

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y

Cuidados Críticos

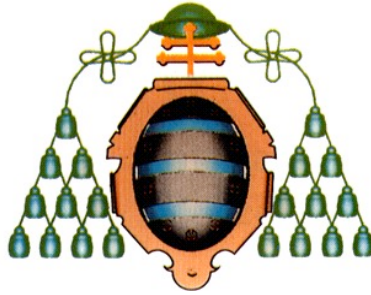
Diseño de proyecto titulado:

“Perfil de los pacientes con diagnóstico final de estreñimiento funcional atendidos en un Servicio de Urgencias”

Irene Cuesta Rodríguez

Junio 2012

Trabajo Fin de Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y
Cuidados Críticos**

Diseño de proyecto titulado:

**“Perfil de los pacientes con diagnóstico final de
estreñimiento funcional atendidos en un Servicio de
Urgencias”**

Trabajo Fin de Máster

Autora

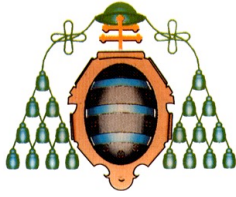
Irene Cuesta Rodríguez

Cotutora

M^a Pilar Mosteiro Díaz

Tutora

Begoña Cantabrana Plaza



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

Dña. Begoña Cantabrana Plaza, Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo, Profesora Titular de Universidad del Área de Farmacología del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo.

Dña. M^a Pilar Mosteiro Díaz, Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, Profesora Titular de Universidad del Área de Enfermería, Departamento de Medicina y Profesora del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

CERTIFICAN:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. Irene Cuesta Rodríguez, titulado “Perfil de los pacientes con diagnóstico final de estreñimiento funcional atendidos en un Servicio de Urgencias”, realizado bajo la dirección de la Dra. Begoña Cantabrana Plaza, dentro del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste donde convenga, firma la presente certificación en Oviedo a 1 de junio de 2012.

V^oB^o

V^o B^o

Fdo. BEGOÑA CANTABRANA PLAZA

Fdo. M^a PILAR MOSTEIRO DÍAZ

Director/Tutor del Proyecto

Cotutor del Proyecto

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	4
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	11
3.1. Hipótesis	11
3.2 Objetivos	13
4. BENEFICIOS DEL PROYECTO	14
5. METODOLOGÍA	16
5.1 Selección de pacientes	16
5.2 Recogida de datos del paciente	19
5.3 Plan de trabajo	25
5.4 Aspectos éticos y legales	28
5.5 Justificación de Recursos disponibles y necesarios	29
5.6 Presupuesto	30
6. LIMITACIONES	31
7. BIBLIOGRAFÍA	32
8. ANEXOS	37
I: Cuestionarios	38
II: Permiso Hospital Valle del Nalón	45
III: Criterios de exclusión: Fármacos	46
IV: Criterios de exclusión: Enfermedades digestivas	47
V: Hoja informativa para pacientes	48
VI: Ejemplo de hoja informativa para pacientes estreñidos	49

1. RESUMEN

El estreñimiento funcional es una patología que tiene una alta prevalencia en nuestra sociedad pero no es una urgencia. Sin embargo, hay un porcentaje de pacientes que acude al Servicio de Urgencias buscando tratamiento lo que conlleva un coste humano y tecnológico mayor de lo necesario.

El pilar básico para su tratamiento es la educación para la salud por lo que conocer el perfil del paciente que acude al Servicio de Urgencias hospitalario por esta patología, el grado de conocimiento que tiene sobre su tratamiento, si previamente algún profesional sanitario le ha informado sobre las medidas higiénico dietéticas que debe tomar y conocer si acude a Urgencias por un fracaso de éstas o por ser insuficientes estos hábitos saludables para afrontar su patología, puede contribuir a un abordaje más completo y definitivo.

Tras la realización de un pequeño estudio piloto en el Hospital Valle del Nalón (área VIII de Asturias) zona en la que se plantea el estudio, se han obtenido datos que indican que 0,5 pacientes al día acuden por estreñimiento al Servicio de Urgencias y que son tratados de forma puntual para resolverlo pero no se les suele indicar de forma escrita unas recomendaciones básicas para prevenir y tratar esta patología.

Por ello se plantea este estudio con el objeto de conocer el perfil de los pacientes con diagnóstico final de estreñimiento funcional atendidos en un Servicio de Urgencias. El estudio se realizará utilizando una serie de cuestionarios que deberán ser cumplimentados por el paciente y por los investigadores del estudio.

Aunque consideramos que el Servicio de Urgencias, por sus características, no es el más indicado para realizar promoción de la salud, sí se podrían dar unas indicaciones básicas sobre la patología (al igual que se realiza con la diarrea, por escrito) y derivar al

paciente a su enfermera de Atención Primaria para abordar esta patología ya que el estreñimiento es un diagnóstico enfermero, NANDA (estreñimiento 00011), consiguiendo así una continuidad asistencial y seguimiento del tratamiento.

2. INTRODUCCIÓN

a. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Durante las últimas décadas el interés por los Trastornos Funcionales Digestivos (TFD) ha crecido de forma notable y se ha avanzado en su conocimiento fisiopatológico y manejo terapéutico. Estos trastornos suponen una parte muy importante de la patología gastroenterológica ya que más de la mitad de los pacientes que acuden a las consultas de aparato digestivo y aproximadamente el 5% de los que se ven en Atención Primaria (AP), lo hacen por este motivo ^[1]. Dentro de las consultas en Atención Primaria por sintomatología digestiva, el estreñimiento representa entre 18 y el 20% de ellas ^[2,3]. De todos modos, los datos son poco concretos, dependen del concepto de “estreñimiento”. Si se contempla sólo la frecuencia de deposiciones por semana, el estreñimiento se presenta en el 5% de la población, mientras que si se considera estreñimiento como dificultad o esfuerzo al defecar la frecuencia llega hasta el 20-30% de la población (1 de cada 4-5 personas lo sufre)^[4]. Datos concretos sobre la población española recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2006, indican que 2.713.400 personas mayores de 16 años padecían “estreñimiento crónico” de las cuales 2.128.700 personas (el 78,45%) ^[5] tenían diagnóstico médico lo que demuestra que el estreñimiento tiene un componente subjetivo no despreciable. Los datos del INE suponen que un 5% de la población española mayor de 16 años padece estreñimiento crónico ^[5]. Estos datos también se recogieron para Asturias contabilizando 81.100 personas mayores de 16 años que padecían “estreñimiento crónico”. Este carácter subjetivo también tiene variación demográfica pues en Asturias sólo el 62,26% de los encuestados tenían diagnóstico médico ^[5]. De todas maneras, el estreñimiento tiene una prevalencia similar en toda la

bibliografía consultada moviéndose en un rango del 5-10% de la población general, dato que coincide con lo estimado para el Área Sanitaria VII del Principado de Asturias en el 2008 por la “Encuesta de Salud para Asturias” [6].

Para unificar criterios y clasificar los Trastornos Funcionales Digestivos, actualmente se utilizan los “criterios de Roma III”. Estos criterios se han presentado en 2006 y se recogen en el volumen de Abril de Gastroenterology así como en un libro publicado a tal efecto [1]. Aunque el estreñimiento puede ser un síntoma de otras enfermedades como, por ejemplo, el síndrome del intestino irritable [7], el estreñimiento en sí mismo es una patología. Por ello, dentro de los criterios de Roma III [8] basados en los criterios Roma II, el estreñimiento funcional ocupa el apartado C3 (constipación funcional) que se define como la presencia de dos o más de los siguientes puntos cuando los síntomas hayan aparecido hace al menos 6 meses y su duración sea, mínima de 3 meses [1]:

1. Esfuerzo defecatorio excesivo durante la defecación en > 1/4 de las ocasiones;
2. Heces duras o apelmazadas en > 1/4 de las defecaciones;
3. Sensación de evacuación incompleta en >1/4 de las defecaciones;
4. Sensación de obstrucción/bloqueo anorrectal en > 1/4 de las defecaciones;
5. Maniobras manuales para facilitar la evacuación en > 1/4 de las defecaciones (por ejemplo, evacuación digital, apoyo del suelo pélvico); y/o
6. <3 defecaciones por semana.

El estreñimiento presenta diferente prevalencia según el sexo siendo mayor en la mujer que en el hombre [2, 9, 10]. Esta prevalencia parece que va aumentando con el curso de los años pues en el 2003 se estimaba del doble [2], en el 2006 la proporción obtenida es de 2,5-1 entre mujeres y hombres [9] y en el 2008, en Asturias, la relación llega a 6 mujeres estreñidas por cada 1,6 hombres [10]. Es decir, la frecuencia de estreñimiento crónico es 5 veces más alta en mujeres que en hombres.

La prevalencia varía también según la edad del paciente. Por una parte existen datos generales del padecimiento de “estreñimiento crónico” en España en el año 2006 que determinan que el número de personas entre 16 y 24 años de edad que lo padecían era de 141.000 frente a 432.400 de entre 65 y 74 años ^[5] lo que demuestra que con la edad aumenta la incidencia. En Asturias, en el 2008, sólo el 1,3% de las personas entre 16 y 29 años sufrían estreñimiento versus al 6.9% de los mayores de 64 años ^[5].

Otros estudios indican que entre el 10 y el 30% de los mayores de 70 años padecen esta patología ^[2, 11] llegando este porcentaje a alcanzar el 74% si los ancianos viven en residencias ^[12]. En concreto, datos recogidos en el Área Sanitaria 11 de Madrid estiman que los pacientes mayores de 65 años tienen una prevalencia subjetiva de estreñimiento del 28,8% y una objetiva del 17,7% ^[2]. Aunque algún estudio encuentran un porcentaje de estreñimiento en mayores de 50 años algo inferior (4,4%) (dato que en el propio estudio se estima inferior a la media nacional) ^[9] en Asturias, en el año 2008, el porcentaje de personas mayores de 64 años estreñidas alcanzó el 6,9% ^[10]. Todos estos datos indican que, además de relacionar la edad con la patología, existe también variación según la zona geográfica estudiada.

De todos modos, el estreñimiento no es una patología exclusiva de la vejez sino que se presenta en todas las edades. Los síntomas y signos que pueden aparecer en el estreñimiento crónico incluyen dolor abdominal, anorexia e hiporexia, vómitos, distensión abdominal, meteorismos y sangre en las heces ^[13]. De todas las consultas en el especialista gastroenterológico pediátrico, el 13% de las “primeras visitas” tienen como causa el estreñimiento funcional ^[14]. Datos numéricos de Estados Unidos, en un periodo de 2 años, son de 1,7 millones de niños (1,1%) entre 0 y 18 años que sufrieron estreñimiento sin diferencias en cuanto a edad, sexo, raza y estatus socioeconómico ^[15]

pero sí parece estar fuertemente relacionado, además de con la pobre ingesta de fibra, con la historia familiar de estreñimiento. Si uno de los padres era estreñido la probabilidad de que el niño lo fuera era del 10% aumentando al 49% si lo eran los dos progenitores ^[16]. Datos concretos para Asturias se obtienen del Informe de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios en 2010, que determina que el estreñimiento habitual lo sufren el 5,2% de los niños asturianos (4,7% de los niños y el 5,8% de las niñas) siendo la 4ª patología crónica más frecuente en la población infantil ^[17] aunque no se estudió su relación con la historia familiar.

El estreñimiento, además de relacionarse con la edad (más edad, más estreñimiento), el sexo (femenino) y la zona geográfica, se ve aumentado con una dieta escasa en fruta y en aceite de oliva virgen, falta de ejercicio físico y consumo de alcohol y laxantes de forma habitual ^[9]. La población anciana estreñida comparte además historia de soledad, aislamiento social y ansiedad frente al estreñimiento así como la necesidad de usar laxantes a diario ^[18].

En el año 2001 en España, los laxantes fueron el octavo medicamento de venta sin receta más frecuentemente consumido ^[19]. Datos recogidos en la Encuesta de Salud para Asturias de 2002, concluyen que la categoría de fármacos de “vitaminas, minerales, tónicos y laxantes” es consumida por el 5,9% de la población asturiana siendo este consumo el doble por mujeres (7,8%) que por hombres (3,7%) ^[20]. En el mismo sentido, otro artículo del año 2008 determina que en la quincena estudiada, el 2% de los encuestados habían consumido laxantes (1,4% hombres y el 2,6% de mujeres) ^[10]. El consumo de laxantes por tanto, está relacionado al igual que la patología, con el sexo femenino y también con la edad. Prueba de ello es que en el año 2006 44.000 personas de entre 16 y 24 años consumieron laxantes frente a 489.200 personas mayores de 65 años ^[5]. Existe también una relación con el nivel educativo ya que los laxantes son consumidos en mayor porcentaje por personas con nivel educativo bajo (4% vs 0,6%) ^[5]

lo que indica que la educación puede influir en la presencia de esta patología o al menos, en su tratamiento por lo que existe la posibilidad de intervenir en su control. Prueba de esto es que este consumo de laxantes está relacionado también con la clase social consumiendo hasta un tercio más si el sustentador principal es un trabajador no cualificado ^[5]. Los datos de la Encuesta de Salud de Asturias de 2008 indican que el 7,3% de los laxantes consumidos son automedicación con escaso seguimiento sanitario, y un 56% son recomendados por el farmacéutico ^[10].

Si se tiene en cuenta la alta prevalencia recogida en diferentes publicaciones, la cronicidad de la patología, el tratamiento farmacológico y las consultas médicas que se realizan como consecuencia de sufrir estreñimiento, es evidente que esta patología produce un gasto sanitario importante. Por ejemplo, en EEUU produce 2,5 millones de visitas médicas al año y 92.000 hospitalizaciones ^[21]. Un estudio realizado en México sobre los pacientes que acudían a consulta gastroenterológica por estreñimiento indica que el 87% de los pacientes habían acudido en 1 año a más de una consulta por este motivo, el 87% habían usado laxantes, el 33% habían utilizado enemas o supositorios, el 18% había realizado una consulta de tipo urgente y el 24% se había ausentado al menos, un día de sus actividades normales ^[22]. En Estados Unidos se ha estimado que el coste por año fue 3 veces mayor en niños con estreñimiento que sin él ^[15]. Por otro lado, el estreñimiento también conlleva unos costes indirectos para la sociedad relacionados con: la disminución de la productividad, ausencia escolar, una menor calidad de vida y mayor angustia psicológica ^[12]. Para orientar el coste en España hemos utilizado datos del año 2009; el grupo de enfermedades entre la 555 y la 569 (entre las que está el estreñimiento: 564.0) de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE.9.MC, produjeron una media de 1689 altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes (siendo el 89.5% de todas ellas en personas mayores de 65 años) ^[5]. Por otro lado, respecto al coste de los fármacos, se conoce que en España en el año 2006, los laxantes prescritos

a través del Sistema Nacional de Salud para la población menor de 65 años han sido el 63,8% del total frente al 85,5% de los recetados por la población de 65 y más edad ^[5].

Los principios generales del tratamiento del estreñimiento son ^[23]: la educación del paciente, la modificación del comportamiento, los cambios en la dieta y el uso del laxante incluyendo la biorretroalimentación en la disinergia del suelo pélvico ^[3, 23]. Por otro lado el aumento de la ingesta de líquidos, la actividad física regular y el alto consumo de fibra son propuestos como medidas de primera elección, previas a las farmacológicas. Sin embargo, el cumplimiento de estas medidas es limitado y se requiere tratamiento farmacológico con frecuencia ^[11] lo que deriva en la necesidad de una mayor educación para la salud y un mayor seguimiento por el personal sanitario ^[24]. Esto está respaldado, además, por los resultados hallados en un estudio en el que la modificación de los hábitos higiénico-dietéticos y el cambio en la actitud familiar disminuyeron el estreñimiento funcional ^[14, 25]. Además, en residencias de mayores de 60 años se ha observado que una mejoría en la nutrición y la individualización del tratamiento podría mejorar los resultados de esta patología ^[26].

Hemos realizado un estudio piloto durante 10 días para obtener datos orientativos sobre la incidencia de pacientes con estreñimiento funcional en el Servicio de Urgencias del Hospital Valle del Nalón. Los resultados preliminares obtenidos son de 0,5 pacientes diagnosticados por día, 3 (60%) fueron mujeres y (2) 40% hombres, cuya media de edad fue de 63,4 (\pm 18,0) años. Esto nos indica una incidencia de esta patología de 0,56%. El gasto sanitario mínimo que conlleva la atención en Urgencias en este hospital es de 135,02€ aumentado según las pruebas necesarias y el lugar de ubicación del paciente en el Servicio. Sólo uno de los 5 casos estudiados recibió recomendaciones higiénico dietéticas por parte del facultativo sobre una dieta rica en fibra. En todos los casos se indicó la utilización de laxante.

El uso de los Servicios de Urgencias Hospitalarias como alternativa para la provisión de cuidados ambulatorios y, por tanto de patologías no urgentes como el estreñimiento, constituye un grave problema para el Sistema Nacional de Salud. Supone la saturación de estos servicios, aumento de tiempo de espera, demoras en la asistencia etc ^[27]. La enfermera tiene un papel muy importante en las medidas terapéuticas indicadas para tratar el estreñimiento. Se recogen como diagnósticos NANDA: estreñimiento (00011), estreñimiento subjetivo (00012) y riesgo de estreñimiento (00015) ^[28]. Tal y como describe Koch et cols en su estudio sobre el estreñimiento, "las enfermeras tienen el reto de trabajar con las personas mayores dentro de un "bienestar", ayudando a los pacientes a mantener su función intestinal, en lugar de recurrir a opciones de corto plazo, que sólo proporcionan alivio breve de los síntomas, mientras se ignoran las causas subyacentes" ^[18], lo que podría extenderse a toda la población. Esta idea también la desarrollan otros autores, por ejemplo, Bautista Casanova y cols en su estudio, donde concluyen que el tratamiento para el estreñimiento, sobretodo en el caso de los niños, requiere de una importante dosis de paciencia, dedicación y tiempo ^[29] elementos que no se pueden aplicar en un Servicio de Urgencias. Dicha individualización puede desglosarse perfectamente desde un Plan de Cuidados Enfermero cuyo lugar de desarrollo no puede ser un Servicio de Atención Urgente pero sí un servicio de Atención Primaria.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS

En la sociedad española existe la tendencia cada vez mayor de utilizar los Servicios de Urgencias Hospitalarias como sustitutivos de los servicios de Atención Primaria lo que lleva a una prestación sanitaria carente de continuidad y de mayor coste tanto en recursos humanos como tecnológicos. Esto también supone una disminución general de la calidad asistencial con ausencia de seguimiento de los tratamientos, fallos en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud ^[27].

El tratamiento del estreñimiento debe tener como primera medida terapéutica la educación sanitaria y las medidas de carácter general ^[24], es decir, la modificación de los hábitos higiénico-dietéticos ^[3, 14, 25]. Sin embargo, el cumplimiento de estas medidas higiénico-dietéticas es muy limitado por lo que se produce un alto consumo de laxantes ^[11] y, en un porcentaje de casos no despreciable, la utilización de los Servicios de Urgencia de los hospitales ^[30]. El “estreñimiento funcional” es una patología no urgente que, por tanto, no se recoge en ningún manual ni libro de “Urgencias Médico-Quirúrgicas” y cuyo tratamiento es el mismo que desde la atención primaria.

Creemos que es importante conocer por qué hay pacientes que, con esta patología no urgente y que puede resolverse con medidas generales, acuden al Servicio de Urgencias Hospitalarias y cuál es el grado de conocimiento de esas medidas que tienen estos pacientes.

No hemos encontrado estudios previos en los que se identifique y valore los conocimientos que tienen estos pacientes sobre esas medidas higiénico-dietéticas para tratar y prevenir el estreñimiento. El desconocimiento de estas medidas o una aplicación insuficiente puede ser la causa de que estos pacientes acudan al servicio de urgencias hospitalario.

Por ello se plantea este estudio bajo la hipótesis de que los pacientes que acuden al servicio de urgencias con sintomatología de estreñimiento funcional desconocen las medidas generales para su prevención y tratamiento o realizan una aplicación limitada de los correctos hábitos higiénico-dietéticos para afrontar el estreñimiento.

Si se confirma esta hipótesis debe considerarse necesario y pertinente realizar educación para la salud en estos pacientes en el Servicio de Urgencias para evitar nuevos episodios así como para tratar el estreñimiento. Pero, como el Servicio de Urgencias no es considerado el lugar adecuado para realizar actividades de este tipo, se justificaría la realización de una hoja informativa (como ya existe en el caso de las diarreas) donde se recojan recomendaciones básicas para afrontar esta patología y se derive al paciente a un control específico desde la consulta de enfermería de Atención Primaria (ejemplo en el último anexo, ANEXO VI).

Así pues, los pacientes podrían ser derivados a su enfermera de Atención Primaria para continuar con esta educación, lo que ayudaría a vincular la enfermería de Primaria con la de la Atención Especializada mejorando la continuidad del tratamiento de esta patología.

3.2 OBJETIVOS

- Medir la incidencia de pacientes que acuden al servicio de urgencias con triage de “dolor abdominal” del Hospital Valle del Nalón cuyo diagnóstico final es el estreñimiento funcional/común/simple.
- Conocer y cuantificar cómo se ha abordado el estreñimiento en el servicio de Urgencias del Hospital Valle del Nalón.
- Analizar los conocimientos previos que el paciente tiene sobre hábitos de vida adecuados para prevenir y disminuir el estreñimiento.

4. BENEFICIOS DEL PROYECTO

De los resultados de este proyecto pueden obtener beneficio no sólo los pacientes sino también los profesionales e instituciones sanitarias.

4.1 REFERIDOS AL PACIENTE

- Los resultados obtenidos orientaran acerca de la realidad de los conocimientos que los enfermos tienen sobre los hábitos higiénico-dietéticos para tratar y prevenir el estreñimiento funcional/simple/común.
- La patología del paciente no sólo se abordará desde el punto de la desimpactación y la evacuación puntual sino que recibirán una información sobre hábitos de vida para tratar y prevenir su patología.
- Los pacientes recibirán educación para la salud adecuada a los conocimientos previos y nivel de estudios medios de la población estudiada.
- Los pacientes tendrán una atención sanitaria de más calidad ya que se sentirán comprendidos en su patología y conocerán que pueden ser controlados por otro profesional de enfermería sin acudir al Servicio de Urgencias.
- Los pacientes serán expuestos a un menor número de medicamentos por lo que el riesgo de polimedicación, principalmente en ancianos, se reduce.

4.2 REFERIDOS AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

- Los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de urgencias tendrán un estudio científico que avale su actividad en este campo. Podrán decidir si deben o no hacer educación para la salud en estos pacientes.

- La enfermería se verá reforzada al tener una mejor comunicación y vinculación entre la desarrollada en nivel especializado y primario.
- Por otro lado, la posibilidad de que disminuya el número de pacientes que acude a Urgencia por una patología no urgente, permite a los profesionales dedicar más tiempo a aquellos pacientes con una situación más comprometida.

4.3 REFERIDOS A LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.

- Si los pacientes se sienten comprendidos en su problema y conocen que su enfermera de Atención Primaria puede ayudarles, la frecuentación de los Servicios de Urgencia por esta patología (y su coste añadido) se verán reducidos.
- El Servicio de Urgencias del Hospital Valle del Nalón aumentará la calidad asistencial ya que si es preciso y a raíz de este estudio, se podrá implantar una hoja de recomendaciones estandarizada y abalada.
- Además, este estudio puede ser el principio de un protocolo asistencial ya que se recogerán datos sobre el número de pacientes atendidos por esta patología, las pruebas realizadas así como el tratamiento aplicado.
- El sistema sanitario puede beneficiarse económicamente ya que los pacientes que acudan a urgencias por estreñimiento funcional tendrán una educación para la salud que no sólo ayuda al tratamiento sino a la prevención de esta patología. También estarán controlados desde Atención Primaria y se evitará el abuso de fármacos para el estreñimiento así como de Servicios de Urgencias disminuyendo el uso de recursos tanto humanos como tecnológicos para tratar patología no urgente.

5. METODOLOGÍA

Proponemos la realización de un estudio observacional con la posibilidad, según los resultados, de analizar y establecer relación entre algunas de sus variables. El proyecto se realizará en los pacientes mayores de 13 años que acudan al Servicio de Urgencias del hospital Valle del Nalón, hospital de referencia del Área Sanitaria número VIII del Principado de Asturias, que sean clasificados en el triage de “dolor abdominal” y cuyo diagnóstico final sea el de estreñimiento funcional/común/simple.

Para la recogida de datos se han realizado unos cuestionarios (ANEXO I) que recogerán las características sociodemográficas y sanitarias de los pacientes, así como los conocimientos que tienen sobre educación sanitaria para el estreñimiento.

5.1 SELECCIÓN DE PACIENTES

Los pacientes objeto del estudio son los mayores de 13 años (pacientes no pediátricos) que acudan al servicio de urgencias del Hospital Valle del Nalón y que cumplan los criterios de inclusión. Esta área sanitaria, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en sus datos relativos al padrón de 2011, suma 72.565 habitantes de más de 13 años ^[5]. No todos los pacientes que acuden a urgencias del Valle del Nalón son necesariamente pacientes residentes en esta área pero, teniendo en cuenta que no es una zona vacacional ni turística, la mayoría de los pacientes que acuden a este hospital son pertenecientes a ella.

Para conocer la incidencia de la patología que nos ocupa y los posibles pacientes que en el Servicio de Urgencias tienen un diagnóstico final de “estreñimiento

funcional/común/simple” se ha realizado un pequeño estudio de diez días de duración. Para ello y previa petición de los permisos correspondientes a la Gerencia del Hospital Valle del Nalón, Comisión de Investigación (ANEXO II), se han consultado las historias clínicas de aquellos pacientes que durante 10 días habían acudido al Servicio de Urgencias y cuyo triage había sido por “dolor abdominal”.

Durante los 10 primeros días de mayo de 2012 (periodo del estudio) han acudido al Servicio de Urgencias del Hospital Valle del Nalón un total de 803 personas mayores de 13 años (una media de 80 pacientes al día [64-114]). Se han revisado las historias de los pacientes cuyo triage ha sido por “dolor abdominal” un total de 60. De estos pacientes, un total de 5 presentaron diagnóstico final de estreñimiento funcional/simple/común. Es decir, existe una media de 0.5 pacientes por día que acuden al Servicio de Urgencias con un diagnóstico final no urgente de “estreñimiento funcional/simple/común”. De estos 5 pacientes, 1 de ellos ha cumplido un criterio de exclusión.

En resumen, se determina que un 7,4% de los pacientes totales que acuden al Servicio de Urgencias del hospital Valle del Nalón lo hacen por “Dolor Abdominal” y de estos, un 8,3% tiene diagnóstico final de estreñimiento funcional/simple/común.

En base a estos datos se ha calculado la muestra representativa para una precisión del 5% y una fiabilidad del 95% mediante la fórmula que se describe a continuación y teniendo en cuenta el número posible de pacientes estimado que acudirán a urgencias por dolor abdominal en un año. El tamaño de la muestra calculada ^[31] es de 135 paciente, incluyendo un 10% de pacientes que abandonen el estudio.

$$n = \frac{N \times (Z_{\alpha})^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + (Z_{\alpha})^2 \times p \times q}$$

N= población estimada

d = error

Z α = valor de la distribución normal estándar asociado al grado de significación (0,05)

p = prevalencia 8,35%

q = 1-p

Por tanto, el estudio tendrá una duración de 12 meses siendo 10 los estimados para la recogida de datos.

5.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN APLICADOS EN EL ESTUDIO

- Pacientes mayores de 13 años que acudan al servicio de urgencias del Hospital Valle del Nalón en el periodo de recogida de datos.
- Haber firmado el consentimiento.
- Tener diagnóstico final de “estreñimiento funcional/común/simple”.

5.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN APLICADOS EN EL ESTUDIO

- Diagnóstico de “estreñimiento” que no sea funcional.
- Estar con tratamiento previo de alguno de los fármacos del anexo (ANEXO III) (fármacos que producen estreñimiento) de forma no crónica (llevar menos de 3 meses a tratamiento).
- Estar diagnosticado de enfermedad digestiva recogida en el anexo: tendrá que ser alguna enfermedad digestiva que esté reflejada en la historia clínica o de la que aporte algún informe (ANEXO IV).
- Residir en institución

5.2 RECOGIDA DE DATOS DE LOS PACIENTES

En la elaboración de las encuestas, la elección de los ítems se ha hecho tomando como referencia el procedimiento de enfermería contenido en “Valoración Enfermera Estandarizada” [32]. Además se han contemplado los puntos a tratar sobre el paciente con diagnóstico enfermero de “estreñimiento” (NANDA 00011) en relación con la educación sanitaria [28].

Se realizarán cuestionarios, siendo 3 cubiertos por los propios pacientes o tutores para intentar evitar el sesgo de complacencia aunque si tienen alguna duda, será el profesional de enfermería el que se la resolverá. Los profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias que participen en el proyecto serán informados previamente mediante carta y reunión informativa para que conozcan bien los cuestionarios. Los otros 2 cuestionarios serán completados por un investigador del proyecto seleccionado para tal fin.

Los cuestionarios serán codificados con el fin de salvaguardar la intimidad del paciente, utilizándose el número de historia interno para su identificación.

Se recogerán, por tanto, los siguientes datos:

5.2.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (CUESTIONARIO N°1)

- número de historia: el número de historia interno del Hospital Valle del Nalón.
- edad: siempre mayor de 13 (*cuantitativa, nivel de razón*)
- sexo: (*cualitativa, nivel nominal, dicotómica*)
- convivencia: solo/acompañado, valorar si vive con más personas en el mismo domicilio (*cualitativa, nivel nominal, dicotómica*)

- actividad laboral: activo/parado-jubilado. Valoración de la realización de trabajo remunerado fuera de casa como la ocupación principal de la persona. Si el paciente está estudiando (como actividad principal en su vida) se contabilizará como “activo” (*cualitativa, nominal, dicotómica*).
- nivel de instrucción: forma de valorar el nivel formativo general de la persona. sin estudios/ estudios básicos (E.G.B ó E.S.O)/formación profesional grado medio o equivalente/ bachillerato/ formación profesional grado superior o equivalente/ estudios superiores: diplomado, graduado, licenciado universitario (*cualitativa, nivel nominal*).
- grado de independencia: totalmente dependiente/parcialmente dependiente/independiente. Se considerará totalmente dependiente cuando el paciente necesite que le preparen la comida y la escojan por él, le sirvan los líquidos y no pueda deambular sin ayuda; se considerará parcialmente cuando necesite ayuda para 1 ó 2 de las actividades explicadas y se considerará independiente cuando haga todo sin ayuda de otra persona (*cualitativa, nominal*).
- motivo por el que el paciente acude a urgencias: derivado desde Atención Primaria / Por decisión propia. Cuando acuda a urgencias con volante de su médico de Atención Primaria será considerado “derivado”, en los demás casos, por decisión propia. Si el paciente es menor de edad, la decisión de padres y/o tutores, equivale a “decisión propia” (*cualitativa/nivel nominal/dicotómica*).

5.2.2 DATOS SOBRE EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL (CUESTIONARIO N° 2)

- antecedentes familiares de estreñimiento: sí/no. El paciente tiene algún familiar de primer grado que esté diagnosticado por sanitario (médico/ profesional de enfermería) de estreñimiento. Se entienden por familiares de

primer grado: progenitores, hermanos carnales e hijos genéticos (*cuantitativa, nivel nominal, dicotómica*).

- paciente se considera una persona estreñida: sí/no. Opinión subjetiva del paciente. (*cuantitativa, nivel nominal, dicotómica*).
- episodio previo de estreñimiento: sí/no. Se aceptará como episodio previo aquel en el que el paciente haya acudido a una consulta médica o enfermera, primaria o especializada, por este motivo, haya sido tratado por ello durante su estancia hospitalaria así como el hecho de haber tomado cualquier producto fármaco-dietético para abordar el estreñimiento. (*cuantitativa, nivel nominal, dicotómica*).
- tratamiento crónico para estreñimiento: sí/no. Se considerará tratamiento crónico aquel en el que el paciente tome el medicamento más de 3 meses seguidos o haya tomado periodos de más de 3 meses durante el último año. El tratamiento podrá ser de venta libre o bajo prescripción. Se considerarán tanto la utilización de enemas como de cualquier otro fármaco por vía oral. (*cuantitativa, nivel nominal, dicotómica*)
- días de evolución del episodio de estreñimiento: número de días desde la última deposición independientemente del volumen y consistencia de la misma expresado en número enteros. (*cuantitativa discreta, nivel de razón*)
- ha acudido al servicio previamente por estreñimiento: sí/no. Si ha acudido en otra u otras ocasiones anteriores al servicio de urgencias hospitalarias de cualquier hospital (público o privado) en cualquier parte del mundo y ha sido diagnosticado de estreñimiento funcional (*cuantitativa, nivel nominal, dicotómica*).

5.2.3. CONOCIMIENTOS SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL ^[28] (CUESTIONARIO N°3)

- conoce los efectos a largo plazo del uso continuado de laxantes: sí/no.
(*cuantitativa, nominal, dicotómica*)
- conoce los efectos de una dieta rica en fibra sobre la eliminación intestinal:
sí/no (*cuantitativa, nominal, dicotómica*) (*cuantitativa, nominal, dicotómica*)
- conoce los efectos de la ingesta de líquidos abundante sobre la eliminación intestinal: sí/no (*cuantitativa, nominal, dicotómica*)
- conoce los efectos del ejercicio programado sobre la eliminación intestinal:
sí/no (*cuantitativa, nominal, dicotómica*)
- conoce la importancia de respetar un mismo horario para la eliminación intestinal: sí/no (*cuantitativa, nominal, dicotómica*)
- conoce qué alimentos tienen alto contenido en residuos y fibra: sí/no
(*cuantitativa, nominal, dicotómica*)
- conoce las consecuencias de no realizar deposición de forma inmediata cuando sienta la necesidad de evacuar: sí/no (*cuantitativa, nominal, dicotómica*)
- conoce formas de evitar la presión rectal: sí/no (*cuantitativa, nominal, dicotómica*)
- conoce técnicas de relajación para reducir o eliminar el estrés: sí/no
(*cuantitativa, nominal, dicotómica*)

Si el paciente ha contestado afirmativamente a alguno de los ítems de este apartado, debe contestar a las siguientes preguntas:

- los conocimientos que tiene los ha recibido de algún sanitario: sí/no.
(*cuantitativa, nominal, dicotómica*)
- aplica en su vida diaria los conocimientos que tiene sobre el estreñimiento:
sí/no. Opinión subjetiva del paciente sobre la realización de estos hábitos diarios. (*cuantitativa, nominal, dicotómica*)

5.2.4. ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE (CUESTIONARIO N°4)

- patologías previas del paciente: se recogerán todas las patologías recogidas en el proceso de urgencias de estreñimiento que estén en el apartado de enfermedades previas.
- tratamiento actual: se recogerán todos los fármacos recogidos en el proceso de urgencias de estreñimiento que estén en el apartado de tratamiento habitual y de los últimos días.

5.2.5. ABORDAJE DEL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (CUESTIONARIO N° 5)

- número de pruebas diagnósticas que se realizan en urgencias: se contabilizará el número de pruebas realizadas en el servicio incluyendo todas las pruebas de rayos (radiografía, tomografía axial computerizada, resonancia magnético nuclear), ecografía, analítica de sangre, de orina, tacto rectal, exploración por palpación. (*cuantitativa discreta, nivel de razón.*)
- paciente valorado por facultativo especialista cirujano-digestivo en el servicio de urgencias: sí/no. En el servicio de urgencias el paciente es valorado por este profesional para su patología de estreñimiento. (*cualitativa, nominal, dicotómica*).
- citación a interconsulta con médico especialista: sí/no. Desde el servicio de urgencias se cita al paciente con facultativo especialista para continuar con el diagnóstico y/o tratamiento del estreñimiento. (*cualitativa, nominal, dicotómica*).

- tratamiento aplicado en urgencias: los tratamientos se clasifican en: ninguno, enema, desimpactación manual, pauta de dieta, tratamiento farmacológico vía oral. Se identificarán los tratamientos y medicamentos utilizados.
- alta del paciente en urgencias: domicilio/ingreso hospitalario/ traslado/ éxitus/ alta voluntaria. *(cualitativa, nominal)*
- registro en la historia clínica de indicaciones sobre educación para la salud en el estreñimiento: sí/no. *(cualitativa, nominal, dicotómica)*
- informe de alta con recomendaciones escritas (hábitos de vida y alimentarios): sí/no. Si al paciente se le entrega algún tipo de información escrita en el informe de alta o en documento asociado. Deben reflejarse recomendaciones de hábitos diarios y/o alimentarios para prevenir y tratar el estreñimiento. *(cualitativa, nominal, dicotómica)*

5.2.6 TRATAMIENTO DE LOS DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos las encuestas realizadas se tratarán de forma anónima una vez pasen a formar parte de la base de datos.

Los datos obtenidos se introducirán en una base de datos que se desarrollará para el estudio. Para realizar esta base de datos y el análisis de los mismos se utilizará el programa informático de estadística SPSS 19.0.

Se realizará un análisis estadístico multivariante. Se considerará primero un método de interdependencia mediante tablas de contingencia con el objetivo de identificar que variables están relacionadas. Como contraste estadístico se utilizará la Chi-cuadrado de Pearson (variables cualitativas) y la t de Student (variables cuantitativas) con un nivel de significación de $p < 0.05$.

5.3 PLAN DE TRABAJO

El proyecto tendrá, en total, una duración de 12 meses.

5.3.1 ENTRENAMIENTO DE LOS COLABORADORES

Durante el primer mes del estudio y previamente al comienzo de la recogida de datos, se hará llegar por carta personal a todos los profesionales de enfermería de la plantilla del Servicio de Urgencias así como mediante hoja informativa en los tablones de la unidad la información sobre el estudio a realizar e invitándoles a colaborar en el proyecto. Además, se convocará una reunión informativa para todo el personal facultativo y enfermero donde se explicará detalladamente en qué consiste el proyecto. La información será sobre el estudio que se está realizando así como la necesidad de la colaboración del personal asistencial. Teniendo en cuenta que la práctica clínica de la enfermería consiste en la asistencia, administración, docencia e investigación se cuenta de antemano, con la colaboración del todo el personal del servicio. Además, se les garantizará un reconocimiento por escrito de la colaboración con este proyecto de investigación y su nombramiento dentro del equipo investigador.

5.3.2 SELECCIÓN DE PACIENTES

Durante 10 meses todos los pacientes triados en el HVN por “dolor abdominal” y diagnosticados de “estreñimiento funcional/común/simple” que cumplan los criterio de inclusión pasarán a formar parte del estudio.

Este proceso será supervisado diariamente, de lunes a viernes por el profesional contratado con cargo al proyecto que acudirá al servicio tanto para asegurarse de que se están recogiendo los cuestionarios como para resolver cualquier duda al respecto. Además, revisará todas las historias de los pacientes incluidos en el estudio para completar los cuestionarios número 4 y 5 que tratan sobre la clasificación de las patologías y el tratamiento previo. De este modo se intentan evitar errores por confusión, desconocimiento o falta de motivación ya que si no encontrara esta información en la historia del proceso de Urgencias podrá acceder desde el sistema informático del hospital al sistema informático de AP (OMI) para aclarar cualquier duda al respecto.

Los profesionales de enfermería del Servicio de Urgencias son los encargados en un primer momento de decidir si los pacientes se pueden incluir en el estudio. Como los profesionales de enfermería conocen el motivo de consulta de triage de sus pacientes asignados, tras la realización de las exploraciones o pruebas que el facultativo considere, el profesional enfermero preguntará al facultativo por el posible diagnóstico de alta. Si el facultativo considera que el paciente sufre “estreñimiento funcional/común/simple” el profesional enfermero revisará los criterios de exclusión. Tras comprobar que el paciente no los cumple, propondrá al paciente o, en caso de ser éste menor de edad o de necesitar la presencia de un tutor por sus limitaciones físicas o mentales, a sus padres o tutor/es la posibilidad de colaborar en el estudio. El profesional de enfermería le entregará una hoja informativa que explicará en qué consiste el estudio, para qué se utilizarán los datos obtenidos y donde se le garantice la privacidad de sus datos personales (ANEXO V). Si el paciente o tutor acepta, firmará el consentimiento de la participación en el proyecto.

Una vez que el paciente forma parte de la muestra y aprovechando el tiempo de espera en el Servicio de Urgencia, el profesional de enfermería facilitará al paciente/tutor 3 cuestionarios para que sean autocompletados. Serán los cuestionarios sobre datos sociodemográficos (nº 1), datos sobre el estreñimiento funcional/simple/común (nº 2) y sobre Educación para la Salud en relación con el estreñimiento (nº 3). En caso de necesitar ayuda o tener alguna duda, el paciente/tutor podrá ser asistido por el profesional de enfermería. Este profesional, además, es el responsable de rellenar en el formulario el número de “Historia clínica interna” que servirá para identificar cada uno de ellos asegurando, también, la privacidad de los datos recogidos.

Los otros dos cuestionarios sobre antecedentes clínicos del paciente (nº 4) y sobre el abordaje del estreñimiento en el Servicio de Urgencias (nº 5) serán completados por el profesional de enfermería contratado que, tras haber recogido la encuesta del paciente, accederá a la historia digital del mismo y recogerá los datos correspondientes. Es importante que, para evitar la modificación de la praxis habitual, los profesionales de enfermería y los facultativos no conozcan directamente los cuestionarios número 4 y 5 (que trata sobre el tratamiento aplicado y sobre la información dada al paciente en relación a la Educación para la Salud).

5.3.3 ELABORACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará durante el último mes. En ella participarán Irene Cuesta Rodríguez, responsable del estudio, el profesional contratado con cargo al proyecto así como también se contará con la colaboración del estadístico del SESPA.

5.3.4 PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos serán comunicados, en primer lugar, a la Dirección Médica y de Enfermería del Hospital Valle del Nalón para que puedan aplicarlos, si lo creen necesario, en la planificación y desarrollo de los protocolos del Servicio de Urgencias. Además, serán comunicados en congresos nacionales e internacionales y serán publicados en revistas científicas de amplia difusión.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Se garantizará el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal para proteger el derecho a la intimidad de los pacientes.

El proyecto aprobado será presentado a la comisión ética de investigación clínica de la comunidad autónoma del Principado de Asturias para su evaluación metodológica y ética, su autorización para la realización del estudio y registro del mismo. Así mismo y a efectos de inventario se dará cuenta de la realización del proyecto al CAIBER (Plataforma Española de Ensayos Clínicos) y a la Oficina de Investigación biosanitaria del Principado de Asturias.

5.5 JUSTIFICACIÓN DE RECURSOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

Contamos con la infraestructura del Servicio de Urgencias del Hospital Valle del Nalón (área VIII del Principado de Asturias), donde existe espacio suficiente para las reuniones de trabajo con el personal, salas donde guardar y elaborar la documentación así como soporte informático básico con acceso a Internet.

Además de contar con la infraestructura, contamos con la colaboración de la Gerencia del Hospital Valle del Nalón cuya Comisión de Investigación ya ha colaborado previamente en el estudio piloto realizado.

Igualmente, contamos también con la colaboración del estadístico del área de investigación del SESPA, que cuenta con los conocimientos y recursos informático necesario para la creación de la base de datos y el análisis estadístico de los resultados.

Se solicita ayuda económica para contratar un becario (Diplomado o Grado de enfermería) que:

- colaborará en la reunión con los profesionales del hospital
- completará los cuestionario nº4 y nº 5 consultando las historias de los pacientes estudiados
- acudirá diariamente, de lunes a viernes, al Servicio de Urgencias del Hospital Valle del Nalón para asegurarse de la recogida de datos así como subsanar cualquier duda o problema.
- registrará los datos en la base de datos creada y edición de los datos.
- participará en el análisis de los datos y discusión de los resultados.

5.6 PRESUPUESTO

- Gastos de Personal:
 - Becario (850 euros/mes. 10200 euros)

- Gastos de ejecución:
 - Material fungible:*
 - Una impresora (150 €)
 - Toner impresora (400 €)
 - Material de oficina: folios, bolígrafos, grapadora (100 €).
 - Material inventariable:*
 - Ordenador portátil de alta capacidad (1000 €)
 - Cursos formación:*
 - estadística y realización de encuestas (500 €).
 - Material Bibliográfico (500 €)*

- Gastos de publicación y difusión de resultados:
 - *Asistencia a congresos (viajes e inscripción) (1000 €).*
 - *Gastos de publicación (300 €)*

El presupuesto de ejecución es de 14.150 €.

A lo que añadimos el 20% correspondiente a los costes marginales sumando un total de 16.980 €.

6. LIMITACIONES Y SESGOS

La posible generalización de estos resultados a otros Servicios de Urgencias Hospitalarios y, por tanto, a otras Áreas Sanitarias, viene limitada por las diferencias del entorno (población estudiada, estilo de práctica de los Servicios de Urgencias) y el tipo de pacientes incluidos, especialmente, por la exclusión de los pacientes menores de 14 años.

Se ha intentado evitar el “sesgo de complacencia” realizando las encuestas de forma autocompletada pero aún así, no se puede garantizar que los pacientes sean 100% sinceros en relación a los conocimientos y actitudes frente al estreñimiento.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Mearín F, Perelló A, Balboa A. Los nuevos criterios de Roma III para los trastornos funcionales digestivos [Internet]. Madrid: Asociación Española de Gastroenterología; 2006 [acceso 6 noviembre 2011]. Disponible en <http://www.aegastro.es>.
2. Juarranz M, Calvo MJ, Soriano T. Revisión: Tratamiento del estreñimiento en el anciano. Revista de la SEMG. 2003; 58: 603- 6.
3. Escudero A, Bixquert M. Guía para Prevenir y Tratar el estreñimiento. Fundación Española del Aparato Digestivo, 2012 [acceso 25 mayo 2012]. Disponible en: www.saludigestivo.es.
4. Mearín F. Recomendaciones para pacientes con estreñimiento [Internet] Madrid: Grupo Español de Motilidad Digestiva (GEMD); 2011 [acceso 18 enero 2012]. <http://www.gemd.org/informacion-pacientes/su-enfermedad/estreñimiento>.
5. Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid. Acceso mayo de 2012. Disponible en: www.ine.es.
6. Astursalud [sede Web]. Asturias: Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar en AP; 2008 [acceso el 28 de Abril de 2012]. Uría MA, Margolles M, Donate I. Situación de mujeres y hombres residentes en el Área VII respecto a la salud y la calidad de vida. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20de%20las%20mujeres%20asturianas/Presentacion%20P_%20Malestar%20Mieres.pdf.
7. Córdova H, Ibarrola JL, Hegewisch ME, Argüelles P, Vargas M, De la Torre MC et cols. Frecuencia de síndrome de intestino irritable en la consulta de medicina interna y cirugía general en tres centros de atención médica de la Ciudad de México. Med Int Mex 2008; 24(2):120-4.

8. Drossman D A. The functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1377-90.
9. López MA, Tárraga PJ, Cerdán M, Ocaña JM, Celada A, Solera J, Palomino MA. Estreñimiento en la población mayor de 50 años de la provincia de Albacete. *Rev. Esp. Enfermedades Digestivas*. 2006; 98(6): 449-59.
10. Astursalud [sede Web]. Asturias: Servicio de Vigilancia y Alertas Epidemiológicas. Servicio de Salud Poblacional; 2008 [acceso el 28 de Abril de 2012]. Dirección General de Salud Pública. Informe preliminar: II Encuesta de Salud para Asturias año 2008. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/esa-2008-informe-preliminar.pdf
11. Bosshard W, Dreher R, Schnegg JF, Büla CJ. The treatment of chronic constipation in elderly people: an update. *Drugs Aging*. 2004; 21(14): 911-30.
12. Rao SC, Go T. Update on the management of Constipation in the elderly: new treatment options. *Clin Interv Aging* 2010; (0) 5: 163-71.
13. Camarero C, Rizo JM. Diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en el niño. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35 (1): 13-20.
14. Martínez C, Palao MJ, Alfaro B, Nuñez F, Martínez L, Ferré I, Brines J. Estreñimiento funcional: estudio prospectivo y respuesta al tratamiento. *Anales de Pediatría* 2005; 63 (5): 418-25.
15. Liem O, Harman J, Kelleher K, Mousa H, Di Lorenzo C. Health utilization and cost impact of childhood constipation in the United Stated. *J Pediatr*. 2009; 154 (2): 258-62.
16. Roma E, Adamidis D, Nikolara R, Constantopoulus A, Messaritakis J. Diet and chronic constipation in children: the role of fiber. *J Pediatric Gastroenterol Nut*.1999; 28(2):169-74.

17. Astursalud [sede Web]. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2010 [acceso el 29 de abril de 2012]. Margolles M, Donate I, Alonso P. Encuesta de Salud Infantil en Asturias 2009. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESIA_02%20Morbilidad.pdf.
18. Koch T, Hudson S. Older people and laxative use: literature review and pilot study report. *J Clin Nurs* 2000; 9(4): 516-25.
19. Ruiz S, Munuera JL. Decisiones de compra de medicamentos sin receta y productos de parafarmacia. *Distribución y Consumo* 2001; 80:79-89.
20. Astursalud [sede Web]. Asturias: Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública; 2002 [acceso el 30 de Abril de 2012]. Margolles M et cols: Encuesta de Salud para Asturias. Análisis global año 2002 (ESA – 2002). Disponible en: [http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA_2002\[1\].pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA_2002[1].pdf).
21. Remes JM, Carmona R, González M, Martínez JC, Gómez O, Ramírez A, Vázquez G, García J, Abarca M, Roesch F. ¿Qué se entiende por estreñimiento? Un estudio en población abierta. *Rev Gastroenterol Mex* 2009; 74 (4): 321-8.
22. Carmona R, Remes JM, Gómez O, Icaza ME, García J. Autopercepción, tránsito colónico y características de sujetos que consultan por estreñimiento en México. *Rev Gastroenterol Mex*. 2009; 74(3): 187-94.
23. Gómez S, Castillo P, Segura JM. Incontinencia fecal y estreñimiento crónico idiopático. *Med Clin (Barc)* 2008; 130 (6):228-36.

24. De Pizarro M, Rancaño I. Estreñimiento. Fistera.com, Atención Primaria en al red [sede Web]. La Coruña: Fistera.com. Guia Clínica 2001; 1(56) [acceso 12 noviembre 2011]. Disponible en: http://www.hcqho.sld.cu/Farmacologia%20II/recursos/tema6/bibliografia_complementaria/Estre%C3%B1imiento%206.5.pdf.
25. Velasco CA. Casos pediátricos en gastroenterología, hepatología y nutrición. 1ª ed. Cali, Colombia: Universidad del Valle; 2003
26. Fosnes G, Lydersen S, Farup P. Effectiveness of laxatives in elderly – a cross sectional study in nursing homes. BMC Geriatrics 2011; 11 (0): 76.
27. Sánchez J, Bueno A. Factores Asociados al Uso inadecuado de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Emergencias 2005; 17:138-44.
28. Luis MT. Diagnósticos Enfermeros: Revisión Crítica y Guía Práctica. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2006.
29. Bautista A, Argüelles F, Peña L, Polanco I, Sánchez F, Varea V. Recomendaciones para el tratamiento del estreñimiento funcional. An Pediatr 2011; 74 (1): 51-57.
30. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G et cols. Utilización inadecuada de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. Gac Sanit 1999; 13(5): 361-70.
31. Araya C, Galindo MP. Tamaño de la muestra en investigación clínica. Med Clin (Barc) 2009; 133(1):26-30.
32. Arribas AA, Aréjula JL, Borrego R, Domingo M, Morente M, Robledo J, et cols. Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid, Fuden, 2006.

33. Sainz ML, Redín MD, San Miguel R, Baleztena J, Santos MA, Petri M, Notivol MP. Problemas de utilización de medicamentos en pacientes enterostomizados. An Sist Sanit Navar 2003; 26 (3): 383-403.
34. Vademecum [base de datos de Internet]. UBM Medica. 2010. [acceso 15 abril de 2012]. Disponible en: www.vademecum.es.
35. CIMA [Internet]: Centro de Información Online de Medicamentos. Agencia Española del Medicamento. 2011. [acceso 16 abril de 2012]. Disponible en: www.aemps.gob.es.
36. Moreira VF, López A. Información al paciente. Rev Esp Enferm Dig 2006; 98(4): 308.

8. ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIOS

NÚMERO 1: PARA COMPLETAR POR EL PACIENTE SOBRE DATOS

SOCIODEMOGRÁFICOS

Número de historia (lo completará el enfermero responsable)			
Fecha			
Edad			
Sexo	Hombre Q	Mujer Q	
¿Con quién vive?	Solo/a Q	Acompañado/a Q	
Actividad laboral	En activo/ estudiante Q (Activo si realiza actividad remunerada fuera del hogar. Estudiante si ésta es su actividad principal)	Jubilado/parado Q	
Nivel de instrucción	Sin estudios Q Estudios básicos (E.G.B. / E.S.O) Q Formación profesional grado medio o equivalente Q Bachillerato Q Formación profesional grado superior o equivalente Q Estudios superiores: diplomado/ graduado/ licenciado universitario/ postgrado/ doctoradoQ		
Grado de independencia	Totalmente dependiente Q (Cuando paciente necesite que le preparen y escojan la comida, le sirvan los líquidos y necesite ayuda para deambular)	Parcialmente independiente Q (Cuando paciente necesite que le ayuden en 1 ó 2 de las actividades explicadas en el cuadro anterior)	Independiente Q (Cuando el paciente es independiente para preparar y escoger la comida, los líquidos y no necesita ayuda para deambular)
Acude a Urgencias	Derivado desde Atención Primaria Q		Por decisión propia Q

CUESTIONARIO NÚMERO 2: PARA COMPLETAR POR EL PACIENTE

SOBRE EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL/COMÚN/SIMPLE

Antecedentes familiares de estreñimiento	sí q Afirmativo si tiene familiar (progenitores, hermanos carnales o hijos genéticos) con diagnóstico médico o enfermero de estreñimiento	NO q
¿Se considera una persona estreñida?	sí q	NO q
¿Ha sufrido episodios previos de estreñimiento?	sí q (Si ha acudido a consulta médica o enfermera en Centro de Salud o en hospital o ha sido tratado de estreñimiento durante su estancia hospitalaria)	NO q
Tratamiento crónico para el estreñimiento	SI q (Cuando tome tratamiento más de 3 meses seguidos o en periodos de más de 3 meses durante el último año. Tratamiento de venta libre o con receta médica).	NO q
Días de evolución del episodio actual de estreñimiento (desde última deposición)		
¿Ha tenido que acudir a algún servicio de Urgencias a lo largo de su vida por estreñimiento?	sí q	NO q

NÚMERO 3: PARA COMPLETAR POR EL PACIENTE SOBRE EDUCACIÓN

PARA LA SALUD EN EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL/COMÚN/SIMPLE ⁽⁸⁾

¿Conoce los efectos a largo plazo del uso continuado de laxantes?	SÍ q	NO q
¿Conoce los efectos de una dieta rica en fibra sobre la eliminación intestinal?	SÍ q	NO q
¿Conoce los efectos de la ingesta de líquidos abundante sobre la eliminación intestinal?	SÍ q	NO q
¿Conoce los efectos del ejercicio programado sobre la eliminación intestinal?	SÍ q	NO q
¿Conoce la importancia de respetar un mismo horario para la eliminación intestinal?	SÍ q	NO q
¿Conoce formas de evitar la presión rectal?	SÍ q	NO q
¿Conoce qué alimentos tienen alto contenido en residuos y fibra?	SÍ q	NO q
¿Conoce las consecuencias de no realizar deposición de forma inmediata cuando sienta la necesidad de evacuar?	SÍ q	NO q
¿Conoce técnicas de relajación para reducir o eliminar el estrés?	SÍ q	NO q

En caso de haber contestado afirmativamente a alguno de los apartados anteriores, conteste a las siguientes preguntas:

Los conocimientos que tiene los ha recibido de algún sanitario (médico / enfermero)	SÍ q	NO q
Aplica estrictamente en su vida diaria los conocimientos que tiene sobre el estreñimiento	SÍ q	NO q

CUESTIONARIO NÚMERO 4: PARA COMPLETAR POR EL BECARIO SOBRE
ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

Patologías del paciente (que ser recojan en sus antecedentes en el proceso de la asistencia al servicio de urgencias)

Tratamiento actual: principio activo, dosis y tiempo (fármacos recogidos en su proceso de asistencia al servicio de urgencias)

CUESTIONARIO NÚMERO 5: PARA COMPLETAR POR EL BECARIO SOBRE
EL ABORDAJE DEL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL/COMÚN/SIMPLE EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS

Número de pruebas realizadas en el servicio de urgencias :

Marcar las que se realizan:

- exploración por palpación **q**
- radiografía **q**
- TAC **q**
- ECO **q**
- analítica de sangre **q**
- analítica de orina **q**
- tacto rectal **q**

Paciente valorado por facultativo especialista cirujano – digestivo en el servicio de urgencias	Sí q	No q
Citación desde urgencias para interconsulta con médico especialista	Sí q	No q
Tratamiento aplicado en urgencias	Ninguno q Tratamiento farmacológico vía oral q Desimpactación manual q Enema q <p align="center"><u>Tipo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fosfato hipertónico (Micalax ®) q - Citrato sócico (Cassen ®) q - Jabonoso q 	

		<u>Directo o con sonda:</u>			
		- con sonda q			
		- sin sonda q			
Tipo de alta en el servicio de urgencias	Domicilio q	Ingreso Hospitalario q	Traslado q	Éxitus q	Alta Voluntaria q
Registro en la historia clínica de indicaciones sobre hábitos de vida adecuados para prevenir el estreñimiento		Sí q		No q	
Informe de alta con recomendaciones escritas sobre hábitos de vida adecuados para prevenir el estreñimiento		SÍ q		NO q	

ANEXO II: PERMISO DE GERENCIA DEL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN,
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL VALLE DEL NALÓN

GERENCIA
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Área Sanitaria

CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN:

Se autoriza al grupo de investigación formado por:

IRENE CUESTA RODRÍGUEZ

para obtener las historias clínicas necesarias y llevar a cabo su estudio.

**DISEÑO DE PROYECTO PARA TRABAJO FIN DE MASTER:
"ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS" -
UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

Deberá ponerse en contacto con el Servicio de Admisión (Dra. Roces)
que gestionará el proceso

Riaño-Langreo, a 26 de abril de 2012



Sergio Pérez-Holanda Fernández
PRESIDENTE COMISIÓN INVESTIGACIÓN

ANEXO III: FÁRMACOS QUE PRODUCEN ESTREÑIMIENTO [24, 33,34, 35].

Aquellos pacientes que estén tomando algunos de estos fármacos de forma diaria menos de 3 meses o los hayan tomado de forma puntual los últimos 10 días, serán excluidos del estudio pues son fármacos que pueden alterar el tránsito intestinal.

- Antiácidos:
 - o carbonato cálcico, sales de bismuto, sucralfato.
- antagonistas del calcio:
 - o verapamilo
- antiarrítmicos:
 - o disopiramida
- antidepresivos:
 - o amitriptilina, trimipramina, clomipramina, doxepina, imipramina, nortriptilina, lofepramina, venlafaxina, tranilcipromina.
- antipsicóticos:
 - o clorpromazina, pipotiazina, tioridazina, perfenazina, flufenazina, zuclopentixol, loxapina, pimozida, clozapina, olanzapina.
- antineoplásicos:
 - o vinorelbina
- antiparkinsonianos:
 - o amantadita, biperideno, trihexifenidilo, prociclidina.
- antihipertensivos:
 - o clonidina, verapamilo.
- anticonvulsivantes:
 - o hidantoína
- antihistamínicos:
 - o difenhidramina, clorfeniramina, ciproheptadina.
- antidiarreicos:
 - o loperamida
- suplementos:
 - o hierro
- opiáceos:
 - o morfina, metadona, petidina, fentanilo, buprenorfina, codeína, dextropropoxifeno, tramadol.
- anticolinérgicos:
 - o dicicloverina, metilescopolamina, pinaverio, papaverina.

ANEXO IV: ENFERMEDADES DIGESTIVAS [3, 24]

Si el paciente presenta alguna de las siguientes patologías recogida en su historia clínica del proceso de urgencias o presenta informe durante el proceso asistencial, no puede ser incluido en el estudio:

- ENFERMEDAD DIGESTIVA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO
 - Úlcera gastroduodenal
 - Cáncer de estómago
 - Enfermedad celiaca
- ESTENOSIS DEL COLON EXTRALUMINALES:
 - Tumores
 - Hernias
 - Vólvulos
- LESIONES DE COLON:
 - Tumores
 - Diverticulitis
 - Colitis isquémica
 - Enfermedad inflamatoria intestinal
- LESIONES DEL RECTO
 - Tumores
 - Proctitis ulcerosa
 - Postquirúrgicas
- LESIONES DEL ANO
 - Hemorroides
 - Fisuras
 - Abscesos perianales
 - Estenosis
 - Prolapso rectal

**ANEXO V: HOJA PARA PACIENTES. DOCUMENTO INFORMATIVO Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.**

Estimado usuario del servicio de Urgencias:

Queremos informarle de que se está realizando un estudio sobre los pacientes mayores de 13 años que acuden al servicio de Urgencias del hospital Valle del Nalón y son diagnosticados de “estreñimiento funcional”. Como éste es su caso, si lo desea, puede colaborar.

Para ello, debe rellenar un cuestionario que su enfermero le entregará. Si tiene alguna limitación para hacerlo o alguna duda debe comunicárselo. También tiene que conocer que, posteriormente a su consulta en el servicio de urgencias, otro enfermero va a revisar su historia clínica en lo relacionado con su “estreñimiento funcional”.

Colaborar con nosotros ayudará a que conozcamos mejor los conocimientos que tienen los pacientes estreñidos sobre los hábitos de vida adecuados para prevenir y disminuir el estreñimiento así como los tratamientos que se les aplican. Los datos obtenidos tienen como finalidad mejorar la calidad asistencial de su patología.

Quisiéramos tranquilizarle, informándole que se garantizará la privacidad de los datos obtenidos.

Para participar en el proyecto debe dar su consentimiento indicando su nombre, apellidos y DNI (o el de su tutor) _____ y firmar este documento.

En _____, a _____ de _____ de 2012.

FIRMA (NOMBRE DEL PACIENTE O TUTOR) (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, DEBE AUTORIZAR SU PADRE, MADRE O TUTOR)

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:
V. F. Moreira y A. López San Román
Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Estreñimiento

¿QUÉ ES?

Se llama estreñimiento a la dificultad para evacuar las heces. Esta dificultad para evacuar puede ser por una baja frecuencia de deposición ("voy poco a baño") o por un esfuerzo para defecar ("me cuesta mucho trabajo evacuar"). Se considera que está dentro de lo normal hacer deposición a menos una vez cada 3 días y que cuesta trabajo la defecación menos de una decada cuatro veces. Por esto, e incluso considerarlo que una persona sufre estreñimiento si hace deposición menos de 1 vez cada 3 días o le cuesta trabajo evacuar las heces más de una de cada cuatro veces que va a defecar.

Uno de los errores que con más frecuencia tienen las personas es creer en la necesidad de evacuar todos los días y que deno hacerlo "lo se limpá bien e longanismo". Esto no es así. Tomar laxantes sin prescripción médica para conseguir vacuarnos los días es innecesario e incluso perjudicial.

El estreñimiento es un síntoma y no una enfermedad en sí misma. Como síntoma puede ser la consecuencia de múltiples causas. En la práctica, se distinguen dos formas de estreñimiento: el estreñimiento que "se sufre de toda la vida" (estreñimiento crónico) y el estreñimiento que "aparece de nuevo" (unas semanas o meses). Este último suele estar relacionado con la aparición de un problema en el intestino grueso (la toma de fármacos o un cambio de hábito).

Se calcula un 15% de la población sufre estreñimiento crónico, que es más frecuente en mujeres (más durante el embarazo) y en las personas mayores de 65 años.

¿POR QUÉ SE PRODUCE EL ESTREÑIMIENTO?

Las posibles causas de estreñimiento son muchas. Se pueden dividir en primarias y secundarias. Las secundarias son las que tienen una enfermedad causante y las más importantes son las relacionadas con alguna enfermedad del intestino grueso que condiciona un estreñimiento o una dificultad para el paso de las heces (por ejemplo, pólipos grandes, estenosis), las que se relacionan con enfermedades endocrinas (hipotiroidismo, diabetes) y las que se relacionan con enfermedades del sistema nervioso (Parkinson, esclerosis múltiple, etc.). Muchos fármacos de uso habitual pueden también producir estreñimiento.

Sin embargo, la mayoría de los casos, sobre todo de estreñimiento crónico se deben a un mal funcionamiento del intestino grueso, el recto o el ano. Este mal funcionamiento puede ser de varios tipos. El primero es que el intestino grueso no se contrae adecuadamente y no genera los movimientos necesarios para hacer avanzar las heces hasta el recto. El segundo problema que puede existir es que el recto no es tan sensible y por tanto, cuando le llegan las heces no las detecta y no genera la sensación de ganas de evacuar, acumulándose las heces en el recto. El último problema puede consistir en un fallo a la hora de hacer la manobra para defecar. Esto puede ocurrir bien porque el ano se contrae en vez de relajarse, con lo que impide el paso de las heces, o bien porque no se ejercen la suficiente contracción de los músculos del abdomen para generar la fuerza necesaria para evacuar las heces.

Finalmente hay que tener en cuenta que los hábitos diarios y sus cambios pueden dar lugar a estreñimiento. Así una disminución de la ingesta de líquidos, un cambio en la dieta importante, especialmente que conlleve una disminución de la ingesta de fibra, o una disminución importante del ejercicio físico, por ejemplo la convivencia de una enfermedad, pueden dar lugar a estreñimiento o acentuar un estreñimiento previo.

¿TIENE CONSECUENCIAS EL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO?

El estreñimiento crónico produce en general consecuencias graves para la salud. Sólo se asocian a él con frecuencia el desarrollo de problemas anales, especialmente hemorroides y fisuras, que aunque muy molestas, no ponen en riesgo la vida.

También se han relacionado los divertículos con el estreñimiento crónico. Los divertículos son pequeñas dilataciones en forma de bolsa que se desarrollan en el intestino grueso y en algunos casos pueden dar lugar a complicaciones (sangrado, inflamación o perforación).

El estreñimiento crónico no conlleva un mayor riesgo de sufrir otras enfermedades del intestino grueso, incluyendo el cáncer de colon.

¿QUÉ PRUEBAS PUEDEN SER NECESARIAS EN EL ESTREÑIMIENTO?

En muchos casos, la historia clínica hecha por el médico puede ser suficiente para identificar el tipo y causa del estreñimiento, y poder iniciar un tratamiento inicial. En otras ocasiones puede ser necesario hacer exploraciones complementarias.

Las pruebas que más frecuentemente se utilizan van encaminadas a tratar de saber por qué se produce. Los análisis de sangre permiten identificar si hay problemas del metabolismo que puedan ser causa de estreñimiento, como diabetes o problemas de tiroidea. También puede pedirse alguna prueba como colonoscopia o radiografía con contraste por el ano para saber si hay alguna lesión en el intestino grueso.

En el estreñimiento crónico la causa suele ser un problema de funcionamiento y en algunos casos con dificultades para sentirlo se pueden hacer algunas pruebas especiales.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO PARA EL ESTREÑIMIENTO?

La primera medida es cambiar los hábitos dietéticos. Una dieta rica en fibra (frutas, verduras, pan integral, etc.) y una abundante ingesta de agua pueden solucionar muchos casos de estreñimiento crónico. El ejercicio físico regular también ayuda a mejorar el ritmo defecatorio.

También es muy recomendable tratar de adquirir un hábito en la deposición accediendo a hacer de vientre a la misma hora. No es aconsejable pasar mucho tiempo sentado en el retrete.

A veces son necesarios los fármacos. Existen muchos tipos de laxantes con mecanismos de funcionamiento y potencia diferente. Aunque hay muchos grupos de laxantes, para simplificarlos podríamos clasificarlos en cuatro grupos: los formadores de masa, los osmóticos, los emolientes y los procinéticos (estos últimos no son propiamente laxantes). Los formadores de masa funcionan aumentando el volumen de las heces y disminuyendo su consistencia. Los osmóticos funcionan disminuyendo la consistencia de las heces al atraer agua consigo. Los emolientes provocan una relajación de los músculos del intestino, sobre todo el grueso y haciendo que avance más deprisa el material fecal. Finalmente, los procinéticos aunque no son propiamente laxantes, pueden actuar como tales ya que actúan sobre los músculos del intestino aumentando su fuerza de contracción.

Es importante tener en cuenta y utilizarlos como se lo indique su médico. Los laxantes utilizados de forma incontrolada no sólo pueden producir consecuencias serias para la salud sino también, a largo plazo, pueden hacer que el problema del estreñimiento sea cada vez más difícil de controlar.

E. Rey

Servicio de Aparato Digestivo,
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Corte y Anote que esta hoja y todo para informar a sus pacientes

Aunque se ha puesto el máximo cuidado en la elaboración de estos textos, los autores, coordinadores y la propia Revista Española de Enfermedades Digestivas, recuerdan que no sustituyen a la opinión y consejo de un médico y que no se hacen responsables de las decisiones tomadas basándose en los mismos.