

# Best Practice

## Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

### Manejo del estreñimiento en los adultos ancianos

#### Agradecimientos

Este *Best Practice Information Sheet* se basa, con autorización, en una revisión sistemática realizada como parte del Health Technology Assessment Program of the National Health Service, UK (1). Esta información se ha complementado con otras referencias, como se cita en el texto, y con la opinión experta del panel de revisores que elaboró este *Best Practice Information Sheet*.

#### Objetivo

El objetivo de este *Best Practice Information Sheet* es proporcionar un resumen de la mejor evidencia disponible (revisión sistemática) sobre la prevención y manejo del estreñimiento en personas mayores.

#### Estreñimiento

El término estreñimiento se refiere a la dificultad, o tensión, en la defecación y movimientos infrecuentes del intestino durante un largo periodo de tiempo. Los síntomas asociados con el estreñimiento incluyen deposición dura/seca, hinchazón y dolor abdominal. Las definiciones de la función normal del intestino varían, pero se ha sugerido como patrón normal una frecuencia de entre tres veces al día y tres veces a la semana.

Sin embargo, se ha señalado que las definiciones de estreñimiento dadas por los pacientes enfatizan más los síntomas como el dolor y la tensión que la frecuencia.

Estudios realizados en Gran Bretaña y en los Estados Unidos sugieren que entre el 10% y el 18% de los adultos sanos muestran frecuentemente estreñimiento en la defecación, y menos del 4% de la población muestra menos de tres defecaciones por semana.

El estreñimiento es más común en las mujeres que en los hombres. Aproximadamente el 20% de las personas mayores no institucionalizadas tienen síntomas de estreñimiento.

### Este Best Practice Information Sheet abarca:

1. Patofisiología del estreñimiento
2. Factores de riesgo
3. Manejo actual
4. Evaluación del paciente
5. Prevención del estreñimiento
6. Manejo del estreñimiento

#### Fisiopatología del estreñimiento

El estreñimiento se ha clasificado como primario y secundario. El estreñimiento primario o simple puede estar asociado a una dieta inadecuada y baja en fibra, deshidratación, movilidad reducida, retención de evacuación fecal y tono muscular reducido (2). El estreñimiento secundario puede ser causa de una enfermedad o terapia con medicamentos (2). Los siguientes factores han sido asociados con el estreñimiento (3, 4):

- Estreñimiento inducido por Opioides – por influencia sobre el suave tono muscular del intestino, supresión del peristaltismo avanzado, elevación del tono del esfínter y

#### Niveles de Evidencia

Todos los estudios se clasificaron según el nivel de la evidencia basándonos en el siguiente sistema de clasificación:

- **Nivel I** Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.
- **Nivel II** Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.
- **Nivel III.1** Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.
- **Nivel III.2** Evidencia obtenida de estudios de cohortes o casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
- **Nivel III.3** Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados
- **Nivel IV** Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

reducción de la sensibilidad en la distensión del recto.

- Obstrucción gastrointestinal – debido a una combinación de vaciado retardado que provoca una deposición dura y tumor intestinal o pélvico, lo que puede provocar una obstrucción.
- Disfunción de la médula espinal – debido a la combinación de inmovilidad, pérdida de sensación rectal, tono anal y de colon muy bajo.
- Estreñimiento por tránsito lento – causado por una reducción de la motilidad del intestino y asociado a anomalías de las neuronas del plexo mioentérico y al abuso de laxantes.

- **Disfunción del suelo pélvico** – debido a una contracción inadecuada de los músculos o esfínteres durante la defecación y se piensa que causa tensión y estreñimiento por obstrucción del orificio de salida.
- **Síndrome de intestino irritable** – asociado al estreñimiento, posiblemente debido a una hipersensibilidad visceral y a una motilidad gastrointestinal alterada.

Es importante señalar el hecho de que el estreñimiento puede ser consecuencia de situaciones como estenosis o cáncer colorrectal. También se ha sugerido que el estreñimiento puede ser el resultado de una sucesión de eventos. Por ejemplo, después de una enfermedad, la ingestión de líquidos, la dieta y la movilidad son reducidas, y puede haber un aumento de la dependencia de otros para realizar necesidades como ir al baño; durante la hospitalización, factores como la falta de intimidad, la inconveniencia o falta de instalaciones para ir al baño pueden exacerbar el estreñimiento.

### Factores de riesgo

Mientras que el estreñimiento se ve comúnmente como uno de los problemas del envejecimiento, las personas mayores saludables y activas, a menudo, tienen una función intestinal normal. La relación entre la edad y el estreñimiento es más un resultado de otros factores contribuyentes como la ingestión de líquidos, la dieta, la movilidad y el entorno.

- **Ingestión de líquidos:** Se ha citado como un factor de riesgo para el estreñimiento, estando la baja ingestión de líquidos ligada a un tránsito lento de colon y a una baja producción de deposición. Sin embargo, ha habido pocos estudios que hayan evaluado los efectos de la ingestión de líquidos sobre el estreñimiento.
- **Dieta:** Se ha sugerido que la prevalencia de la enfermedad digestiva está aumentando a causa de la dieta moderna sin fibras. Existen estudios que han demostrado que la fibra dietética influye en el tiempo de tránsito del intestino, el peso fecal y la frecuencia del movimiento intestinal. Esto está sustentado por el hecho de que los vegetarianos tienen una menor incidencia de estreñimiento. Sin embargo, otros factores, como la ingestión de calorías, pueden también influir en el desarrollo del estreñimiento.
- **Movilidad:** Se ha demostrado que el estreñimiento prevalece más en gente que hace poco ejercicio, asociándose el mayor riesgo a personas en silla de ruedas o postradas en la cama.
- **Entorno:** Los factores del entorno como una intimidad reducida, instalaciones de aseo inaccesibles o inadecuadas y dependencia de otras personas para asistencia, pueden también contribuir al desarrollo del estreñimiento.

- **Otros factores:** El desarrollo del estreñimiento puede estar influenciado por muchos otros factores como la ansiedad, la depresión y la discapacidad de la función cognitiva. Algunos medicamentos, como los analgésicos opioides, anticolinérgicos y antidepressivos, pueden también aumentar el riesgo de estreñimiento.

Una posible consecuencia del estreñimiento es la impactación fecal, particularmente en personas mayores y personas con problemas cognitivos.

La impactación fecal es el resultado de la exposición de la deposición a los procesos de absorción del colon y el recto (5). Como resultado, la deposición puede ponerse extremadamente dura. Mientras que se ha demostrado que la impactación fecal está presente en una alta proporción de pacientes ingresados en el hospital, su prevalencia en la comunidad es desconocida.

Es importante señalar que la impactación fecal puede presentarse como diarrea, y dicha impactación puede no ser detectada durante el examen digital.

### Manejo actual

Existen varias aproximaciones al manejo del estreñimiento que incluyen terapias no farmacológicas, agentes no laxantes, laxantes, enemas y supositorios.

### Intervenciones no farmacológicas

Se han evaluado una gran variedad de abordajes no farmacológicos al estreñimiento, incluyendo masaje, ejercicio y bioretroalimentación. Estudios pequeños han evaluado la eficacia del masaje abdominal solo o en combinación con ejercicio en personas estreñidas, pero actualmente hay poca evidencia que sustente su uso. El ejercicio es un elemento común de programas de manejo intestinal, y una falta de actividad física es un factor en el desarrollo del estreñimiento en algunas personas, pero aún queda por demostrar su eficacia como intervención para prevenir o tratar el estreñimiento.

### Intervenciones sin laxantes

Una gran variedad de productos se han recomendado o incluido en programas de manejo intestinal para la prevención del estreñimiento incluyendo pan, salvado, lentejas, aloe vera, agua mineral y frutos como ciruelas o ruibarbo. Aunque algunos estudios han sustentado la eficacia de suplementos dietéticos de salvado para prevenir el estreñimiento, ningún ensayo clínico aleatorio (ECA) ha sustentado la eficacia del salvado. Estudios que evaluaron las combinaciones de productos como una mezcla de frutas compuesta de dátiles, pasas, higos y concentrado de ciruela, y mermeladas, puddings o galletas laxantes, han sustentado su eficacia, pero estos

productos no han sido evaluados por ningún ensayo clínico. Un ejemplo de una de estas mezclas, el Suplemento de Ciruela, está incluido en este *Best Practice Information Sheet*, y aunque su eficacia no ha sido probada, se utiliza en la práctica clínica basándose en la opinión de expertos (Tabla 3). Se recomienda un aumento de la ingestión de líquidos como método para prevenir el estreñimiento. También se ha evaluado el aumento de la ingestión de líquidos junto con otros productos, pero no se ha evaluado de forma individual, por lo tanto su eficacia aún no está demostrada. El aumento de la ingestión de fibra dietética también es una estrategia recomendada de prevención, pero sin la adecuada ingestión de líquidos puede aumentar la probabilidad de la impactación fecal en ancianos con poca movilidad.

### Laxantes

Los laxantes se utilizan comúnmente para tratar el estreñimiento y generalmente se clasifican según su mecanismo de acción, existiendo los laxantes evacuantes, estimulantes, ablandadores fecales y laxantes osmóticos.

La Tabla 1 muestra una lista de las clases de laxantes (7) y ejemplos de cada uno. Además, existen laxantes disponibles que combinan diferentes agentes como un evacuante y un estimulante (Agiolax, Granacol, Normacol) o un ablandador fecal con un laxante estimulante (Agarol, Coloxyl con sena).

Como el estreñimiento, el uso de laxantes aumenta con la edad. Algunos estudios han demostrado que el 3% de los hombres y el 5% de las mujeres usan laxantes al menos una vez a la semana, y que para los ancianos esto puede aumentar hasta el 39% y 50% respectivamente. Algunos adultos utilizan laxantes incluso en ausencia de estreñimiento, lo que indica que están acostumbrados a prevenir el estreñimiento. Se ha sugerido que el uso regular de laxantes proviene del aumento de la incidencia del estreñimiento y de la opinión generalizada en las personas mayores de que la regularidad del intestino y la purga regular son necesarias para una buena salud. Debería señalarse que el uso a largo plazo de laxantes estimulantes puede llevar a un estreñimiento crónico debido a la pérdida de motilidad del colon.

Muchos de los estudios que evalúan la eficacia de los laxantes son pequeños y por tanto no tienen poder para detectar ningún efecto del tratamiento. Existen pocos estudios que comparen las diferentes clases de laxantes y los diferentes tipos dentro de las clases. Además, la mayor parte de los estudios se centran en pacientes de hospitales o residencias, prestando poca atención a los mayores no institucionalizados. Debido a estas limitaciones se hace difícil

**Tabla 1**

Clase	Ejemplo	Aparición de los efectos
Laxantes evacuantes	- cáscara de ispaghula (Fybogel) - psilio (Metamucil, Agiolax) - sterculia (uno de los agentes del Granacol y Normacol)	48 - 72 horas
Laxantes osmóticos	- sales de magnesio (Magnesia S Pellegrino, sales de Epsom) - Sorbitol (Sorbilax) - lactulosa (Duphalac, Gatinar)	0,5 - 3 horas 24 - 72 horas
Ablandadores fecales	- docusato sódico (Tirolaxo) - polioxietileno-polioxipropileno (Poloxamer en gotas) - parafina líquida (Emuliquen)	24 - 72 horas
Laxantes estimulantes	- bisacodilo (Dulcolaxo) - corteza de frangula (uno de los agentes del Granacol y Normacol) - fenoltaleína (Laxen Busto) - senósidos (Puntual)	6 - 12 horas

establecer recomendaciones para el manejo eficaz del estreñimiento por medio de la administración de laxantes.

Existe alguna evidencia de que los laxantes pueden mejorar la frecuencia del movimiento intestinal, la consistencia y los síntomas del estreñimiento. Los resultados de los estudios pueden resumirse separadamente para los mayores residentes en viviendas familiares y para los mayores en hospitales y residencias. Estos resultados sugieren que la fibra puede ser efectiva para mejorar la frecuencia del movimiento intestinal en los mayores residentes en viviendas familiares, mientras que los laxantes estimulantes y osmóticos pueden ser más eficaces que los evacuadores para los mayores con movilidad reducida.

**Enemas y Supositorios**

Los enemas y supositorios se utilizan para el tratamiento del estreñimiento, por ejemplo para despejar el recto y restaurar la función normal antes del comienzo de un programa de manejo intestinal. Existen pocas investigaciones que evalúen su eficacia en personas mayores. Los enemas presentan mayor riesgo como resultado de reacciones a la solución administrada o a través de lesión mecánica durante el procedimiento.

**Evaluación de los pacientes**

Las pautas existentes en la literatura científica sobre la evaluación de las personas con estreñimiento son escasas, y en su mayoría están relacionadas con los procedimientos e investigaciones. Por tanto, la siguiente discusión está basada en la opinión de los expertos.

La evaluación de las personas con respecto al estreñimiento debería englobar no sólo si están actualmente estreñidos, sino también tratar de identificar los factores que pueden contribuir al problema. La evaluación de personas con un problema existente, o con

riesgo de desarrollar estreñimiento, debería incluir un examen histórico y físico.

**Historia**

La historia debería tener como objetivo identificar factores del estilo de vida que pueden tener un impacto sobre la función del intestino de la persona, como:

- ingestión inadecuada de fibras en la dieta;
- movilidad reducida o reducciones recientes en el nivel de actividad;
- baja ingestión de líquidos, por ejemplo menos de 1,5 litros al día;
- medicamentos que pueden contribuir al desarrollo del estreñimiento; y
- cualquier cirugía o enfermedad que pueda contribuir al desarrollo del estreñimiento.

Debería determinarse la pauta intestinal normal de la persona, las preferencias de aseo y el estado actual, y esto incluiría:

- cualquier cambio reciente en sus hábitos intestinales;
- la frecuencia de las defecaciones;
- la consistencia de la defecación;
- sus actividades normales para mantener la función del intestino (por ejemplo qué funciona para ellos);
- la presencia de incontinencia fecal;
- la necesidad de apretar frecuentemente durante la defecación;
- en caso de enfermedad reciente, (ej. Derrame cerebral), cuál era su pauta intestinal normal antes de la enfermedad;
- qué laxantes se están tomando, si es el caso, el tipo, la frecuencia y longitud del periodo de uso; y
- las preferencias de la persona y necesidades especiales para ir al aseo, por ejemplo intimidad, asiento de inodoro elevado, taburete, etc.

Debería identificarse cualquier síntoma de estreñimiento, y esto puede incluir:

- náuseas o vómitos;

- tensión durante la defecación;
- defecaciones infrecuentes;
- sensación de no haber vaciado completamente después de las defecaciones;
- dolor del recto durante la defecación;
- dolor o incomodidad abdominal; y
- deposiciones duras.

**Examen físico**

Debería realizarse un examen físico de la persona para identificar cualquier situación que pudiera influir en la función de su intestino y para ayudar a determinar su estado actual. Esto puede incluir:

- evaluar la boca, el estado de la dentición y la deglución con respecto a su tolerancia a diferentes tipos de productos alimenticios como fruta o fibra dietética;
- auscultar el abdomen para determinar la presencia o ausencia de sonidos intestinales;
- examen visual para detectar cualquier distensión abdominal;
- palpar el abdomen para detectar la presencia de masas fecales duras en el colon;
- examen visual para detectar cualquier otra situación que pudiera contribuir al estreñimiento, como hemorroides o fisuras anales; y
- realizar un examen digital del recto si se requiere, para determinar el contenido del recto, y si las heces son duras o blandas.

La evaluación puede apoyarse monitoreando los hábitos del paciente durante varios días con ayuda de un gráfico de comidas y bebidas y un gráfico del hábitos intestinales. Puede realizarse radiografía abdominal para ayudar al diagnóstico de estreñimiento. Para investigar otras posibles causas del estreñimiento pueden necesitarse diferentes pruebas y procedimientos como sigmoidoscopia, colonoscopia, enema de bario o recogida de muestras fecales o de sangre.



## Prevención del Estreñimiento

El estreñimiento es el resultado de muchos factores y por lo tanto se recomienda un enfoque multidisciplinar para su prevención y manejo. Debería señalarse que las intervenciones descritas a continuación se emplean tanto en la prevención como en el manejo del estreñimiento. La evaluación de la persona será necesaria para determinar las necesidades individuales. La investigación existente con relación a la prevención del estreñimiento es limitada, por lo tanto esta discusión representa la opinión de los expertos (nivel IV).

### Educación del paciente

Un aspecto importante de la prevención y manejo del estreñimiento es asegurarse de que la persona tiene un buen conocimiento de qué factores aumentan su riesgo y qué puede hacerse para minimizar el mismo. La información proporcionada debería abarcar:

- *el impacto de la dieta y de la ingestión de líquidos sobre el estreñimiento;*
- *el papel del ejercicio en el desarrollo del estreñimiento;*
- *hábitos de aseo adecuados;*
- *efectos secundarios a los fármacos utilizados para el estreñimiento.*

### Dieta e ingestión de líquidos

La dieta juega un papel importante en el desarrollo del estreñimiento. Las intervenciones relacionadas con la dieta que influyen en su desarrollo incluyen:

- *animar a la persona a seguir una dieta rica en fibra, ver Fuentes de Fibra Recomendadas (tabla 2);*
- *asegurarse de ingerir una cantidad de líquidos adecuada cada día, por ejemplo 6 - 8 bebidas cada día, y la opinión de expertos sugiere que los líquidos claros son mejores que el café o el té;*
- *si se aumenta la fibra dietética, puede ser necesario aumentar también la ingestión de líquidos para prevenir la impactación fecal; y*
- *si las opciones de comida rica en fibra no son adecuadas el Suplemento de Ciruela puede ser beneficioso (ver tabla 3).*

### Ejercicio

La falta de ejercicio regular se cita comúnmente como factor de riesgo para el desarrollo del estreñimiento, por lo tanto el ejercicio debería formar parte de cualquier cambio en el estilo de vida orientado a prevenir su desarrollo por medio de:

- *animar a una actividad regular dentro de las posibilidades de la persona*

### Hábitos intestinales efectivos

Algunos hábitos de aseo pueden contribuir al desarrollo del estreñimiento y, así, puede recomendarse el entrenamiento intestinal. Esto puede incluir:

- *aprovechar el reflejo gastrocólico (ir al baño después de las comidas);*
- *ir al baño a la misma hora cada día (por ejemplo por las mañanas);*
- *asegurarse de que el aseo posee la altura adecuada, y utilizar elevadores o un taburete si es necesario; y*
- *si se requiere, animar a la persona a sentarse con ambos pies apoyados en el suelo o sobre un taburete, inclinándose hacia adelante ligeramente de forma que el abdomen quede separado del cuerpo, y se relajen los músculos del suelo pélvico, ya que esto ayudará a minimizar la necesidad de ejercer presión.*

### Instalaciones de aseo

Muchos factores del entorno pueden, en parte, contribuir al desarrollo del estreñimiento y se pueden realizar modificaciones que ayuden a su prevención. Esto puede incluir:

- *intimidad a la hora de ir al aseo;*
- *inodoro a la altura adecuada;*
- *ayuda con la movilidad según se requiera;*
- *facilidades para llamar en caso de que se necesite ayuda para acceder al aseo; y*
- *medidas de confort según las necesidades individuales.*

# Manejo del Estreñimiento

Muchos factores influyen en el desarrollo de estreñimiento y por ello su manejo debe ser individualizado conforme a las necesidades de cada persona. Las intervenciones utilizadas para prevenir el estreñimiento también son componentes importantes de su manejo. Debería señalarse que los pacientes con lesiones de columna o con analgésicos opioides a largo plazo, pueden requerir programas especializados de manejo intestinal. A continuación se presenta un resumen de las diferentes opciones de tratamiento que resumen la opinión de los expertos (nivel IV).

## **Estreñimiento agudo**

El manejo inicial del estreñimiento moderado o agudo puede incluir supositorios, enemas o laxantes osmóticos para despejar el recto, seguido de la implementación de un programa de manejo intestinal por medio de intervenciones preventivas como la modificación de la dieta y la ingestión de líquidos, educación y hábitos intestinales efectivos.

Cuando el estreñimiento agudo no responde al tratamiento, debería buscarse el consejo de un médico, un asesor de continencia o un terapeuta estomal.

## **Estreñimiento crónico**

Los laxantes evacuadores deberían utilizarse en personas que sigan una dieta baja en fibras y sin una causa específica subyacente al estreñimiento.

Los agentes osmóticos pueden ser efectivos en el tratamiento del estreñimiento crónico. El objetivo del programa de manejo intestinal debería centrarse en la adquisición de un hábito intestinal regular más que en “limpiezas” intermitentes. El tratamiento debería por lo tanto promover hábitos intestinales regulares utilizando pequeñas dosis de laxantes, de forma individualizada. Si los agentes osmóticos no son efectivos, o si no se toleran, los laxantes estimulantes pueden ser efectivos.

## **Elección del tratamiento**

La revisión sistemática sobre laxantes (1) sugiere que los laxantes evacuadores son efectivos para personas mayores sin limitaciones de movilidad y que los laxantes osmóticos y estimulantes podrían ser más efectivos para personas postradas (nivel I de recomendación).

## **Estreñimiento provocado por opioides**

Como el estreñimiento asociado a la analgesia opioide puede anticiparse, el manejo debería ser inicialmente preventivo. Las personas con opioides durante largos periodos de tiempo, como en unidades de cuidados paliativos o durante el manejo de dolor crónico, deberían someterse a un programa de manejo intestinal de manera simultánea a la analgesia opioide. Los laxantes más adecuados para el manejo del estreñimiento causado por analgesia opioide son los estimulantes u osmóticos.

## **Uso de enemas y supositorios**

Los enemas y supositorios pueden ser necesarios para despejar el recto antes de comenzar el programa de manejo del intestino. Pueden recomendarse como el tratamiento inicial para el estreñimiento moderado o agudo, o el estreñimiento asociado a la analgesia opioide. Los enemas y supositorios pueden también recomendarse para personas postradas en la cama, como parte de un programa de manejo intestinal.

## **Impactación fecal**

La impactación fecal necesitará un manejo especial que probablemente implicará enemas para despejar el recto, pero puede también incluir laxantes osmóticos o estimulantes.

Cuando se restaure la función normal del intestino, debe comenzarse un programa de manejo intestinal para prevenir su recurrencia.

## **Coste de los tratamientos**

Debería señalarse que existen variaciones considerables en el coste de los agentes laxantes, y que los laxantes más caros no son necesariamente los más efectivos. Por ejemplo, de los laxantes osmóticos, las sales de magnesio y el sorbitol son mucho más baratos que la lactulosa. Sin embargo, el estreñimiento puede prevenirse generalmente a través de la educación, cambios en la dieta y modificaciones en el estilo de vida, lo que conlleva pocas implicaciones de coste.

## Tabla 2 Fuentes de fibra recomendadas

- |   |   |
|---|---|
| <b>Cereales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avena</li><li>• Salvado sin procesar</li><li>• All Bran</li><li>• Weetbix (trigo)</li></ul> | <b>Pan</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Integral</li><li>• Centeno</li><li>• Rico en fibra</li></ul> |
|---|---|

- Frutos secos y semillas**
- Almendras
  - Semillas y granos secos (como pipas de calabaza y girasol)

- |  |   |
|--|---|
| <b>Verduras</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Judías</li><li>• Guisantes</li><li>• Verduras crudas (como zanahorias)</li></ul> | <b>Fruta</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Manzanas (sin pelar)</li><li>• Naranjas</li><li>• Plátanos</li><li>• Frutas pasas (como ciruelas o albaricoques)</li></ul> |
|--|---|

## Tabla 3 Receta de suplemento de ciruela

### Ingredientes

- 1-1/3 litros de zumo de ciruela\*
- 720g de puré de manzana
- 525g de All-Bran

### Elaboración

Añada el zumo de ciruela caliente a los ingredientes y mezcle bien. Tome 1 o 2 cucharadas soperas dos veces al día.

*\*Puede utilizarse el zumo de ciruela disponible en los comercios, o puede hacerse de la siguiente forma.*

- 1kg Ciruelas (sin hueso)
- 11/4 litros de agua

*Cueza las ciruelas deshuesadas en agua hasta que estén blandas. Haga puré. Pase por el tamiz para hacer el zumo de ciruelas.*

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande

Traducción revisada por: Gema Escobar Aguilar

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

### Referencias

1. Petticrew M, Watt I, Sheldon T. Systematic review of the effectiveness of laxatives in the elderly. *Health Technology Assessment* 1997;1(13).
2. Kot TV, Pettit-Young NA. Lactulose in the management of constipation: a current review. *The Annals of Pharmacotherapy* 1992;26:1277-1282.
3. Mertz HR. Constipation. *Current Opinion in Gastroenterology* 1997;13:28-33.
4. Fallon M, O'Neill B. ABC of palliative care: constipation and diarrhoea. *British Medical Journal* 1997;315:1293-1296.
5. Abyad A, Mourad F. Constipation; Common-sense care of the older patient. *Geriatrics* 1996;51:28-36.
6. McMillan SC, Williams FA. Validity and reliability of the constipation assessment scale. *Cancer Nursing* 1989;12(3):183-188.
7. Misan G, ed. *Australian Medicines Handbook*. Adelaide: AMH, 1998.

This publication was produced based on a systematic review undertaken as part of the Health Technology Assessment Program of the National Health Service, UK, by a panel of clinical experts led by Mr David Evans - The Joanna Briggs Institute and Ms. Sue Turrell - Royal Adelaide Hospital. It has been subject to peer review by experts nominated by The Joanna Briggs Institute centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong.

### For further information contact:

- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, Margaret Gram. Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000.  
<http://www.joannabriggs.edu.au>, ph: (08) 8303 4880, fax: (08) 8303 4881
- NHS Centre for Reviews and Dissemination, Subscriptions Department, Pearson Professional, PO Box 77, Fourth Avenue, Harlow CM19 5BQ UK. • AHCP Publications Clearing House, PO Box 8547, Silver Spring, MD 20907 USA.

### Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL  
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA  
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

"The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

### Agradecimientos

The Joanna Briggs Institute would like to acknowledge and thank the review panel members whose expertise was invaluable during the development of this Best Practice Information Sheet. The review panel consisted of a multidisciplinary team that included:

Ms Maggie Gilding  
Ms Kaye Weedon  
Ms Anne Schofield  
Ms Annie Wilkie  
Ms Cara Charles-Barks  
Ms Trish Woods  
Ms Liz Zwart  
Dr Lesley Long  
Ms Heather Peters  
Ms Anita Comacchio  
Dr Richard Holloway  
Ms Karen Macolino  
Ms Angela Boyce  
Mr Brent Hodgkinson