònica i la quantitat, si no pren laxant de forma crònica i el restrenyiment es reiteratiu pautar laxant.
 - Per a major efectivitat del extra de laxant es donarà amb aigua tèbia.
 - El extra de laxant habitualment serà una dosi més elevada del que pren habitualment.
- 4.- Si no ha estat efectiu l'extra de laxant es torna a repetir al dia següent a la tarda.
- 5.- Comprovació de fecalomes mitjançant tacte rectal
- 6.- Si tampoc és efectiu, infermeria torn matí administra enema.

Justificació

El present estudi es porta a terme en una residència assistida per gent gran.

Al centre, hem pogut objectivar una prevalença de restrenyiment dintre dels marges trobats a la bibliografia de: una prevalença global del 62,22% de la població institucionalitzada, d'aquest el 47,78 son dones.

De les persones amb restrenyiment, el 82,14 % el tenen de tipus funcional respecte al 17,85% que ho és per disfunció anal.

A aquesta alta prevalença, hem objectivat a més, la iatrogènia que sovint provoquen els tractaments farmacològics que habitualment estem aplicant per millorar aquesta problemàtica. Nosaltres hem arribat a trobar des de molèsties inespecífiques, prurit o dolor localitzat, a quadres vasovagals, incontinències i rebuig de l'aliment per part de la persona afectada.

La mobilitat reduïda és també una característica molt habitual en les persones que ingressen en centres residencials com és el cas. Al centre el 76,32% de les persones amb reducció de la seva mobilitat personal, tenen restrenyiment.

Per aquests motius en el centre ens hem plantejat un canvi en el maneig de la constipació o restrenyiment en persones amb mobilitat molt reduïda. Disminuir el tractament farmacològic per reduir així les seves conseqüències i apostar més per un tractament no farmacològic relacionat amb la mobilitat de la persona i la motilitat intestinal.

Falten bases científiques o estudis que avalin l'aplicació d'aquests tractaments com a justificació per utilitzar-los de forma més generalitzada i nosaltres volem contribuir amb la nostra experiència en donar suport a aquestes teràpies alternatives.

2. OBJECTIUS DE L'ESTUDI

Objectiu general

Comprovar que l'aplicació de teràpies no farmacològiques en persones amb important disminució de la mobilitat poden ser eficaces per reduir el consum de fàrmacs dirigits a controlar el restrenyiment (laxants/enemes)

Amb tot això el que es vol aconseguir és un millor control del ritme deposicional i a la llarga regularitzar el trànsit intestinal.

Objectius específics

1. Disminuir el nombre de vegades que s'administra l'extra de laxant en els residents diagnosticats de restrenyiment de la residència, que presenten una mobilitat reduïda amb impossibilitat de caminar i que resten allitats més de 12 hores al dia.
2. Disminuir el nombre de vegades que s'administren enemes en els residents diagnosticats de restrenyiment de la residència, que presenten una mobilitat reduïda amb impossibilitat de caminar i que resten allitats més de 12 hores al dia.

3. METODOLOGIA

Es tracta d'un estudi observacional prospectiu.

3.1. Població i Mostra

Persones que resideixen a la residència des de fa més d'un any que presentin restrenyiment diagnosticat segons criteris de Roma II i disminució de la mobilitat tal i com es defineix en els criteris d'inclusió.

Criteris d'inclusió:

- Residir a la Residència des de fa més d'un any des del inici de l'estudi.
- Estar allitats 12 hores o més al dia
- Impossibilitat de caminar o caminar menys de 5 minuts al dia.
- Barthel igual o inferior a 25.
- Diagnosticats de restrenyiment crònic de més de 12 mesos d'evolució i que prenguin laxants orals diàriament.
- Tolerància/acceptació del tractament per part del resident.
- Persones amb tractament farmacològic en el moment del inici de l'estudi.
- Restrenyiment malgrat el tractament habitual crònic.

Criteris d'exclusió:

- Tenir una tumoració activa
- Contraindicació mèdica específica a realitzar el tipus de tractament.
- Portadors de PEG i estomes.
- Rebutjar la intervenció

3.2. Procediment

Als residents que compleixin criteris, i que accepten entrar a l'estudi, sense fer cap modificació en el tractament que fins ara se li aplicava per aquest trastorn, se'ls hi aplicarà una teràpia específica per part del fisioterapeuta en els moments considerats crítics.

El procediment serà el següent:

- Observació durant 3 mesos per part del fisioterapeuta dels registres diaris de defecació de les persones incloses en el treball, això durant els 3 mesos d'observació que durarà el treball.
- Davant la detecció d'un retard de defecació major de 2 dies, al tercer s'inicia l'aplicació de la teràpia (realitzant-la sempre al llit i abans de l'esmorzar)
- Després del tractament els usuaris quedaran en observació durant 36 h. Sense que en aquest temps s'apliqui cap altra mesura que afavoreixi la defecació per comprovar reaccions. Tipus de resposta:
 - Si la persona defeca, es considera la teràpia com a eficaç
 - Si no defeca, es a dir, no hi ha bona resposta es repeteix la teràpia el segon dia, si la persona defeca en aquest moment, també es considera el tractament com a eficaç
 - Però si s'allarga al quart dia consecutiu sense resposta, es considerarà que la teràpia no ha estat eficaç i se li aplicarà un tractament farmacològic alternatiu, un extra de laxant
 - Si tampoc és eficaç als 5 dies, es farà palpació rectal i aplicació d'un enema.
 - S'ha fet seguiment durant 6 mesos als usuaris que han fet el tractament per objectivar els requeriment d'enemes durant aquest temps.
- Es registrarà en una base de dades la data de cadascuna de les intervencions realitzades, així com també el següent conjunt de variables:
 - Dies sense defecar (xifra numèrica)
 - Data d'aplicació del tractament (dd/mm)
 - Efectivitat, segons els termes ja definits (si/no)
 - Administració de laxant (a partir del 4art dia)(si/no)
 - Administració d'enema (si/no)
 - Laxants extres administrats en els mateixos mesos de l'any anterior a l'aplicació de la nova teràpia, així s'elimina el possible

biaix, degut a la influència que té sobre l'estrenyiment el canvi estacional.

- Enemes administrats en els 3 darrers mesos previs al inici de l'estudi.

TERÀPIA O TRACTAMENT APLICAT als residents que compleixen criteris d'inclusió a l'estudi:

El següent quadre explica els passos concrets que el fisioterapeuta realitza durant la teràpia. El que es pretén és millorar la mobilitat de la pelvis, la zona lumbar i abdominal a través del massatge i les mobilitzacions, facilitant així la mobilitat intestinal.

1er	<i>Pacient en decúbit supí.</i> Traccions d'extremitats inferiors suaus, intentant produir un moviment a la pelvis que simuli la marxa. Pacient en DCS Objectiu: Relaxar musculatura pèlvica.
2on	<i>Pacient en decúbit lateral esquerra.</i> Elastificació zona lumbar en decúbit lateral. (Començar DCL esquerra) Objectiu: Regularitzar to musculatura lumbar, disminuir tensió sobre la fàscia de Told (complex duodè-pancreatic "continuació inferior de la fàscia de coalescència del mesogastri posterior"), millorant peristaltisme. Regularització sistema nerviós autònom.
3er	Obertura de l'íliac dret. Objectiu: Obertura vàlvula ileocecal.
4art	Obertura angle costal dret Objectiu: Desadherir diafragma part costal i millora de l'angle del colon ascendent amb transvers.
5è	<i>Pacient en decúbit lateral Dret.</i> Elastificació zona lumbar. (Començar DCL Dret)
6è	Obertura de l'íliac esquerra.
7è	Obertura costal + angle colon+ desadherir diafragma part costal.
8è	<i>Pacient en decúbit supí.</i> Pressions suaus als angles del colon (angle inferior dret, angle superior dret, angle superior esquerra i angle inferior esquerra)
9è	Massatge abdominal fent cercles seguint el recorregut de l'intestí gros (de dreta a esquerra). Estimular la propiocepció abdominal i la motilitat intestinal.
10è	Decúbit supí treball d'inhibició suboccipital (nervi vago).

4. RESULTATS

Dels 90 residents del centre van complir criteris d'inclusió i acceptar l'estudi un total d'11 persones, amb un Barthel mig de 5.

Cap persona ha hagut de ser exclosa per no tolerància al tractament.

No s'ha objectivat cap efecte derivat de la teràpia aplicada als residents.

El 100 % realitzaven prèviament tractament amb fàrmacs, 100% del tractament era exclusivament farmacològic abans de realitzar l'estudi, i durant la realització del estudi el 100% han combinat la teràpia manual i la farmacològica.

La mitjana de dies sense defecar que tenia el grup era de 2,6.

La mitjana de tractament per persona va ser de 3,45 durant el període d'estudi, amb un marge de 1 a 3 si es realitzen fins que s'aconsegueix la defecació.

Es van aplicar un total de 34 tractaments durant els 3 mesos de l'estudi.

Es va objectivar una efectivitat del mateix del 76,47%, és a dir, que els pacients van realitzar una deposició el mateix dia d'aplicació del tractament.

I el 14,7% dels tractaments van ser efectius al segon tractament.

El 5,88% no van ser efectius, és a dir que se li va posar un enema a més de l'extra de laxant.

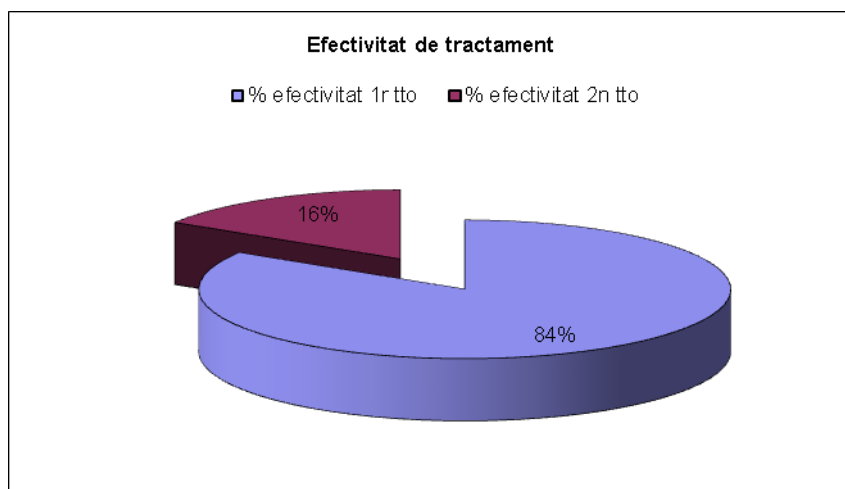
El 32,35% van ser efectius amb ajuda d'extra de laxant.

L'efectivitat total del tractament en els 11 participants de l'estudi és del 91,17%.

Les dosis d'extres de laxant estalviats, entès com el nombre de teràpies eficaces abans de les 72 hores, que era quan abans es donava ja el laxant si no defecava, va ser de 26 teràpies.

RESULTATS	Nº de Tractaments	Efectivitat observada	Percentatge
Percentatge efectivitat 1r tto	34	26	76,47%
Percentatge compl.laxant	34	11	32,35%
Percentatge no efectius	34	2	5,88%
Percentatge efectiu 2n tto	34	5	14,70%
Percentatge efectivitat total	34	31	91,17%

En el gràfic numero 1 es pot veure representada el total de tractaments eficaços, tant en el primer tractament com en el segon.



L'aplicació d'enemes durant 6 mesos abans de realitzar el tractament és de 6 i en el mateix període de temps després del tractament és de 3.

L'administració d'extra de laxant a les persones participants a l'estudi, durant els mesos de juny juliol i agost del 2012 sense tractament era de 20 vegades, i durant els mateixos mesos del 2013 on si que es va realitzar el tractament el resultat va ser de 12.

Taula comparativa en la utilització d'extres de laxants		
Mesos	Sense tto	Amb tto
JUNY	6	5
JULIOL	7	5
AGOST	7	2
TOTAL	20	12

5. CONCLUSIONS

- 1.** L'efectivitat del tractament ha demostrat ser forta, estalviant un nombre molt important d'administracions extres farmacològiques.
- 2.** S'ha aconseguit reduir a la meitat l'aplicació d'enemes als participants de l'estudi. I conseqüentment els efectes secundaris de l'administració d'un enema.
- 3.** Falten dades per a demostrar que el tractament pugui ser substitutori dels tractaments farmacològics aguts (extra de laxant, enemes...) ja que disminueix el seu ús, però no l'elimina.
- 4.** Certes dades no presentades a l'estudi, donen un indicati de que el tractament pot ser, no només efectiu en persones amb immobilitat, sinó que també ajudaria a persones amb edat avançada i restrenyiment funcional crònic.
- 5.** L'objectiu principal d'aconseguir regularitzar el trànsit gastrointestinal no s'ha pogut demostrar, degut a que només s'ha realitzat el seguiment de la evolució dels participants durant 3 mesos.
- 6.** La mostra de l'estudi és insuficient per generalitzar o inferir els resultats obtinguts a la població general institucionalitzada, seria necessari una mostra més amplia.
- 7.** S'evidencia una disminució en l'ús de laxants (dosis extres i enemes), conseqüentment és reduït el cost econòmic del tractament, suposant un benefici per l'usuari, la família i el centre. Podria ser interessant extrapolar la repercussió que podria tenir a nivell de la població institucionalitzada de Catalunya.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Mascaró J, Formiga F. Valoración y tratamiento del estreñimiento en el anciano. *Revista Eso Geriatrica Gerontol.* 2006;41(4):232-9
2. Cofré L P, Germain P, Medina L, Orellana H, Suárez J, Vergara T. Manejo de la constipación crónica del adulto: Actualización. *Rev Med Chile* 2008;136:507-516
3. Garcia Viverde MC, Rodriguez Rodríguez A. Estreñimiento en el paciente inmovilizado. *JANO* 14-20 de septiembre 2007.nº1.662
4. Gómez Senent S, Castillo Grau P, Segura Cabral JM. Incontinencia fecal y estreñimiento crónico idiopático. *Med clin (Barc).* 2008;130(6):228-36
5. Puigdemívol C, Balboa A, Mearin F. Calidad de vida en los pacientes con estreñimiento funcional. *Gastroenterol Hepatol* 2004;27(supl 3):32-8
6. Mateo Barrientos M, Diaz Diez-Picazo L, Barquinero Canales C, Baños Perez I. Valoración del anciano con restreñimiento. *JANO* noviembre 2003. vol LXV nº1496. Madrid.
7. Alvarez Guerra O M, Ulloa Arias B, Fernandez Duharte J, Castellano Carmenate T, González de la Paz, J E, Afecciones digestiva más frecuentes en el adulto mayor. *Medisan* 2010; 14(4)511.Cuba
8. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:750-9.
9. Talley nj, Fleming KC, Evans JM, et al. Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. *Am J Gastroenterol.* 1996;91:19-25.

7. ANNEX 1

Criteris diagnòstics d'estrenyiment crònic funcional

(ha de complir tots els següents, y durant els últims 3 mesos)

Ha de complir 2 o més dels símptomes següents:

- Esforç excessiu durant la defecació en més del 25% de les ocasions
- Femta dura en més del 25% de les ocasions
- Sensació de defecació incompleta en més del 25% de les ocasions
- Sensació de bloqueig/obstrucció anorrectal en més del 25% de les ocasions.
- Maniobres manuals per facilitar la defecació (digitalització, subjecció del sòl pèlvic) en més del 25% de les ocasions
- Menys de 3 defecacions per setmana.
- Rarament realitzar les deposicions sense l'ús de laxants
- No complir criteris clars de síndrome d'intestí irritable.

Bibliografia 4