

Guía

para prevenir y tratar el

estreñimiento



La **Fundación Española del Aparato Digestivo** informa, a través de esta guía dirigida a la población general y los pacientes, sobre cómo prevenir y tratar el estreñimiento, como apoyo a la campaña de salud pública promovida por la Organización Mundial de Gastroenterología (WGO) con motivo del Día Mundial de la Salud Digestiva (WDHD).

AUTORES:

Dra. Amparo Escudero Sanchís
Dr. Miguel Bixquert Jiménez

Servicio de Digestivo del Hospital Arnau
de Vilanova de Valencia

Área docente de Digestivo de la Facultad
de Medicina de la Universidad de Valencia

EDITA:



AVALADA POR:



CON LA COLABORACIÓN DE:



Contenido

Página

- 04 Introducción
- 06 Retrato robot del paciente estreñado
- 07 ¿Cuáles son los factores de riesgo?
- 08 ¿Qué causas producen estreñimiento secundario?
- 09 ¿Cuándo se precisan pruebas para el diagnóstico?
- 10 ¿Puede prevenirse el estreñimiento habitual?
- 11 Recomendaciones higiénico-dietéticas frente al estreñimiento
- 15 Tratamiento médico: cuándo es necesario
- 17 Conclusiones
- 19 Recomendaciones saludigestivas:
 - ▶ Introducir la fibra en la dieta
 - ▶ Pilates para estimular el intestino

Introducción sobre el estreñimiento

- El estreñimiento es un síntoma, no una enfermedad; una de las causas más comunes de consulta en Atención Primaria y Especializada.
- Afecta al 12-20% de la población española (cifras similares a la europea), más en la ciudad que en el campo.
- Es el doble de frecuente en mujeres y el triple en sujetos mayores de 65 años frente a sujetos jóvenes. Además, muchas mujeres son reacias a utilizar los servicios públicos y a defecar durante el trabajo, lo que puede cronificarlo y complicar aún más el tratamiento.
- Hablamos con propiedad de estreñimiento (del latín «restringere», estrechar) para referirnos a aquella circunstancia en la que hay menos de tres deposiciones semanales, siendo las heces escasas, duras y secas, asociada a una falta de deseo o necesidad de defecar.
- En las sociedades occidentales los límites normales de la frecuencia deposicional oscilan entre tres deposiciones/día como máximo y tres semanales como mínimo.
- Consideramos estreñimiento una frecuencia semanal inferior a estas tres deposiciones para ambos sexos (componente objetivo). La mitad de la población que se autoconsidera estreñida expresa además la necesidad de un esfuerzo defecatorio excesivo y que sus heces son duras y de escaso volumen (componente subjetivo).
- Reprimir el deseo consciente de la defecación de forma frecuente o continua («negligencia a la llamada») acaba por alterar los mecanismos descritos más arriba y causa estreñimiento crónico.





- También lo favorecen: una dieta inadecuada, la falta de ejercicio físico a diario, la obesidad y la toma crónica de ciertos fármacos, que enlentecen el tránsito intestinal.
- El no desarrollar en la infancia el aprendizaje de los pasos y mecanismos de la fase voluntaria de la defecación favorece el estreñimiento en el adolescente y el adulto.
- En general, cuando el estreñimiento dura más de tres meses, hablamos de estreñimiento crónico «habitual» o «mantenido», es decir, que se padece continuamente. Cuando es problema es puntual, generalmente agudo, hablamos de «estreñimiento ocasional».
- En cerca del 50% de los pacientes que consultan por estreñimiento, éste ya dura más de seis meses. Hay dos circunstancias que hacen acudir al médico: si es reciente y hay dolor de vientre, adelgazamiento o sangrado con las heces; y si es crónico y el paciente ve afectada su calidad de vida.
- En ningún caso se puede recurrir a la automedicación.



Retrato robot del paciente estreñido

Desde el punto de vista práctico, se ha definido el retrato robot del paciente que se considera estreñido mediante una encuesta a cerca de 1.500 pacientes en Atención Primaria, hecha en toda España en el año 2000:

- Es mujer con doble frecuencia.
- Come fuera de casa con frecuencia, y lo hace demasiado deprisa.
- Bebe menos de 4 vasos de agua al día.
- Apenas come legumbres o leguminosas ni platos de cuchara, y no suele tomar fruta.
- Toma menos de 3 yogures por semana.
- Hace poco ejercicio físico diario, es muy sedentario.
- No practica ningún tipo de deporte.
- Suele no hacer caso a «la llamada»; no tiene en cuenta o reprime las ganas de defecar hasta que vuelve a casa, y entonces «lo olvida» y pueden pasar los días sin deponer.
- Con doble frecuencia que la población no estreñida, toma fármacos, sobre todo antihipertensivos (generalmente más de uno, incluyendo diuréticos), ansiolíticos o antidepresivos.
- Tiene más de 65 años con doble frecuencia (en ambos sexos).





¿Cuáles son los factores de riesgo de hacerse estreñido?

Son múltiples, destacando sobre todo cuatro, además de la toma de medicación:

- Alimentación inadecuada.
- Sedentarismo o inmovilidad.
- Padecer obesidad o sobrepeso, que limitan la capacidad de movimiento y de hacer esfuerzos.
- No hacer caso a «la llamada», no tener en cuenta o reprimir las ganas de defecar.

Y además, el riesgo es muy alto si estas circunstancias se dan a la vez, o cualquiera de las cuatro coincide en personas con ciertas características: edad avanzada, mujeres, multíparas, tienen un bajo nivel educativo, toman varios medicamentos, están afectos de depresión, tienen movilidad limitada o inactividad importante, son enfermas crónicas o padecen enfermedades graves (sobre todo diabetes, hipotiroidismo, enfermedades psiquiátricas, neurológicas, cardíacas, respiratorias u oncológicas).

El estreñimiento, por sí mismo, no conlleva mayor riesgo de sufrir otras enfermedades intestinales o colónicas, incluyendo el cáncer de colon, la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn; es dudosa la asociación a colitis isquémica, que puede presentarse en algunos ancianos estreñidos por problemas vasculares propios del avance de la edad, no del estreñimiento.

Lo que sí debe hacer el paciente que se considera estreñido habitual es consultar a su médico de Atención Primaria inicialmente, y no tomar decisiones según le dicen otras personas o lee en páginas de internet publicitarias, sin ningún control sanitario.

¿Qué causas producen el estreñimiento secundario?

Hablamos de estreñimiento secundario cuando existe una causa evi-
denciable como las que se mencionan a continuación.

A. Toma crónica de fármacos: antiinflamato-
rios, antitusivos, antiácidos derivados de sa-
les de calcio o aluminio, bismuto, sucralfato,
ansiolíticos, sedantes o hipnóticos, antide-
presivos tricíclicos, relajantes musculares,
antiparkinsonianos, antiepilépticos, antihis-
tamínicos, espasmolíticos, hipolipe-
miantes, antiarrítmicos, antihiperten-
sivos, diuréticos, algunos citostáticos,
analgésicos opiáceos, medios de contraste
radiológico como el sulfato de bario, etc.



B. Enfermedades generales: anorexia nerviosa, diabetes *mellitus*, hi-
potiroidismo, hiperparatiroidismo, insuficiencia cardiaca, insuficien-
cia renal crónica, porfiria, envenenamiento por metales pesados (tra-
bajadores de las fábricas de cerámica), deshidratación, amiloidosis,
colagenosis, miastenia *gravis*, accidente cerebrovascular, enfermed-
dad de Parkinson, esclerosis múltiple, paraplejía postraumática, etc.

C. Vida sedentaria: inmovilidad, encamamiento, debilidad muscular,
delgadez extrema.

D. Enfermedades del aparato digestivo: síndrome de intestino irri-
table tipo estreñimiento, diverticulosis de colon, cáncer de colon o
recto, estenosis colónica benigna, colitis isquémica crónica, fisura o
absceso perianal, hemorroides externas, descenso perineal (multi-
paras), síndrome del elevador del ano, incapacidad para evacuar el
recto o disinergia del suelo pélvico.





¿Cuándo se precisan pruebas para diagnosticar las causas del estreñimiento?

Sobre todo cuando el interrogatorio y el examen físico del médico sugieren patología orgánica, sea benigna o maligna, en cuyo caso habrá que hacer análisis y exploraciones, preferiblemente endoscopia. También otras pruebas más específicas, propias de las unidades de motilidad digestiva de los hospitales de tercer nivel, cuando el estreñimiento crónico no responde a las medidas habituales y se ha descartado un trastorno endocrinológico, toma de medicación astringente (posible causa), trastorno psicológico o psiquiátrico o estrechez benigna o maligna colorrectal, mediante radiografías, TAC o colonoscopia.



En general, siempre se solicita un análisis de sangre completo. Si hay síntomas o signos de alarma (adelgazamiento, dolor nocturno, hemorragia, anemia, etc.) deben descartarse lesiones estructurales colónicas mediante estudio radiográfico o colonoscopia completa.

En los casos en que no se encuentra una lesión estructural y es pertinente (porque han fallado las medidas higiénico-dietéticas previas), el paciente debe ser remitido a un servicio de Digestivo hospitalario con capacidad de realizar pruebas funcionales especiales.

¿Puede prevenirse el estreñimiento habitual?

Sí, dado que la mayoría de los casos de estreñimiento habitual (ECF) se deben a malos hábitos higiénico-dietéticos (tomando la palabra **higiene** con el significado de «conservación de la salud y prevención de las enfermedades», y **dieta** en el sentido de «modo de vivir».

Por ello es fundamental instruir a la población general, desde su niñez y temprana juventud, en las normas preventivas generales adecuadas: combinar una alimentación correcta y un adecuado ejercicio físico, según la edad de la persona, con una correcta hidratación. Teniendo presente que en el tratamiento del estreñimiento habitual no hay una solución rápida, no hay «tratamientos milagro». La solución es a largo plazo e individualizada; pero una vez conseguida, las normas son para toda la vida.

Además, se deben **evitar el sobrepeso y, sobre todo, la obesidad**, ya que favorecen el enlentecimiento de la motilidad colónica y dificultan el vaciado rectal, por lo que aumentan el riesgo del estreñimiento y las hemorroides.

También **hay que evitar resistirse al deseo de defecar** (dejar de ir al baño porque hay prisa o no es el momento o el lugar oportunos), ya que se ha comprobado que la reiteración en no hacer caso a las ganas de defecar, por ejemplo, tras ingerir una comida, acaba suprimiendo el reflejo gastrocolónico y favoreciendo el ir estreñido (lo que ocurre en cuatro o cinco días nada más).



Recomendaciones higiénico-dietéticas frente al estreñimiento



Medidas generales de educación sanitaria:

→ **Horario adecuado** para la defecación (tras desayuno o comida de mediodía).

No es un problema, ni tiene importancia, si no se defeca todos los días o pasan dos o tres días de forma ocasional sin defecar (siempre que se pueda ventosear).

→ **No reprimir las ganas de ir al WC** de forma continuada, porque inhibe el reflejo de la defecación.

→ **Intentar una postura facilitadora** sentados en la taza del WC, tipo acucillado: alzas en los pies, para acercar las rodillas al vientre. Hay que tomarse su tiempo, pero además el cuarto de aseo debe ser un lugar privado, limpio, cómodo y cálido.

Normas alimentarias y dietéticas:

→ En primer lugar **un buen desayuno** completo, con aporte suficiente de fibra dietética insoluble (como cereales ricos en salvado de trigo) o soluble (con efecto prebiótico), proteínas (huevo, jamón, queso bajo en grasa o yogur –que aporta probióticos–), líquidos abundantes, leche, agua y zumos.

→ **Las comidas** serán a base de una ensalada, un primer plato «de cuchara» (cremas, hervidos, guisados, potajes, etc., de alubias, lentejas o garbanzos), un segundo plato de pescado o carne a la plancha o hervido, o una tortilla, con aderezo vegetal, y fruta de postre.

- **Las cenas**, tempranas, preferiblemente antes de las 20 horas; nunca más allá de las 21 horas, porque se retrasa el vaciamiento del estómago, lo que causa dispepsia y reflujo, y enlentece el tránsito intestinal (de por sí más lento durante la noche). Y similares al desayuno: lácteos, plato de pescado, jamón o carne a la plancha, o huevo con vegetales y fruta o yogur de postre.
- **Tomar a diario fibra en formas variadas**: cereales integrales (ricos en salvado de trigo), verduras, hortalizas, legumbres crudas o cocidas, purés, sopas, leguminosas y frutas variadas como postre (nada de pasteles o bollería y, en la merienda, tampoco dulces ni chocolates. Un bocadillo y un zumo de fruta sin azúcar o un vaso de agua). Si no hay sobrepeso ni diabetes se pueden tomar uvas o ciruelas pasas. Animamos a tomar calabaza y boniato o batata asados; también altramuces (bien desalados), que son además ricos en arginina.

Incluir cereales integrales (ricos en salvado de trigo) con el desayuno; con ello y lo anteriormente dicho acerca de los vegetales y frutas, puede corregirse el déficit de ingesta de fibra alimentaria que tiene la población española, que consume menos de la mitad de la que precisa a diario.





- **Reducir la ingesta de grasas animales, mantequillas y margarinas**; también los productos de bollería industrial (llevan ácidos grasos *trans*). La grasa más saludable es el aceite de oliva en crudo; si es virgen extra tiene además antioxidantes, y si tiene una acidez inferior a 0.5 evita tener acidez de estómago.
- **Las carnes y pescados** deben hacerse preferiblemente a la plancha o hervidos con unas gotas de limón. Dos veces por semana pescado azul a la plancha o frito en aceite de oliva (engrasa menos que otros).
- **Aumento de la toma de líquidos**: agua, bebidas poco o nada calóricas y zumos sin azúcar. Recomendándose una ingesta entre litro y medio y dos litros y medio al día.
- Beber –no engullir– líquidos, porque causa aerofagia; masticar bien. **Disfrutar con la comida, tomándose su tiempo (20-25 minutos)**. No hablar deprisa, ni gritar, evitar las risotadas porque causan también aerofagia, lo que producirá dolor abdominal, hinchazón, eructos y flatulencias.
- Las aceitunas (no más de 8-10 por comida, ya que son muy calóricas) y los encurtidos (pepinillos, col, zanahoria o cebollitas en vinagre) son un aporte de fibra interesante; los encurtidos además contienen *lactobacillus plantarum*, que ayuda a modular el tránsito intestinal.
- **Reducir el consumo de carnes, platos procesados y embutidos**, por su cantidad de sal y conservantes, a un máximo de tres veces por semana, así como de alimentos refinados, empanadillas, chocolate, compotas, tartas, dulces y pasteles; suprimir estos últimos si hay sobrepeso.

- **Tomar bifidobacterias** (se sabe que hacen más efecto en las mujeres) porque mejoran el bienestar digestivo y el hábito intestinal. En realidad los yogures naturales «normales» no estríen –como algunos suponen–, luego también pueden tomarse.
- **Dejar de fumar**. No fumar, al contrario de lo que se piensa, mejora el hábito intestinal.
- **Reducir drásticamente (o evitar) el consumo diario de alcohol** destilado y cerveza; un vasito de 150 ml de vino en la comida o la cena, como máximo.
- Todas estas medidas se complementan con un **incremento del ejercicio físico habitual**. Se recomienda hacer ejercicio físico moderado pero a diario, aprovechando la ida al trabajo y la vuelta (caminar, andar a buen paso, subir y bajar escaleras) y en el propio lugar del trabajo, así como ejercicios tonificantes de la musculatura abdominal y el suelo pélvico: bicicleta, nadar, bailar, etc.
- Los **ejercicios tipo Pilates** son muy beneficiosos. En cambio, el ejercicio extenuante envejece el cuerpo, porque aumenta los radicales oxidantes producidos.





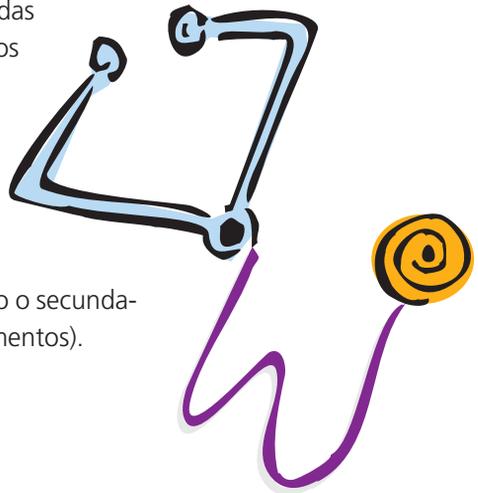
Tratamiento médico del estreñimiento: cuándo es necesario

El tratamiento del estreñimiento habitual es escalonado: primero medidas dietéticas, ejercicio físico regular no extenuante, dejar de fumar, repasar la medicación para retirar lo redundante o que no es indispensable y adoptar un horario definido para poder evacuar.

En el caso de que estas medidas no sean suficientemente satisfactorias porque no mejoran la calidad de vida, la recomendación es visitar al médico, ya que se puede recurrir a ciertas medicaciones, comenzando con laxantes, combinaciones de los mismos y –si no fuera suficiente– recurrir a fármacos como los procinéticos, que el médico prescribirá tras examinarle. **Nunca se debe optar por la automedicación, ni por las recomendaciones de amigos o conocidos.**

En este sentido, el tratamiento médico del estreñimiento está indicado cuando hay:

- Falta de respuesta a las medidas higiénico-dietéticas que hemos señalado, después de un tiempo prudencial: **4-6 semanas continuadas.**
- Estreñimiento debido a inercia colónica (hipomovilidad o «pereza» colónica), sea primario o secundario (sobre todo ciertos medicamentos).



Las posibilidades terapéuticas frente al estreñimiento son variadas y, en ocasiones, combinadas:

- A. **Azúcares**, como lactulosa o lactitol (problema: dan muchos gases).
- B. **«Formadores de masa»** como el psillium, derivado de la zaragatona. Contraindicados si hay enlentecimiento colónico, porque empeoran el estreñimiento. Pueden reducir la absorción de ciertos fármacos.
- C. **Laxantes de contacto**, estimulantes o irritantes como picosulfato o bisacodilo; tienen el problema de que al cabo del tiempo pueden dejar de hacer efecto.
- D. **Polietilenglicol y similares**, usados como métodos de limpieza intestinal para preparación del colon para colonoscopia. Alguna vez empleados en ancianos con retención fecal, para tratarla.
- E. **Estimulantes de la motilidad colónica**: agentes que actúan en los receptores de la serotonina (agonistas 5HT4); indicados en pacientes con estreñimiento crónico grave que no responden adecuadamente al tratamiento con laxantes. Entre los disponibles destaca:
 - **Prucaloprida**: No comercializado en EEUU, pero sí en la UE en países como Gran Bretaña, Francia, Bélgica, Alemania, Italia y Suiza. En España estará disponible a primeros de junio de 2012.

En todos los casos estas medidas deben ser prescritas por un médico y nunca se debe recurrir a la automedicación, ni a tomarlas porque lo toma un familiar o conocido.



Conclusiones



- 1. El estreñimiento es un síntoma, no una enfermedad ni un diagnóstico.** Para que sea esto último debe «apellidarse»; por ejemplo: estreñimiento por tránsito lento, estreñimiento por disfunción del suelo pélvico y estreñimiento con tránsito y función del suelo pélvico normales, que es propiamente el estreñimiento crónico funcional más habitual (ECF).
- 2. No existen parámetros concretos que determinen la «defecación normal»,** que es absolutamente individual y depende del sexo, edad, personalidad y cultura; además, no son constantes, incluso en cada persona individualmente en el día a día, la frecuencia defecatoria, el peso o volumen fecal diario y la consistencia del material defecado.
- 3. Las medidas preventivas del estreñimiento se basan en reglas higiénico-dietéticas** relativamente sencillas de cumplir que, una vez adoptadas, se mantendrán de por vida; ayudan además a mantener normal el peso corporal. Es importante, porque la propia obesidad o el sobrepeso se asocian a estreñimiento crónico.
- 4. Se puede tratar de evitar el estreñimiento habitual (ECF) atendiendo a conseguir:**
 - Una alimentación adecuada y saludable; y prevenir la obesidad.
 - Beber suficientes líquidos acalóricos, sin gas añadido.
 - Hacer ejercicio físico a diario, no sólo en algunas ocasiones.
 - Evitar la negligencia (falta de respuesta) a la llamada.
 - Eludir ciertos fármacos que causan estreñimiento, y que están entre los más frecuentes que toman las personas mayores en España.

5. El estreñimiento crónico es grave por su gran impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en dominios de salud general, salud mental y funcionamiento social. En ocasiones puede causar algún tipo de complicación local. Las más habituales son las hemorroides y las fisuras anales, sobre todo en personas con sobrepeso y multíparas.

6. El tratamiento del estreñimiento habitual es escalonado:

- a) Medidas dietéticas ya comentadas, ejercicio físico regular no extenuante, dejar de fumar, repasar la medicación para retirar lo redundante o que no es indispensable y adoptar un horario definido para poder evacuar.
- b) En caso de que estas medidas fallen o no sean suficientemente satisfactorias porque no mejoran la calidad de vida, la recomendación es:
 - 1) No abandonarlas.
 - 2) Acudir al médico, ya que se puede recurrir a fármacos de próxima comercialización, como los procinéticos tipo Prucaloprida, que el médico especialista prescribirá tras examinarle. Nunca se debe recurrir a la automedicación.

7. Se debe hacer una historia detallada en la que se tengan en cuenta posibles fármacos productores de estreñimiento o abuso de laxantes irritantes. Si la persona tiene dudas debe comentarlas con su médico.

8. Nunca se debe recurrir a la automedicación



Recomendaciones saludigestivas

FEAD



Guía para prevenir y tratar el estreñimiento

19

Introducir la fibra en la dieta

La fibra es el material que forma las paredes de las células vegetales y constituye el esqueleto de sostén de las plantas. Abunda sobre todo en la capa exterior denominada salvado de los cereales, en las semillas, en los frutos secos, las legumbres, hortalizas, verduras y todo tipo de frutas.

La fibra puede clasificarse según diferentes criterios. La clasificación más práctica está relacionada con dos de sus características, que determinan sus efectos sobre la salud: la solubilidad en agua y la capacidad de ser fermentada en el colon por la flora bacteriana. Así, hablemos de dos tipos de fibra:

Fibra insoluble: es la que por su estructura puede retener gran cantidad de agua, actuando como una esponja e hinchándose, lo que aumenta el contenido de la luz intestinal, promoviendo la regularidad y movilidad intestinal. Por ello previene el estreñimiento y otros problemas asociados. La fibra insoluble se encuentra principalmente en la cubierta externa de los granos de cereal, conocida como salvado; por ello la encontraremos en el salvado de trigo, los cereales integrales, leguminosas y frutos secos, entre otros.

Fibra soluble: esta fibra fermenta y acidifica la luz intestinal y favorece el crecimiento de las bacterias beneficiosas de nuestro tubo digestivo, que tienen la capacidad de regular la movilidad intestinal. Se encuentra en hortalizas, verduras y frutas, principalmente.

Ambos tipos de fibra son necesarios para mantener el equilibrio y bienestar intestinal, modulando el tránsito y la producción de gas colónico.

La fibra que ingerimos pasa intacta a través del intestino delgado y alcanza el colon, donde la insoluble absorbe agua como una esponja y la soluble es digerida por la microflora intestinal beneficiosa, produciendo vitaminas y otras sustancias que ayudan a absorber minerales y a mantener la integridad de la mucosa intestinal. Tanto la fibra como la microflora intestinal colaboran al estado de salud intestinal, evitando el estreñimiento y arrastrando con las heces sustancias potencialmente perjudiciales provenientes de la dieta.





Alimentos ricos en fibra:

A. Cereales integrales, es decir, aquellos que conservan la capa exterior del grano del cereal, denominada salvado, que se pueden tomar en forma de productos panarios, copos, galletas, rosquilletas, etc., con el desayuno. Si, además, a estos cereales se añade más salvado, obtenemos un cereal rico en fibra. Es una magnífica idea tomar los cereales (ración de 45g) enriquecidos con salvado de trigo (que es uno de los alimentos que más fibra aporta, sobre todo insoluble) con un yogur descremado (unidad 125g), que aporta 5-6 g de proteína de alto valor biológico y poca grasa.

B. Verduras, hortalizas y crucíferas, tomadas preferentemente crudas (en forma de ensaladas) o poco cocinadas (hervidas, a la plancha). Así retienen más agua en el tubo digestivo.

C. Raíces y tubérculos: patatas, nabos, remolacha, puerros, cebolla, zanahoria, etc., como hervidos, guisados, sopas o cremas.

D. Frutas, sobre todo: fresas, fram-buesas, naranjas, mandarinas, kiwi, manzanas, peras, plátano, sandía, ciruelas, albaricoques, higos o moras (que pueden tomar hasta los diabéticos). También ciruelas y uvas pasas o membrillo (con la excepción de los pacientes diabéticos).



E. Frutos secos, especialmente nueces, avellanas, almendras. No cacahuetes.

Pilates para estimular el intestino

El método Pilates es un sistema de acondicionamiento físico que trabaja de forma integral el cuerpo. Se trabaja tanto la flexibilidad como el tono muscular y el correcto alineamiento postural y, al mismo tiempo, ayuda a encontrar bienestar y equilibrio corporal y mental. Sus principios fundamentales deben estar siempre presentes durante la ejecución de los ejercicios: el alineamiento del cuerpo, la concentración, el control, la precisión y la fluidez. Pero los dos principios estrella de Pilates son la **centralización** y la **respiración**.

- A.** Entendemos como **centralización** el hecho de que todos los ejercicios han de partir del centro del cuerpo o «*powerhouse*», como lo llamaba Joseph Pilates.

Al trabajar la musculatura del abdomen, se mejora la circulación interior y el movimiento, estimulando el funcionamiento del intestino y favoreciendo los movimientos peristálticos intestinales. Esto es lo que nos va ayudar a combatir el estreñimiento.

- B.** Con respecto a la **respiración**, ésta ha de ser lenta y continua para mejorar la capacidad pulmonar y la circulación sanguínea. La inhalación permite la expansión de la caja torácica, el trabajo del diafragma y el de los músculos intercostales, y la exhalación permite el cierre de la caja torácica y activa los músculos transversos del abdomen, preparándonos para tener el centro del cuerpo o «*powerhouse*» activo. También estas mejoras beneficiarán el funcionamiento intestinal.





Ejercicios de Pilates:

En casa:

Nº 1: Postura inicial: Tumbarse boca arriba, con la espalda pegada a la colchoneta y las piernas flexionadas; pies apoyados de manera cómoda.

Inhalar y expandir la caja torácica, exhalar tratando de deslizar las costillas hacia abajo, tirando del ombligo hacia adentro y hacia arriba. Intentar que la zona lumbar quede plana sobre la colchoneta y evitar tensiones en el cuello. Repetir de 8 a 10 veces.

Nº 2: Partiendo de la postura inicial anterior: inhalar y apretar los glúteos y exhalar y subir el pubis, basculando así la pelvis. Mantener la postura mientras se inhala y relajar al exhalar. Repetir de 8 a 10 veces.

Nº 3: Iniciar el ejercicio desde la postura inicial del 1, despegar la columna hasta quedar apoyados en la zona dorsal y bajar articulando la columna, vértebra a vértebra. Repetir de 8 a 10 veces.

Nº 4: También desde la posición inicial: meter el mentón hacia adentro alargando la nuca al inhalar; al exhalar, elevar la cabeza y el pecho, contrayendo la musculatura abdominal. Descender lentamente. Repetir de 8 a 10 veces.

Nº 5: Desde la postura inicial, abrazar las rodillas al pecho, inhalar y exhalar profundamente. Repetir de 8 a 10 veces.

En el trabajo:

Sentados en el puesto de trabajo, intentar contraer el abdomen como en el ejercicio nº 1 y bascular la pelvis como en el ejercicio nº 2; es importante acompañar siempre el movimiento con la respiración.

La práctica de Pilates es, además, una forma de evitar el sedentarismo. Otros ejercicios que pueden ayudarte frente al estreñimiento son: bailar, subir y bajar escaleras, caminar, nadar, montar en bici, etc.

