

# PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE AL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE CARDIOLÓGICO

Premio al mejor póster fórum presentado en el XXXIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, celebrado en Girona del 8 al 10 de mayo de 2013.

**Autores:** Mònica Guardia Azara, Jesús Amo Polo, José Luis Serrano Carmona, Íngrid Rovira Vilamala, Yolanda Vélez Pérez, Anna Ponsatí Parramon.

Enfermeros de la Unidad Coronaria. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

## Resumen

• **Introducción:** El estreñimiento es un problema de salud que sufre el paciente hospitalizado. En el paciente cardiológico, el estreñimiento tiene una alta incidencia ya que este experimenta, en la fase aguda de su enfermedad, cambios biofísicos provocados tanto por la propia patología como por su tratamiento. En estas circunstancias, pueden aparecer graves complicaciones como consecuencia del esfuerzo, por lo que creemos necesaria su prevención.

• **Objetivo:** Elaborar un protocolo de actuación, para establecer un criterio único, ante la necesidad de eliminación deposicional del paciente ingresado en la unidad de cardiología, para poder garantizar un patrón deposicional no patológico evitando la aparición de complicaciones.

• **Material y Método:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la adopción de un patrón deposicional no patológico. Se ha elaborado un panel de actuación para tratar el estreñimiento según las características del paciente y su patología cardíaca, teniendo en cuenta situaciones de especial interés que requieran una vigilancia específica. El protocolo fue revisado y consensado por diferentes expertos profesionales.

• **Resultados:** Se ha elaborado un protocolo de actuación frente al estreñimiento ocasionado en pacientes ingresados en nuestra unidad de cardiología.

• **Conclusiones:** Creemos que este protocolo será una buena herramienta de trabajo para el personal sanitario. Evitará complicaciones y aumentará el confort de nuestros pacientes.

**Palabras clave:** estreñimiento, paciente, trastornos de eliminación, prevención.

## ACTION PROTOCOL AGAINST CONSTIPATION IN THE CARDIAC PATIENT

### Abstract

**Introduction:** Constipation constitutes a health problem suffered by the hospitalized patient. In the cardiac patient, constipation has a high incidence, as he/she undergoes, in the acute phase of his/her disease, biophysical changes as a consequence both of the pathology itself and of its treatment. Under these circumstances, serious complications may appear as a result of the effort, and hence we consider its prevention necessary.

**Objective:** To develop an action protocol so as to establish a single criterion facing the defecational needs of the patient admitted to the Cardiology Unit, in order to be able to guarantee a non-pathological defecational pattern while avoiding complications.

**Materials and Methods:** A bibliographical search has been conducted on the adoption of a non-pathological defecational pattern. An action panel has been developed to treat constipation according to the patient's characteristics and his/her cardiac pathology, taking into account situations of special interest requiring a specific surveillance. The protocol has been reviewed and agreed by various professional experts.

**Results:** An action protocol against constipation in patients admitted to our cardiology unit has been developed.

**Conclusions:** We believe that this protocol will be a good work tool for health personnel. It will avoid complications and will increase our patients' comfort.

**Keywords:** constipation, patient, elimination disorders, prevention.

Enferm Cardiol. 2013; Año XX (60): 27-30

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de ingreso en el medio hospitalario. Por su alta letalidad y por la afectación sistémica que provocan, los pacientes que sufren síndrome coronario agudo (SCA) pueden requerir una larga hospitalización. La cardiopatía isquémica produjo 40.000 ingresos en España y 8.000 en Cataluña en el año 2005. Las tasas de incidencia y de hospitalización por infarto agudo de miocardio (IAM) aumentan considerablemente con la edad. El 75% de los pacientes ingresados es mayor de 65 años<sup>1</sup>.

En la fase aguda del proceso cardiológico, el paciente presenta cambios biofísicos provocados tanto por la propia patología como por el tratamiento, que pueden alterar las necesidades básicas de eliminación.

El estreñimiento es un problema de salud que afecta a cerca del 20-30% de la población general. Puede elevarse hasta casi el 50% en ancianos sanos y alrededor del 70-80% en ancianos dependientes<sup>2,3</sup>.

Basándonos en la Guía práctica sobre el estreñimiento de la Organización Mundial de Gastroenterología<sup>4</sup>, las causas del estreñimiento son muchas y en la mayoría de los casos mal entendidas. La literatura muestra mucho solapamiento y

en ocasiones listas de causas contradictorias. Según diversos autores, el estreñimiento aparece más en mujeres que en hombres y aumenta con la edad, no siendo el envejecimiento su causa desencadenante, sino factores que pueden promoverlo tales como enfermedades crónicas, inmovilidad, condiciones neurológicas y psiquiátricas, el uso de medicamentos, nutrición inadecuada, etc.<sup>5,6,7</sup>.

Algunos de estos factores, hace que casi la mitad de nuestros pacientes sufran una alteración del patrón de eliminación intestinal con respecto al previo en su domicilio, que puede dar lugar a una impactación fecal y a graves complicaciones.

En el paciente cardiológico, debemos tener en cuenta, que la aplicación de la restricción hídrica por la posible insuficiencia cardiaca, junto al hecho de no poder hacer esfuerzos (maniobra de Valsalva) favorece también la impactación fecal. Además, el uso de ciertos medicamentos para el tratamiento del SCA como principalmente: derivados mórficos, antagonistas del calcio, antiácidos, hipolipemiantes, antiarrítmicos, betabloqueantes y diuréticos, entre otros, pueden empeorar el estreñimiento<sup>8</sup>.

Por último, según nuestra experiencia, muchos de los pacientes que ingresan con un evento cardiológico no siguen un patrón de hábitos saludables (dieta, grado de actividad física, tabaco, alcohol, etc.) en su vida diaria. También, debemos sumarles las causas intrínsecas hospitalarias, como que el paciente cardiológico necesita de 12 a 24 horas de reposo en la cama, cosa que disminuye su autonomía y gran parte de su intimidad. El ingreso en una unidad de críticos, además implica una situación de estrés y de pérdida de rol de autocuidado. En nuestro caso, el paciente se encuentra desnudo y bajo vigilancia continuada por videocámara.

Por todas estas razones, creemos importante la necesidad de elaborar el protocolo, como guía de manejo para actuar con un criterio único, consensuado y reglado, de forma que no exista variabilidad asistencial en el manejo de este problema.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la adopción de un “patrón deposicional no patológico”, entendiéndose como tal desde tres veces al día hasta una deposición cada tres días. La base de datos consultada ha sido Medline a través de Pubmed y hemos tomado como referencias la Guía práctica sobre el estreñimiento, los diagnósticos de la NANDA y el “Registre Gironí del Cor”, un sistema de registro de todos los pacientes ingresados en el Unidad de Cardiología del Hospital Universitario Dr Josep Trueta de Girona.

Se ha establecido contacto con cardiólogos para la validación de las actuaciones sanitarias propuestas por el personal de enfermería, con dietistas y digestólogos para la adaptación de la dieta y con farmacéuticos para la elección del laxante. Con la finalidad de prevenir y actuar ante el problema del estreñimiento y llevar a cabo un correcto registro de las deposiciones, se ha consensuado utilizar como material las herramientas de trabajo existentes en dicho servicio de cardiología (gráficas, historias clínicas y hojas de enfermería).

La población a la cual se aplicará dicho protocolo serán todos los pacientes ingresados en el servicio de cardiología, tanto en la planta de hospitalización como en la unidad coronaria (UCO).

Al tratarse de un protocolo no validado por la comisión de calidad de nuestro hospital, su puesta en marcha todavía

no se ha llevado a cabo, por lo que el estreñimiento en el paciente cardiológico actualmente se trata según el criterio de los cardiólogos.

## RESULTADOS

Se ha elaborado un protocolo frente al estreñimiento en el paciente cardiológico. Para medir el impacto tras la implantación de dicho protocolo en nuestra unidad, nos basaremos en la recopilación de datos provenientes de las gráficas de enfermería de los siguientes indicadores: estreñimiento previo al ingreso, última deposición antes del ingreso, primera deposición durante el ingreso, días de ingreso (para evaluar el tratamiento administrado), grado de movilidad del paciente durante el ingreso y presencia de restricción hídrica/ayunas por pruebas complementarias.

Con todo esto, se pretende demostrar que con un correcto control de los indicadores y con la aplicación y seguimiento de nuestro protocolo, se podrá reducir la tasa de incidencia del estreñimiento en un 50%.

### Descripción del procedimiento y fases de ejecución:

En el momento del ingreso se valorará la alteración o no de la necesidad de eliminación.

A todo paciente que pueda comer, se le asignará una dieta pobre en grasas saturadas e hiposódica, añadiendo la especificación “rica en fibra” y , siempre que no haya contraindicaciones, se le asegurará el aporte hídrico necesario (1,5 litros/día).

Con respecto a la actividad física, se iniciará lo antes posible con tal de favorecer la movilidad intestinal, siempre bajo prescripción facultativa.

Antes de iniciar medidas farmacológicas, se procederá a la extracción de una analítica completa para descartar alteraciones metabólicas y se retirarán o disminuirán (siempre que sea posible) los fármacos que se asocien a la aparición del estreñimiento, también en este caso bajo supervisión facultativa.

En el caso de pacientes con ventilación mecánica, se introducirá nutrición enteral de forma continua lo más rápido posible. En nuestro caso, hemos decidido combinar dos tipos: una que tiene más fibra y más cantidad de sal y por otro lado, durante la noche, otra con menos contenido en fibra y a la vez con menos sal para no producir alteraciones innecesarias de iones. Se aportará también el aporte hídrico establecido según el criterio médico.

Es importante que desde el día del ingreso hasta el alta del paciente, se siga un riguroso control, observación y registro de las deposiciones de los pacientes (durante los turnos de mañana, tarde y noche en la UCO y en la planta de hospitalización c/ 24 h). Se anotará la deposición de la siguiente manera: I normal / pastosa,  $\leq$  semilíquida, + diarrea líquida (poner NO si no hay deposición y escribir en rojo si hay presencia de sangre)

En la siguiente tabla se describe el procedimiento a seguir hasta conseguir una deposición a todos los pacientes.

En el paciente con estreñimiento crónico se mantendrá la dosis de laxante de las 9 h de la mañana aunque deposicione.

Se debe registrar cualquier incidencia ocurrida durante el proceso.

Ante una respuesta ineficaz del tratamiento seguido, pasados seis días, se hablará con el médico responsable para que decida la actuación oportuna.

DÍA DE INGRESO	HÁBITO DEPOSICIONAL NO PATOLÓGICO	HÁBITO DEPOSICIONAL DISMINUÍDO
0	Dieta 6RF (1*) (2*)	Dieta 6RF(*1) (*2) (*3)
1 (24 h)		Pauta habitual del laxante a domicilio
2(48 h)		Sustituir su tratamiento por hidróxido de Mg c/12 h
3(72 h)	Iniciar hidróxido de Mg c/24 h (a la 9 h)	Hidróxido de Mg c/12 h (9-20 h)
4	Hidróxido de Mg c/12 h (9-20 h)	Casenglicol® (9 h) (*4)
5	Casenglicol® (9 h) (*4)	Administrar enema de limpieza
6	Administrar enema de limpieza	

(\*1) Desde el ingreso hasta el alta dar la dieta 6RF (rica en fibra)

(\*2) Iniciar deambulaci3n o ejercicio f3sico lo antes posible.

(\*3) Pacientes con estreñimiento habitual: se debe seguir la pauta de laxantes domiciliaria. En caso de no existencia en la farmacia pedir a la familia que lo traigan.

(\*4) Preparar 1 sobre de casenglicol diluido con 1000 cc de agua y administrar de esta disoluci3n 250-500 cc / 24 horas (1).

Se debe tener una atenci3n especial con los siguientes puntos:

1. Ante fallo cardiaco por edema agudo de pulm3n (EAP) o insuficiencia card3aca congestiva (ICC), insuficiencia renal aguda o cr3nica, ascitis y siempre que el m3dico lo prescriba, el aporte de l3quidos se ver3 restringido seg3n necesidad individual.

2. No se administraran enemas cuando exista insuficiencia renal cr3nica.

3. Cuando el paciente deba permanecer en ayunas por pruebas complementarias, se pospondr3 la administraci3n del laxante.

Se decidi3 que se administrar3a como enema de limpieza: 1/2 litro de agua tibia con 5 ml de citrato tris3dico dihidratado laurisulfoacetato de sodio (Clisteran® soluci3n), mediante una sonda rectal. Es importante haber descartado la presencia de fecalomas mediante un tacto rectal antes de aplicar dicho enema.

En el caso de que se presente diarrea (m3s de 4 deposiciones l3quidas al d3a) se ha decidido actuar de la siguiente manera: se suspender3 el tratamiento laxante, se iniciar3 dieta astringente y se intentar3 aumentar el aporte h3drico. Si a las 24 h de haber iniciado estas medidas no ha remitido la diarrea, se recoger3 una muestra de la deposici3n para descartar o detectar la infecci3n por *Clostridium difficile* (si se asocia con fiebre y/o diarrea sanguinolenta).

## DISCUSI3N Y CONCLUSIONES

La valoraci3n de la necesidad de eliminaci3n, insatisfecha, determina el diagn3stico de enfermer3a y la acci3n a seguir para conseguir el resultado deseado.

La aplicaci3n de diagn3sticos de enfermer3a en la pr3ctica cl3nica fortalece la calidad y continuidad de la atenci3n unificando criterios. En este sentido destacamos, en primer lugar, un diagn3stico que describe propiamente el problema que nos concierne (estreñimiento). En segundo lugar, tenemos otros diagn3sticos que lo provocan, como el deterioro de la movilidad f3sica, la ansiedad, espor3dicamente el deterioro de la comunicaci3n verbal y en ocasiones por ser un tema tab3.

De la revisi3n bibliogr3fica llevada a cabo, destacamos que no se han encontrado un gran n3mero de art3culos que relacionen el estreñimiento con el paciente cardiol3gico, adem3s de la existencia de una gran variedad de causas posibles y en algunos casos contradictorias, as3 como de la elecci3n del momento de la administraci3n y de los laxantes id3neos para un tratamiento 3ptimo del estreñimiento. Todo ello puede dificultar la unificaci3n de un protocolo sin la existencia de un equipo multidisciplinar de profesionales que lo consens3e. Como dato negativo, destacamos que la no existencia de un protocolo previo (ausencia de evidencia cient3fica), no nos asegura que nuestro plan de trabajo frente el estreñimiento pueda ser efectivo y realmente disminuya su incidencia.

Los protocolos como guías de actuación ayudan a que el personal de enfermería pueda desarrollar los planes de cuidados de forma única y consensuada. Al tratarse de una documentación escrita, ofrece un canal de comunicación entre el personal de enfermería.

A través de su implantación se pretende sensibilizar al personal de enfermería para que utilice sus conocimientos dietoterapéuticos y cardiológicos y pueda evitar el estreñimiento de los pacientes, prestando especial atención al aspecto psicológico que esto conlleva. Además, queremos enfatizar la necesidad de realizar una prevención a través de la dieta, el ejercicio y el conocimiento del funcionamiento del propio organismo, más que en la terapéutica sintomático-laxante.

El impacto de este protocolo sobre la práctica clínica enfermera nos hace reflexionar sobre la necesaria unificación

de protocolos para el estreñimiento, así como su puesta en marcha en los distintos ámbitos asistenciales. La revisión bibliográfica nos ha permitido comprender la problemática física y psicológica que supone el estreñimiento en los pacientes cardiológicos.

En un futuro, este protocolo nos puede ayudar a plantearnos la realización de un estudio para evaluar la efectividad de las actividades concretadas en este trabajo.

#### Dirección para correspondencia:

Mònica Guardia Azara  
Unidad Coronaria. Servicio de Cardiología.  
Hospital Dr. Josep Trueta. Avinguda de  
França, s/n. 17007 Girona  
Correo electrónico: mgazara@hotmail.com

# Bibliografía

1. Jaume Marrugat, Roberto Elosua, M.<sup>a</sup> Isabel Covas, Montserrat Fitó, Helmut Schröder. Registre Gironí del Cor. L'Estudi REGICOR a les comarques de Girona 1978-2008. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de salut; 2008.
2. Verdejo C. Estreñimiento crónico: un antiguo problema de salud que precisa nuevas soluciones. [consultado el 25 de mayo de 2012]. Disponible en: [www.vademecum.es](http://www.vademecum.es)
3. Puntunet ML, Ortega MC, Montesinos G, Leija C, Quintero MM, Cruz G, González NE et al. Diagnósticos de enfermería más frecuentes por necesidad en la persona con afección cardiovascular. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica . 2012;20(1):12-6. [consultado el 10 de enero de 2013]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=45&IDPUBLICACION=3854>
4. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines. Estreñimiento. WGO. Abril 2012. [consultado el 10 de enero de 2013]. Disponible en: [www.intramed.net/ira.asp/contenidoID=61887](http://www.intramed.net/ira.asp/contenidoID=61887)
5. Juaranz Sanz M, Calvo Alcántara MJ, Soriano Llorca T. Tratamiento del estreñimiento en el anciano. Medicina General. 2003;58:603-6. [consultado el 10 de enero de 2013]. Disponible en: [www.mgyf.org/medicinageneral/revista\\_58/pdf/603-606.pdf](http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_58/pdf/603-606.pdf)
6. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. España: Elsevier; 2008.
7. Salmoirago-Blotcher E, Crawford S, Jackson E, Ockene J, Ockene I. Constipation and risk of cardiovascular disease among postmenopausal women. Am J Med. 2011;124 (8):714-23.
8. Hernando Torre M, Hernández Díaz C. Prevención del estreñimiento en pacientes cardíacos ingresados. Boletín informativo de la AEEC [Enferm Cardiol].1994; 1:11-5 [consultado el 10 de enero de 2013] <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/res0102.htm>
9. Jones MP, Talley NJ, Nuyts G, Dubois D. Lack of objective evidence of efficacy of laxative in chronic constipation. Dig Dis Sci. 2002;47:2222-30.