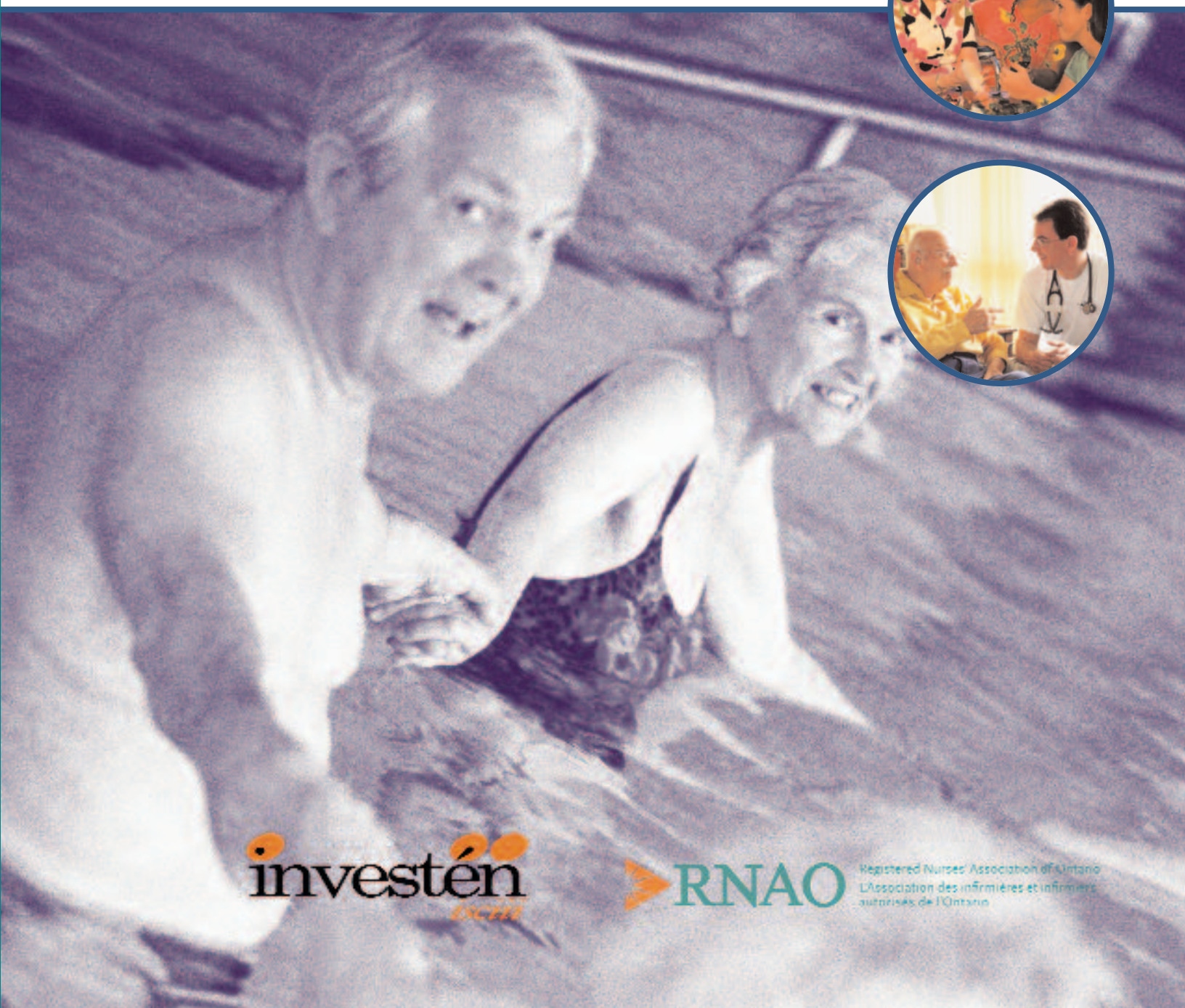
Revisada en 2011
Incluye Suplemento

Revisión: marzo 2005

Guías de buenas prácticas en enfermería

Cómo enfocar el futuro de la enfermería

Prevención del estreñimiento en personas mayores



investén ESCHI

RNAO Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

RNAO Registered Nurses Association of Ontario L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Saludos de Doris Grinspun
Directora ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer esta Guía revisada de buenas prácticas en enfermería. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la entrega y el excelente servicio que las enfermeras ofrecemos en nuestra labor cotidiana. Por nuestra parte, en la RNAO aspiramos a respaldar las recomendaciones de nuestras Guías con la evidencia más completa, por lo que hemos revisado y modificado esta Guía recientemente para reflejar los últimos avances en el conocimiento.

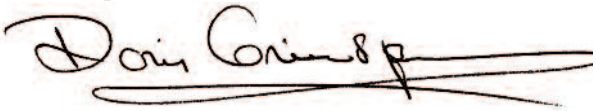
Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible la iniciativa de la RNAO de desarrollar, evaluar y divulgar estas Guías de buenas prácticas en enfermería basadas en la evidencia (NBPG, por sus siglas en inglés). El Gobierno de Ontario ha reconocido la capacidad de la RNAO para liderar el desarrollo de este programa, y ofrece para ello su financiación plurianual. La directora del programa NBPG, Tazim Virani, con su esfuerzo y determinación, está consolidando el programa y proyectándolo más lejos de lo que cabía pensar en un principio. La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para la creación, evaluación y revisión de cada una de las Guías. Los empleados se han involucrado con entusiasmo eligiendo a los defensores de buenas prácticas, implantando las Guías, evaluándolas y trabajando por una cultura de la práctica basada en la evidencia.

Ahora es el momento de la prueba definitiva: ¿utilizarán las enfermeras estas Guías en su labor cotidiana? El uso eficaz de este recurso requiere el esfuerzo conjunto de cuatro grupos profesionales: las propias enfermeras, otros profesionales de la salud, los responsables de la formación en centros académicos o laborales y los responsables de la contratación. Tras haber asimilado estas Guías, las enfermeras expertas y capaces y las/os estudiantes de enfermería precisan un entorno laboral positivo para poder aplicarlas a la práctica diaria.

Es nuestro deseo que estas y otras Guías se compartan con los miembros del equipo multidisciplinar. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros y juntos podemos asegurarnos de que los pacientes reciban la mejor atención posible siempre que contacten con nosotros. ¡Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo!

La RNAO continuará trabajando con ahínco para desarrollar, evaluar y mantener al día la evidencia de las futuras Guías. ¡Que la puesta en marcha se desarrolle con éxito!

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD(cand), OOnt



Directora ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)

Saludos de Teresa Moreno-Casbas, Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto de SaludCarlos III de España

La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

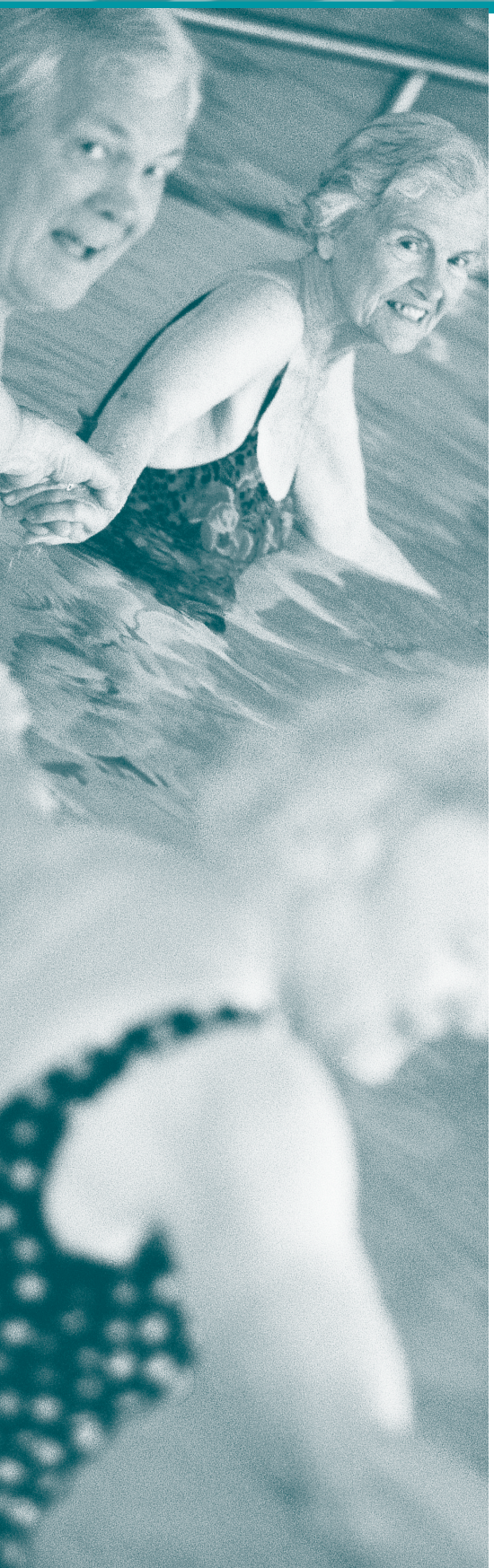
Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

Teresa Moreno

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III de España.
Madrid Enero 2011.

investén isciii



Prevención del estreñimiento en personas mayores

Equipo del proyecto:

Tazim Virani, RN, MScN, PhD(candidate)
Program Director

Josephine Santos, RN, MN
Program Coordinator

Stephanie Lappan-Gracon, RN, MN
Program Coordinator – Best Practice Champions Network

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
Program Manager

Jane M. Schouten, RN, BScN, MBA
Program Coordinator

Bonnie Russell, BJ
Program Assistant

Carrie Scott
Administrative Assistant

Julie Burris
Administrative Assistant

Keith Powell, BA, AIT
Web Editor

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario
Programa de Guías de buenas prácticas en enfermería
111 Richmond Street West, Suite 1100
Toronto, Ontario M5H 2G4
Página Web: www.rnao.org/bestpractices

Miembros del equipo de revisión (2005)

Jean Benton, RN(EC), BScN, PHCNP, CGN(C), NCA
Team Leader
Primary Health Care Nurse Practitioner
County of Renfrew Municipal Homes for the Aged
Bonnechere Manor (Renfrew) and Miramichi Lodge (Pembroke), Ontario

Jennifer Skelly, RN, PhD
Associate Professor
School of Nursing
McMaster University
Director, Continence Program
St. Joseph's Healthcare
Hamilton, Ontario

Barbara Cassel, RN, MN, GNC(C)
Advanced Practice Nurse
West Park Healthcare Centre
Toronto, Ontario

Linda Gray, RN
Staff Nurse
Specialty Care Woodhall Park
Brampton, Ontario

Stephanie Lappan-Gracon, RN, MN
Facilitator, Program Coordinator
Nursing Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Cathy Lyle, RN, MSc, GNC(C)
Clinical Nurse Specialist
Providence Continuing Care Centre
St. Mary's of the Lake Hospital Site
Kingston, Ontario

Christina Madigan, RN
Clinical Resource Nurse
Sisters of Charity of Ottawa Health Services – Saint Vincent Hospital Site
Complex Continuing Care Program
Ottawa, Ontario

Melissa Northwood, RN, MSc, GNC(C), NCA
Clinical Educator
St. Peter's Hospital
Hamilton, Ontario

Jenny Ploeg, RN, PhD
Associate Professor
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
McMaster University
Hamilton, Ontario

Laura Robbs, RN, BScN, ET, NCA, MN(cand)
Nurse Continence Advisor
Trillium Health Centre – Queensway Site
Etobicoke, Ontario

Kathleen Romano, RN, NCA
Nurse Continence Advisor
Adult and Pediatric Urology and Incontinence Treatment Centre
Thunder Bay, Ontario

Anita Saltmarche, RN, MHSc
President – Health Care Associates
Toronto, Ontario

Josephine Santos, RN, MN
Facilitator, Program Coordinator
Nursing Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Los miembros del equipo de revisión de la Guía realizaron declaraciones de conflicto de intereses y de confidencialidad. La RNAO dispone de información más detallada al respecto.

Shirley Whitfield, RN, BScN, NCA
Nurse Consultant, Geriatrics
Geriatric Assessment Program
Windsor Regional Hospital – Western Campus
Windsor, Ontario

La RNAO también desea agradecer la contribución de Diane Legere, RN, APCCN, BScN, MScN(candidate) *por su labor de revisión crítica de la bibliografía y por preparar las tablas de evidencia para esta versión de la Guía.*

Colaboradores originales

Miembros del equipo de desarrollo (2000)

Jean Benton, RN(EC), BScN, CGN(C), NCA
Team Leader
Primary Health Care Nurse Practitioner
County of Renfrew
Bonnechere Manor (Renfrew) and
Miramichi Lodge (Pembroke), Ontario

Jennifer Skelly, RN, PhD
Associate Professor
School of Nursing
McMaster University
Hamilton, Ontario

Sue O'Hara, RN, MScN
Nurse Practitioner/Clinical Nurse Specialist
St. Joseph's Health Care, Parkwood Hospital
London, Ontario

Anita Saltmarche, RN, MHSc
President, Health Care Associates
Toronto, Ontario
Clinical Associate
Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario

Shirley Whitfield, RN, BScN, NCA
Nurse Consultant
Nurse Continence Advisor
Windsor Regional Hospital
Windsor, Ontario

Kathleen Romano, RN, NCA
Nurse Continence Advisor/
Clinical Resource Nurse
Saint Elizabeth Health Care
Thunder Bay, Ontario

Jenny Ploeg, RN, PhD
Assistant Professor, Researcher
McMaster University
Hamilton, Ontario

Linda Gray, RN
Vera M. Davis Community Care Centre
Bolton, Ontario

Los miembros del equipo de revisión de la Guía realizaron declaraciones de conflicto de intereses y de confidencialidad. La RNAO dispone de información más detallada al respecto.

Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

Maria Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD
Coordinadora científica
Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

Esther Gónzález María, RN, MSc, PhD candidate
Coordinadora científica
Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate
Coordinadora técnica
Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

Equipo de traducción

Marta López González
Coordinadora de traducción
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid,
CES Felipe II

María Nebreda Represa
Coordinadora de traducción
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad de Valladolid

Paula García Manchón
Traductora responsable de proyectos
Licenciada en Traducción e Interpretación.
Universidad Complutense de Madrid,
CES Felipe II

Juan Diego López García
Traductor responsable de proyectos
Ldo. en Traducción e Interpretación
Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y Universidad de Granada

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López
Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Clara Isabel Ruiz Ábalo
Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Jaime Bonet
Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Carmen Martínez Pérez-Herrera
Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid)

Francisco Paredes Maldonado
Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y traducción
Universidad de Orléans (Francia)

Aimón Sánchez
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias

Tamara Suquet, DUE
Gerens Hill International

Inés Castilla
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)

Pilar Mesa, DUE
Facultad de Enfermería,
Universidad de Córdoba

Juan Carlos Fernández
Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balear

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate
Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Pablo Uriel Latorre, DUE
Enfermero de Investigación Clínica
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD candidate
Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris. Lleida

Ana Craviotto Vallejo, DUE
Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

Raquel Sánchez, DUE
Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

Iosune Salinas
Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España

Agradecimientos

Desde la RNAO queremos agradecer a las siguientes personas e instituciones su trabajo en la revisión de esta Guía de buenas prácticas en enfermería, así como su valiosa contribución al desarrollo inicial de este documento entre los años 2000 y 2002.

Kim Belluz	Staff Nurse, Nurse Continence Advisor, Saint Elizabeth Health Care, Thunder Bay, Ontario
Marg Brunetti	Nutritionist, Windsor Regional Hospital, Windsor, Ontario
Tish Butson	Clinical Nurse Specialist, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton, Ontario
Merrill Carmichael	Consumer Reviewer
Catherine Duncan	Director of Care, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton, Ontario
Mary Edwards	Director, Seniors Health, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton, Ontario
Pat Ford	Clinical Nurse Specialist, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario
Nenita Gepraegs	Staff Nurse, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton, Ontario
Barb Gray	Nurse Manager, Victorian Order of Nurses, Niagara Branch, Niagara Falls, Ontario
Helen Johnson	Physiotherapist, Geriatric Assessment Program, Windsor Regional Hospital, Windsor, Ontario
Penny Keel	Consumer Reviewer
Linda Keery	Clinical Nurse Specialist, Nurse Continence Advisor, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton, Ontario
Dr. Niedoba	Medical Director, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton, Ontario
Janis North	Executive Director, Victorian Order of Nurses, Hamilton, Ontario
Melissa Northwood	Staff Nurse, Nurse Continence Advisor, Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton, Ontario
Donna Pickles	Staff Nurse, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario
Susan Pilatzke	Nurse Manager, Saint Elizabeth Health Care, Thunder Bay, Ontario
Ida Porteous	Nurse Manager, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario
Meg Reich	Program Manager, Windsor Regional Hospital, Geriatric Assessment Program, Windsor, Ontario
Dr. P. Soong	Family Physician, Windsor Regional Hospital, Geriatric Assessment Program, Windsor, Ontario

Dr. S. Pierre Soucie	Chief, Medical Staff, Sisters of Charity of Ottawa Health Services, Ottawa, Ontario
Barb Swail	Staff Nurse, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton, Ontario
Joe Taylor	Staff Nurse, Windsor Regional Hospital, Windsor, Ontario
Kathy Topping	Staff Nurse, Vera M. Davis Community Care Centre, Bolton, Ontario

Asimismo, la RNAO quiere agradecer su participación en la prueba piloto de esta Guía a las siguientes instituciones de London, Ontario:

Chateau Gardens Queens

Chelsea Park Retirement Community

Extendicare, London

London Health Sciences Centre

St. Joseph's Health Care, Parkwood Hospital

La RNAO desea expresar su más sincero agradecimiento por la capacidad de liderazgo y dedicación de los investigadores de enfermería que dirigieron la fase de evaluación de la edición original de esta Guía de buenas prácticas en enfermería en el año 2000.

Investigadores principales:	Dr. Nancy Edwards, Dr. Barbara Davies – University of Ottawa
Co-investigadores del equipo de evaluación:	Dr. Maureen Dobbins, Dr. Jenny Ploeg, Dr. Jennifer Skelly – McMaster University
	Dr. Patricia Griffin – University of Ottawa

Prevención del estreñimiento en personas mayores

Aviso de responsabilidad

Estas Guías se ocupan únicamente de la práctica de la enfermería y no de su dimensión económica. El uso de las Guías no es obligatorio para las enfermeras, y debe ser flexible para poder amoldarse a las preferencias del paciente y la familia, así como a las circunstancias particulares. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque en el momento de la publicación se puso especial énfasis en la precisión de los contenidos, los autores y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) no garantizan la exactitud de la información recogida en las Guías ni asumen responsabilidad alguna respecto a las pérdidas, daños, lesiones o gastos derivados de errores u omisiones en su contenido. Cualquier referencia a productos farmacéuticos específicos que se realice en estos documentos no implica promoción alguna de los mismos.

Copyright

Publicada originalmente en enero de 2002 por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Este documento fue revisado en marzo de 2005.

A excepción de aquellas partes del presente documento cuya copia o reproducción esté prohibida o restringida expresamente, el resto podrá editarse, reproducirse y publicarse en su totalidad y en cualquier formato (incluido el soporte electrónico), si es para fines educativos y no comerciales. En ese supuesto no habrá necesidad de autorización o consentimiento previo de la RNAO, pero en la Guía reproducida deberá aparecer la siguiente acreditación:

Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Prevention of Constipation in the Older Adult Population. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
.

Acerca de la traducción

Para realizar la versión española de las Guías de la RNAO se ha contado con la coordinación técnica de un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la salud, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales del cuidado experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.

Cómo utilizar este documento

Esta Guía de buenas prácticas en enfermería es un documento exhaustivo que ofrece los recursos necesarios para la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o centro, así como de los requisitos y preferencias del paciente. Las Guías no deben emplearse de forma literal sino como una herramienta útil para la toma de decisiones sobre la atención personalizada del paciente, así como para garantizar la disposición de las estructuras y respaldos adecuados para prestar el mejor servicio posible.

Las enfermeras y demás profesionales sanitarios, así como los gestores que se encargan de dirigir y facilitar los cambios en la práctica, hallarán útil este documento de cara al desarrollo de directrices, procedimientos, protocolos, programas educativos y herramientas de documentación y valoración. Se recomienda que las Guías se utilicen como recurso y herramienta. Es aconsejable que las enfermeras asistenciales revisen las recomendaciones, las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones y el proceso utilizado para el desarrollo de las Guías. No obstante, se recomienda encarecidamente que los centros sanitarios adapten el formato de estas Guías de manera que su uso cotidiano resulte cómodo para el usuario. Esta Guía cuenta con sugerencias de formato para llevar a cabo dicha adaptación a nivel local.

Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- Evaluar las actuales prácticas de enfermería y cuidados sanitarios mediante las recomendaciones de esta Guía.
- Identificar las recomendaciones que se ocupan de las necesidades o las lagunas identificadas en los servicios.
- Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados.

La RNAO está interesada en conocer la aplicación práctica que se da a esta Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia. Tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de la Guía de buenas prácticas mediante la página web de la RNAO, www.rnao.org/bestpractices.

Índice de contenidos

Resumen de recomendaciones 13
Interpretación de la evidencia 15
Responsabilidad en el desarrollo de la Guía 15
Objetivos y ámbito de aplicación 16
Proceso de desarrollo de la Guía (2000) 17
Proceso de revisión (2005) 18
Definiciones 19
Antecedentes 22
Recomendaciones para la práctica 23
Recomendaciones para la formación 31
Recomendaciones para la organización y directrices 32
Lagunas en la investigación e implicaciones 34
Evaluación y seguimiento de la Guía 35
Estrategias de implantación 37
Proceso de actualización y revisión de la Guía 39
Referencias bibliográficas 40
Bibliografía 43

Anexo A: Estrategia de búsqueda de la evidencia existente 45
Anexo B: Algoritmo de prevención del estreñimiento 48
Anexo C: Modelo de diario de hábitos intestinales 49
Anexo D: Contenido en fibra dietética de ciertos alimentos 51
Anexo E: Alimentos ricos en fibra 53
Anexo F: "Galletas a la taza" 54
Anexo G: Recursos con información sobre el estreñimiento 55
Anexo H: Descripción de la Herramienta 56

Resumen de recomendaciones

	RECOMENDACIONES	*NIVEL DE LA EVIDENCIA
Recomendaciones para la práctica	1.0 Valorar el estreñimiento del paciente a partir de su historia médica.	IV
	2.0 Obtener información acerca de: ■ la cantidad y el tipo de líquidos ingeridos habitualmente a lo largo del día, con especial atención al consumo de cafeína y alcohol; ■ la cantidad de alimentos y fibra dietética ingerida habitualmente; y ■ cualquier elemento de la historia médica o quirúrgica que pueda estar relacionado con los problemas de estreñimiento, como trastornos neurológicos, diabetes, hipotiroidismo, fallo renal crónico, hemorroides, fisuras, diverticulosis, síndrome del colon irritable, depresión, demencia, confusión aguda o intervenciones quirúrgicas previas en el intestino.	IV
	3.0 Comprobar si la medicación del paciente incluye medicamentos considerados como factores de riesgo para padecer estreñimiento, con especial atención a los antecedentes de consumo de laxantes y al uso crónico de los mismos.	III
	3.1 Valorar las posibilidades de polimedicación (lo que incluye la duplicación de medicamentos con y sin receta médica), así como sus posibles efectos adversos.	III
	4.0 Valorar la capacidad funcional del paciente para moverse, comer y beber, así como su estado cognitivo y su capacidad para comunicar sus necesidades o seguir instrucciones sencillas.	III
	5.0 Llevar a cabo un reconocimiento físico del abdomen y del recto. Valorar la fuerza de los músculos abdominales, los ruidos intestinales, la integridad del reflejo anal y la presencia de hemorroides, masas abdominales, estreñimiento o impactación fecal.	IV
	6.0 Antes de comenzar la aplicación del protocolo de estreñimiento, preparar un diario de hábitos intestinales de siete días para determinar el patrón intestinal (frecuencia y características de las heces, horas a las que suelen producirse las evacuaciones intestinales); la existencia de episodios de estreñimiento, incontinencia fecal o manchado; los métodos de aseo empleados; y los tipos y cantidades de líquidos y alimentos ingeridos.	IV
	7.0 Asegurarse de que el paciente ingiera entre 1.500 y 2.000 mililitros (ml) de líquidos cada 24 horas, animándolo a beber sorbos de líquidos a lo largo del día y reduciendo al mínimo el consumo de bebidas alcohólicas o con cafeína.	III
	8.0 Asegurarse de que el paciente ingiera entre 25 y 30 gramos de fibra dietética al día. El consumo diario de fibra debe aumentarse gradualmente una vez que el paciente ingiera de forma regular 1.500 ml de líquidos al día. Se recomienda encarecidamente consultar a un dietista.	III
	9.0 Fomentar el aseo con un horario regular cada día, según cual sea la "comida desencadenante" tras la cual el paciente suele experimentar la necesidad de defecar. Respetar la intimidad visual y sonora del paciente durante el aseo.	III
	9.1 Emplear la posición en cuclillas para facilitar la defecación. Si el paciente no puede usar el retrete (por ejemplo, por estar encamado), se le debe recostar sobre el lado izquierdo, con las rodillas dobladas y las piernas subidas hacia el abdomen.	III

*En la página 15 puede obtener más información sobre la interpretación de la evidencia.

Resumen de recomendaciones

	RECOMENDACIONES		*NIVEL DE LA EVIDENCIA
Recomendaciones para la práctica	10.0	Adaptar la actividad física a las capacidades físicas del individuo, a su estado de salud, a sus preferencias personales y a la viabilidad para garantizar la adherencia al programa. La frecuencia, intensidad y duración de los ejercicios debe ajustarse a la tolerancia del paciente.	IV
	10.1	Fomentar la deambulación en los pacientes con movilidad total o limitada (15-20 minutos una o dos veces al día, o 30-60 minutos diarios o de entre 3 a 5 veces por semana). Se recomienda que los pacientes con movilidad limitada caminen al menos 15 metros dos veces al día.	IV
	10.2	En los casos de pacientes no ambulatorios o encamados, se recomienda efectuar ejercicios como la basculación pélvica, la rotación del bajo tronco y el levantamiento alterno de piernas.	IV
	11.0	Evaluar la respuesta del paciente y la necesidad de continuar las intervenciones mediante la elaboración de un diario de hábitos intestinales que indique la frecuencia, características, y volumen del patrón intestinal, así como los episodios de estreñimiento o manchado y el uso de laxantes orales o rectales. Evaluar la satisfacción del paciente con su patrón intestinal, así como su percepción de los progresos realizados en este ámbito.	IV
Recomendaciones para la formación	12.0	Desarrollar programas integrales de educación dirigidos a reducir el estreñimiento y promover la salud intestinal, organizados e impartidos por una enfermera dotada de un especial interés o una preparación avanzada en el manejo del estreñimiento (p.ej. enfermeras especialistas en incontinencia, enfermeras clínicas o especialistas en enfermería clínica). Estos programas deben incluir contenidos dirigidos a todos los niveles de la atención sanitaria (profesionales sanitarios, pacientes, familiares, cuidadores...). Para evaluar la eficacia del programa de prevención del estreñimiento, deben incorporarse mecanismos de evaluación como las auditorías y los controles de calidad en la planificación del proceso.	IV
Recomendaciones para la organización y directrices	13.0	Abordar la prevención y el manejo del estreñimiento desde la perspectiva de un equipo interdisciplinar.	IV
	14.0	Promover la implantación eficaz de las Guías de buenas prácticas en enfermería asignando facilitadores para fomentar los cambios y proporcionando los recursos, la planificación y el respaldo administrativo e institucional necesarios. La implantación de las Guías debe tener en cuenta las circunstancias locales y llevarse a cabo a través de un programa de formación y educación activo. Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la *Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica* sobre la base de las evidencias disponibles, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta para la implantación de la Guía de la RNAO para la *Prevención del estreñimiento en personas mayores.*	IV

Interpretación de la evidencia

Niveles de evidencia

Ia	Evidencia obtenida del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado, controlado, no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado de otro tipo, cuasi-experimental, no aleatorizado.
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados no experimentales, como los estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
IV	Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de las opiniones y experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Responsabilidad en el desarrollo de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), con la financiación del Gobierno de Ontario, se ha embarcado en un programa plurianual de desarrollo, implantación piloto, evaluación y difusión de Guías de buenas prácticas en enfermería. Una de las prioridades de este programa es la prevención del estreñimiento en personas mayores. Esta Guía fue desarrollada inicialmente en 2002 y posteriormente revisada en 2005 por un equipo de enfermeras e investigadores nombrado por la RNAO que llevó a cabo su trabajo con toda libertad e independencia del Gobierno de Ontario.

La prevención y reducción del estreñimiento se considera una intervención clave de cara a la prevención y manejo de la incontinencia urinaria. Por ello, esta guía ha sido revisada junto con la Guía de buenas prácticas en enfermería para el *Manejo de la incontinencia mediante evacuación inducida* (RNAO, 2005). Esta Guía puede descargarse desde la página web de la RNAO, (www.rnao.org/bestpractices), o adquirirse directamente a través de la RNAO.

La Guía de buenas prácticas en enfermería para el Manejo de la incontinencia mediante evacuación inducida puede descargarse desde la página web de la RNAO, www.rnao.org/bestpractices.

Objetivos y ámbito de aplicación

El propósito de esta Guía de buenas prácticas es reducir la frecuencia y la gravedad de los episodios de estreñimiento en las personas mayores mediante una hidratación y un consumo de fibra dietética adecuados, acompañados de rutinas regulares de aseo y actividad física. Establecer y mantener un ritmo normal de eliminación ayuda a prevenir el estreñimiento, a reducir el uso de laxantes y a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. La comunidad clínica e investigadora no ha alcanzado un consenso sobre la definición de "estreñimiento" (Koch, Voderholzer, Klauser & Muller- Lissner,1997); de hecho, algunos autores sostienen que definir el estreñimiento basándose en sus síntomas es una equivocación (Probert, Emmett & Heaton, 1995).

Esta Guía contiene información relevante sobre todos los aspectos de la práctica clínica, como los cuidados de pacientes agudos, los servicios comunitarios y los cuidados crónicos. Sin embargo, las recomendaciones que incluye deben aplicarse con precaución a pacientes que beban menos de 1,5 litros de líquidos al día o presenten trastornos neurogénicos de la función intestinal (p.ej. enfermedades de las neuronas motoras inferiores). Las recomendaciones de esta Guía no deben aplicarse a pacientes que padezcan trastornos médicos para los que se haya prescrito una ingesta reducida de líquidos, ni a aquellos que reciban alimentación enteral, ni a los que estén sometidos a cuidados paliativos o reciban analgésicos narcóticos. Asimismo, es importante solucionar cualquier problema existente de estreñimiento agudo o impactación fecal antes de aplicar esta Guía.

Las recomendaciones que recoge este documento se centran en cuatro áreas: (1) recomendaciones para la práctica, destinadas a servir de apoyo a la enfermera y a la práctica de la enfermería; (2) recomendaciones para la formación, destinadas a desarrollar las competencias precisas para la práctica de la enfermería; (3) recomendaciones para la organización y directrices, destinadas a facilitar la práctica de la enfermería en los centros sanitarios y otros lugares donde se lleve a cabo; e (4) indicadores de evaluación y seguimiento.

Esta Guía contiene recomendaciones para enfermeras universitarias (RN, según sus siglas en inglés) y enfermeras con formación profesional (RPN). Está ampliamente reconocido el hecho de que unos cuidados eficaces dependen de un enfoque interdisciplinar coordinado, que incluya la comunicación constante entre los profesionales sanitarios y el paciente, teniendo siempre en cuenta las preferencias personales y las necesidades de cada paciente.

Proceso de desarrollo de la Guía (2000)

En enero del 2000, la RNAO constituyó un equipo de enfermeras con experiencia asistencial e investigadora en el ámbito del estreñimiento.

El equipo buscó Guías de buenas prácticas para la prevención del estreñimiento que hubieran sido publicadas con anterioridad. Para superar el cribaje inicial, el material encontrado debía cumplir los siguientes criterios:

- estar escrito en inglés;
- haber sido publicado en el año 1995 o posterior;
- abordar únicamente el área temática que correspondía;
- basarse en la evidencia (p.ej. contener referencias bibliográficas, descripciones de la evidencia y fuentes de la evidencia); y
- estar disponible para su consulta de forma íntegra.

Dichas Guías fueron evaluadas por medio de una versión adaptada del *Instrumento de Evaluación de Guías de Práctica Clínica (Appraisal Instrument for Clinical Practice Guidelines)* de Cluzeau, Littlejohns, Grimshaw, Feder & Moran (1997). El grupo de trabajo identificó las siguientes tres Guías para ser usadas como base en el presente trabajo:

- Hert, M. & Huseboe, J. (1996). *Guideline – Management of constipation. Research-based protocol.* University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Centre, Research Dissemination Core.
- Mentes, J. C. (1998). *Iowa Guideline – Hydration management. Research based protocol.* University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Centre, Research Dissemination Core.
- Sisters of Charity of Ottawa Health Services – Nursing Services (1996). *Clinical practice guidelines: Bowel hygiene.* Ottawa, Canada: Sisters of Charity Ottawa Health Services.

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura pertinente para poner al día la evidencia relacionada con la prevención del estreñimiento. Quedó de manifiesto que muchas recomendaciones relacionadas con la prevención del estreñimiento carecen de fundamentos de investigación sólidos. Así pues, la presente Guía se desarrolló gracias a un proceso de consenso y a las opiniones de los expertos. El borrador resultante fue revisado por numerosos colaboradores, entre los que se incluyen pacientes, enfermeras, médicos, dietistas y administradores. La lista completa de colaboradores se incluye al principio de esta Guía. A la hora de desarrollar el documento definitivo, se realizó un proceso de "solicitud de propuestas" para elegir una serie de centros médicos en los que se llevó a cabo una implantación piloto del mismo.

Proceso de revisión (2005)

La Asociación Profesional de enfermeras de Ontario (RNAO) se compromete a garantizar que esta Guía de buenas prácticas está basada en la mejor evidencia disponible. Con el fin de cumplir con este compromiso, cada tres años, se ha establecido un proceso de revisión y seguimiento de todas y cada una de las Guías publicadas.

Desde la publicación original de la Guía para la *Prevención del estreñimiento en personas mayores*, se ha realizado un seguimiento trimestral de los resúmenes publicados en las principales bases de datos sobre estreñimiento, con especial atención a las revisiones sistemáticas, los ensayos controlados aleatorios (ECA) y las guías de práctica clínica de reciente publicación. El objetivo de dicho seguimiento era determinar la existencia de evidencia que pudiera afectar a las recomendaciones existentes, lo que haría necesaria una revisión completa de la Guía antes de la actualización trienal prevista. Ninguna evidencia de esa naturaleza fue identificada durante el seguimiento, y la Guía fue revisada y modificada conforme a la agenda original.

En septiembre de 2004, la RNAO constituyó un equipo de enfermeras con experiencia en estreñimiento procedentes de diversos entornos sanitarios (incluidos el institucional, el comunitario y el académico). Este equipo fue invitado a formar parte del equipo de revisión de la *Guía Prevención del estreñimiento en personas mayores* publicada en enero de 2002. El equipo de revisión estaba compuesto por miembros del equipo de desarrollo originario y por otros especialistas recomendados.

Los miembros del equipo recibieron instrucciones de revisar la Guía original prestando especial atención a la vigencia de la evidencia y las recomendaciones, basándose en el alcance del documento inicial. Esta tarea se llevó a cabo como sigue:

Planificación:

- Se identificó una serie de cuestiones clínicas para estructurar la búsqueda de literatura.
- Se generaron términos de búsqueda para cada recomendación de la Guía con la ayuda del líder del panel.
- Un documentalista de ciencias de la salud realizó la búsqueda de literatura.

Evaluación de calidad:

- Un asistente de investigación revisó los resultados de la búsqueda para determinar su inclusión o exclusión conforme a su adecuación a las cuestiones clínicas. En el Anexo A podrá encontrar una explicación más detallada de la estrategia de investigación empleada.
- Se recuperaron los estudios y guías que cumplían los criterios de inclusión/exclusión. El asistente de investigación realizó la evaluación de la calidad y la extracción de los datos. Esos resultados fueron recopilados y distribuídos entre los miembros del equipo.

Equipo de revisión:

- Los miembros del equipo examinaron las tablas de datos extraídos, las revisiones sistemáticas y, según correspondiera, los estudios y Guías de práctica clínica originales.
- Se recomendaron estrategias de búsqueda adicionales en los casos necesarios.
- Se realizaron recomendaciones para la revisión de la Guía por medio de un proceso de consenso y debate.
- El equipo de revisión estableció que no había nuevas evidencias significativas. Sin embargo, se actualizaron las recomendaciones originales y el análisis de la evidencia.
- Se acordó cambiar el sistema de interpretación de la evidencia original (basado en los niveles de evidencia de la A a la C) para adaptarlo al sistema de niveles de evidencia del Ia al IV que se utiliza actualmente en la RNAO.
- Se han incluido nuevos anexos que pueden ser utilizados como herramientas para facilitar la aplicación de la Guía.

Definiciones

Apoyo informal: Ayuda y recursos proporcionados por personas próximas al individuo que recibe los cuidados. Las personas que prestan apoyo informal pueden incluir: familiares, amigos, miembros de una comunidad religiosa, vecinos, etcétera.

Colaborador: Individuo, grupo o institución con un interés particular en las decisiones y acciones de las instituciones y que puede tratar de ejercer su influencia sobre las mismas (Baker et ál., 1999). Entre los colaboradores se encuentran todos los individuos o grupos afectados directa o indirectamente por la modificación o solución del problema. Puede haber colaboradores de varias clases, y pueden dividirse entre oponentes, partidarios y neutrales (Ontario Public Health Association, 1996).

Consenso: Proceso para la toma de decisiones, y no un método científico para crear nuevo conocimiento. En el mejor de los casos, el consenso solo hace el mejor uso posible de la información disponible, ya se trate de datos científicos o del conocimiento colectivo de los participantes (Black et ál., 1999).

Datos epidemiológicos: Conjunto de información que analiza la incidencia, la distribución y el control de una enfermedad entre una determinada población.

Definición de interdisciplinaridad frente a multidisciplinaridad: Interdisciplinar y multidisciplinar son dos términos que vienen usándose de forma intercambiable. Sin embargo, al examinar cuidadosamente sus definiciones, aparecen sutiles diferencias. Según Garner, la definición de **multidisciplinar** remite a la figura de un "supervisor" que decide qué disciplinas están invitadas a participar en un equipo independiente de una disciplina específica que lleva a cabo una valoración y planificación separadas con poca coordinación. Este proceso implica una toma de decisiones independiente, más que la coordinación de la información (Garner, 1995).

Los equipos **interdisciplinares** establecen metas consensuadas y desarrollan un plan de servicios colaborativo en el que los miembros del equipo participan en la resolución de problemas más allá de los límites de su disciplina (Dyer, 2003).

Por su parte, el American Heritage Dictionary (2000), define "multidisciplinar" como perteneciente o relativo a varias disciplinas a la vez, o que hace uso de varias de ellas simultáneamente (p.ej. un enfoque multidisciplinar de la enseñanza); en cambio, define "interdisciplinar" como perteneciente, relativo o que implica a dos o más disciplinas académicas que suelen considerarse diferentes.

Aunque no es necesario que todos los miembros de un equipo multidisciplinar evalúen a cada paciente, sus capacidades y conocimientos colectivos deben incorporar la experiencia multidisciplinar necesaria para cumplir el programa deseado y los objetivos de los pacientes. A lo largo de esta guía, se utilizará el término "interdisciplinar".

Diario de hábitos intestinales: Diagrama de flujo que permite documentar el patrón intestinal (frecuencia, cantidad y características de las heces), el uso de laxantes y la ingesta de fluidos y fibra dietética. El diario de hábitos intestinales proporciona datos de referencia que ayudan a determinar la intervención más adecuada y comprobar la respuesta del paciente a las medidas adoptadas.

Ensayo controlado aleatorizado: Para el propósito de esta Guía, se trata de un estudio en el que los sujetos se someten a distintas condiciones de salud al azar, de los cuales al menos uno actúa como control o comparación.

Estreñimiento (primario o idiopático): Tipo de estreñimiento relacionado con periodos de inmovilidad o disminución de la actividad física, con una ingesta inadecuada de líquidos y fibra dietética, con la falta de respuesta ante la necesidad de defecar, con el uso crónico de laxantes estimulantes y, en la mujer, con niveles elevados de progesterona sérica (Koch, 1995).

Estreñimiento de tránsito lento: Un defecto de tipo primario en el que el movimiento del bolo intestinal a través del colon proximal y distal hacia el recto es más lento de lo normal. La causa de esta lentitud de tránsito puede ser dietética o incluso cultural. También puede tener un origen fisiopatológico, aunque este mecanismo aún no está suficientemente estudiado. Existen dos subcategorías de estreñimiento por tránsito lento: (1) inercia colónica, potencialmente relacionada con un número reducido de contracciones propagadas de alta amplitud. Se cree que estas secuencias peristálticas constituyen el mecanismo que permite el movimiento del bolo intestinal a través del colon, por lo que su ausencia puede explicar el aumento del tiempo que pasan los residuos fecales en el colon ascendente; (2) aumento descoordinado de la actividad motora en el colon distal, lo que hace que éste actúe a modo de barrera o resistencia ante el tránsito normal. Esta distinción requiere una manometría colónica para determinarse, aunque esta técnica es poco habitual y no está indicada para la mayoría de pacientes, excepto en centros de investigación (Locke III, Pemberton, & Phillips, 2000).

Evidencia: "Una observación, un hecho o un conjunto ordenado de información que respalda o justifica las inferencias o creencias en la demostración de ciertas proposiciones o materias en cuestión" (Madjar & Walton, 2001, p. 28).

Facilitación: La facilitación es una técnica gracias a la cual una persona hace más sencilla las tareas de los demás. Los facilitadores desempeñan un papel vital a la hora de ayudar a las personas y a los equipos a comprender qué aspectos deben cambiar y cómo deben hacerlo para aplicar la evidencia a la práctica clínica (Rycroft-Malone, Kitson, Harvey, McCormack, Seers, Titchen, et ál., 2002).

Familiar: Quienquiera que una persona considere como miembro de su familia. Puede considerarse como familiares a padres, hijos, hermanos, vecinos y compañeros sentimentales, entre otros.

Fibra dietética: Un componente natural de los productos vegetales (como las frutas, las verduras y los cereales) que aporta el volumen que necesita el colon para eliminar los desechos. Se recomienda un consumo diario de entre 25 y 30 gramos al día.

Guías de prácticas clínicas o Guías de buenas prácticas: Declaraciones desarrolladas de manera sistemática (basadas en la mejor evidencia disponible) para ayudar a profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones acerca de los cuidados de salud más adecuados en circunstancias clínicas específicas (Field & Lohr, 1990).

Higiene intestinal: Conjunto de medidas que incluye el mantenimiento de una dieta e ingesta de fluidos adecuadas, la respuesta oportuna a la necesidad de defecar, la adopción de una rutina de aseo metódica y dosis regulares de ejercicio físico.

Ir al aseo: Un horario planificado para la evacuación de heces, (30 o 40 minutos después de que el paciente ingiera la comida desencadenante), durante el cual se coloca al paciente en cuclillas o en una posición similar y se le ofrece el tiempo y la intimidad que precisa para realizar sus necesidades (Sisters of Charity of Ottawa Health Services – Nursing Services, 1996).

Manejo de la hidratación: El fomento de un balance hídrico adecuado que prevenga las complicaciones derivadas de un nivel de líquidos anormal o no deseado (Mentes & The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium, 2004). Para el propósito de esta Guía, consiste en asegurar un nivel de ingesta de líquidos que ayude a prevenir el estreñimiento.

Metaanálsis: Uso de métodos estadísticos para resumir los resultados de estudios independientes, lo que proporciona estimaciones más precisas de los efectos en la salud que las que se derivarían de los estudios individuales incluidos en una revisión (Alderson, Green & Higgins, 2004).

Recomendaciones para la formación: Informe de las necesidades de formación y planteamientos o estrategias de formación para la introducción, implantación y mantenimiento de la Guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización y directrices: Informe de los requisitos para garantizar que los centros sanitarios permitan el correcto desarrollo de la Guía de buenas prácticas. Las condiciones para el buen funcionamiento son en gran medida responsabilidad de la institución, aunque puede haber implicaciones en cuanto a las directrices a nivel gubernamental o social.

Recomendaciones para la práctica: Informes de buenas prácticas orientados a los profesionales de la salud y basados en la evidencia.

Revisión sistemática: Aplicación de un enfoque científico riguroso a la preparación de un artículo de revisión (National Health and Medical Research Centre, 1998). Las revisiones sistemáticas indican si los efectos en la salud son congruentes y si los resultados de las investigaciones pueden aplicarse a distintos centros, grupos de población y variaciones en el tratamiento (por ejemplo, las dosis) y si los efectos pueden variar de forma significativa. El uso de una metodología explícita y sistemática en las revisiones limita los sesgos (errores sistemáticos) y reduce los efectos del azar, lo que proporciona unos resultados más fiables sobre los que sacar conclusiones y tomar decisiones (Alderson et ál., 2004).

Ritmo normal de eliminación: Se considera normal un ritmo de evacuaciones intestinales no superior a las tres diarias y no inferior a una cada dos días. Las heces deben ser blandas, marrones y consistentes, con un volumen de entre 250 y 500 ml, sin que para ello sea preciso emplear más laxantes que reblandecedores de las heces o agentes incrementadores del bolo intestinal (Sisters of Charity of Ottawa Health Services – Nursing Services, 1996).

Antecedentes

El estreñimiento constituye una preocupación frecuente para las personas mayores, para sus cuidadores y para los profesionales sanitarios que las atienden. La incidencia del estreñimiento aumenta con la edad, particularmente a partir de los 70 años (Higgins & Johanson, 2004). Los datos epidemiológicos también sugieren que los testimonios subjetivos de estreñimiento y uso habitual de laxantes aumentan con la edad (Cheskin & Schuster, 1994). Se calcula que entre un 30% y un 50% de las personas mayores que viven en alojamientos comunitarios emplean laxantes con regularidad. Este uso es aún mayor en los pacientes ingresados (Campbell, Busby & Horvath, 1993; Harari, Gurwitz & Minaker, 1993). Los datos epidemiológicos arrojan evidencia de que tanto el estreñimiento declarado por el paciente como el estreñimiento clínico aumentan con la edad, a pesar de que el proceso normal de envejecimiento no comporta cambios fisiológicos en la parte inferior del intestino (Harari et ál., 1993).

Algunos de los factores del estilo de vida del paciente que pueden contribuir al estreñimiento son: una ingesta inadecuada de líquidos y fibra dietética (Meza, Peggs & O'Brien, 1984; Neal, 1995; Wrenn, 1989); un uso excesivo o prolongado de laxantes (Neal, 1995; Towers, Burgio, Locher, Merkel, Safaeian & Wald, 1994); ignorar la necesidad de defecar; un estilo de vida sedentario (Corazziari, Materia, Bausano, Torsoli, Badali, Fanucci & Fraracci, 1987; Donald, Smith, Cruikshank, Elton & Stoddart, 1985; Richards-Hall, Rakel, Karsten, Swansen & Davidson, 1995); y la polimedicación (Towers et al, 1994; Whitehead, Drinkwater, Cheskin, Heller & Schuster, 1989).

Una ingesta reducida de fluidos, unida a un aumento del consumo de fibra dietética, aumenta el riesgo de estreñimiento o impactación fecal. Se ha demostrado que las estrategias dirigidas a mejorar el nivel de hidratación del paciente antes de aumentar su consumo de fibra, unidas al establecimiento de horarios regulares de aseo que complementen el reflejo de la defecación, contribuyen a aumentar la frecuencia de las heces, reduciendo así la incontinencia fecal y la necesidad de laxantes. En el Anexo B podrá encontrar más información sobre el algoritmo para la prevención del estreñimiento.

Esta Guía no debe aplicarse a pacientes que padezcan trastornos médicos para los que se haya prescrito una ingesta reducida de líquidos, ni a aquellos que reciban alimentación enteral, ni a los que estén sometidos a cuidados paliativos o reciban analgésicos narcóticos. Debe emplearse con precaución en los casos de pacientes inmóviles (encamados), que tengan restricciones para el aseo o presenten trastornos neurogénicos de la función intestinal (p.ej. enfermedades de las neuronas motoras inferiores).

Recomendaciones para la práctica

Recomendación 1.0

Valorar el estreñimiento del paciente a partir de su historia médica. *(Nivel de la evidencia = IV)*

Discusión de la evidencia

Obtener una historia detallada de los pacientes que padecen estreñimiento es el paso más importante a la hora de determinar los factores etiológicos que lo causan (Folden, Backer, Maynard, Stevens, Gilbride, Pires et ál., 2002). Dado que las causas más frecuentes del estreñimiento son la inmovilidad forzosa, las alteraciones en la rutina de aseo, los cambios en la dieta, la medicación y el estrés, obtener una historia detallada de la aparición del problema y el estilo de vida del paciente puede ayudar a identificar los factores etiológicos de este trastorno (Folden et ál., 2002; Prather & Ortiz-Camacho, 1998). Un diario de hábitos intestinales incluye:

- una descripción del patrón habitual de evacuaciones intestinales (frecuencia y características de las heces, horas habituales de la defecación, etc.);
- las medidas adoptadas para provocar las evacuaciones intestinales, incluidas el consumo de laxantes (tipo y cantidad empleada), y observaciones sobre su eficacia;
- los conocimientos que posee el paciente sobre las evacuaciones intestinales;
- la historia de los problemas de estreñimiento (aparición y patrones); y
- la capacidad del paciente para percibir la necesidad de defecar.

En el caso de pacientes con deterioro cognitivo, el médico de atención primaria deberá proporcionar información sobre los comportamientos que indican que el paciente necesita defecar.

Recomendación 2.0

Obtener información acerca de:

- **la cantidad y el tipo de líquidos ingeridos habitualmente a lo largo del día, con especial atención al consumo de cafeína y alcohol;**
- **la cantidad de alimentos y fibra dietética ingerida habitualmente; y**
- **cualquier elemento de la historia médica o quirúrgica que pueda estar relacionado con los problemas de estreñimiento, como trastornos neurológicos, diabetes, hipotiroidismo, fallo renal crónico, hemorroides, fisuras, diverticulosis, síndrome del colon irritable, depresión, demencia, confusión aguda o intervenciones quirúrgicas previas en el intestino.**

(Nivel de la evidencia = IV)

Discusión de la evidencia

Existe evidencia limitada en la literatura sobre la prevención del estreñimiento y la valoración de los pacientes que lo padecen, por lo que la siguiente discusión se basa fundamentalmente en la opinión de los expertos.

Un enfoque lógico para prevenir cualquier tipo de estreñimiento es considerar todos los factores de riesgo. Los trastornos fisiológicos pueden aumentar las posibilidades de padecer estreñimiento. Las personas con diabetes mellitus pueden experimentar disfunciones del sistema nervioso autónomo que producen la pérdida del reflejo gastrocólico. Las mujeres, especialmente las madres multíparas, pueden presentar daños en la raíz del nervio sacro como resultado de traumatismos obstétricos; por su parte, los pacientes con esclerosis múltiple pueden padecer enfermedades de la columna vertebral capaces de provocar estreñimiento (Chia, Fowler, Kamm, Henry & Lemieux, 1995; Haines, 1995).

Algunos de los trastornos y enfermedades que se han identificado como causantes de estreñimiento de tránsito lento son: cáncer de colon, deshidratación, diabetes mellitus, hipercalcemia/hipopotasemia, inmovilidad, dietas bajas en fibra y dietas de hidrocarbohidratos, enfermedad de Parkinson y accidentes cerebrovasculares.

Aunque no siempre resulta posible eliminar los factores de riesgo (p.ej. en el caso de un paciente con cáncer que está recibiendo cuidados paliativos), la prevención ofrece una mejor relación coste-eficacia y una mayor calidad de vida para los pacientes mayores (Gattuso & Kamm, 1994).

Recomendación 3.0

Comprobar si la medicación del paciente incluye medicamentos considerados como factores de riesgo para desarrollar estreñimiento, con especial atención a los antecedentes de consumo de laxantes y al uso crónico de los mismos. *(Nivel de la evidencia = III)*

Discusión de la evidencia

Los antihipertensivos, analgésicos y antidepresivos contribuyen al estreñimiento debido a sus efectos anticolinérgicos, mientras que otros medicamentos pueden afectar directa o indirectamente a la función intestinal. El estreñimiento es un efecto adverso muy común en ciertas categorías de medicamentos, por lo que suponen un factor de riesgo para los pacientes que los consumen. Los efectos de dichos medicamentos en el tracto intestinal se han identificado fundamentalmente a través de ensayos clínicos (Hert & Huseboe, 1996).

Los medicamentos que suponen factores de riesgo incluyen las siguientes categorías:

- Anticolinérgicos
- Antidepresivos
- Antieméticos
- Antihistamínicos
- Antihipertensivos
- Agentes antiparkinsonianos
- Neurolépticos
- Antiácidos que contienen aluminio
- Analgésicos
- AINEs
- Bloqueadores H2
- Hipnóticos
- Diuréticos
- Sedantes
- Suplementos de hierro
- Opioides y narcóticos
- Laxantes

(Brocklehurst, 1977; 1980; Hinrichs & Huseboe, 2001; Lehne, Moore, Crosby & Hamilton, 1994; Meza, Peggs & O'Brien, 1984; Wrenn, 1989).

Recomendación 3.1

Valorar las posibilidades de polimedicación (lo que incluye la duplicación de medicamentos con y sin receta médica), así como sus posibles efectos adversos. *(Nivel de la evidencia = III)*

Discusión de la evidencia

La polimedicación es un factor de predisposición habitual en el estreñimiento crónico (Folden et ál., 2002). El tratamiento de los pacientes con estreñimiento crónico exige una historia detallada de su patrón intestinal y sus rutinas de aseo, así como una valoración de la salud. Se debe recoger la historia médica del paciente y los medicamentos que consume, con o sin receta. Debe prestarse especial atención a los medicamentos que ocasionan predisposición al estreñimiento (p.ej. los opioides) y al uso presente o pasado de laxantes, lo que incluye los suplementos herbales.

Recomendación 4.0

Valorar la capacidad funcional del paciente para moverse, comer y beber, así como su estado cognitivo y su capacidad para comunicar sus necesidades o seguir instrucciones sencillas. *(Nivel de la evidencia = III)*

Discusión de la evidencia

La incidencia del estreñimiento aumenta en pacientes con facultades cognitivas y funcionales reducidas, así como en ancianos frágiles (Campbell et ál., 1993; Folden et ál., 2002). Por ello, el personal sanitario debe determinar las facultades funcionales y cognitivas del paciente para comprender mejor sus necesidades. Puede encontrar las herramientas para evaluar la capacidad funcional y cognitiva en las siguientes Guías de la RNAO: *Detección del delirio, la demencia y la depresión en personas mayores* (2003) y *Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión* (2004). Ambas guías pueden descargarse desde la página web de la RNAO, www.rnao.org/bestpractices.

Recomendación 5.0

Llevar a cabo un reconocimiento físico del abdomen y el recto. Valorar la fuerza de los músculos abdominales, los ruidos intestinales, la integridad del reflejo anal y la presencia de hemorroides, masas abdominales, estreñimiento o impactación fecal. *(Nivel de la evidencia = IV)*

Discusión de la evidencia

La opinión clínica y de los expertos sostiene la idea de que un reconocimiento físico completo debe incorporar la inspección, la auscultación, la palpación y la percusión del abdomen para valorar el funcionamiento del intestino. La exploración del recto se utiliza para evaluar el funcionamiento del esfínter y comprobar si hay materia fecal en la parte inferior del recto. Los episodios de estreñimiento agudo o impactación fecal deben tratarse antes de aplicar las recomendaciones de esta Guía.

Establecer y mantener un ritmo normal de eliminación ayuda a prevenir el estreñimiento, reducir el uso de laxantes y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Recomendación 6.0

Antes de empezar a aplicar el protocolo de estreñimiento, determinar un registro de 7 días: el patrón intestinal (frecuencia y características de las heces, horas a las que suelen producirse las evacuaciones intestinales); la existencia de episodios de estreñimiento, incontinencia fecal o manchado; los métodos de aseos empleados; y los tipos y cantidades de líquidos y alimentos ingeridos.
(Nivel de la evidencia = IV)

Discusión de la evidencia

No se ha encontrado ninguna herramienta destinada específicamente al estudio de la eliminación intestinal. La opinión clínica de los expertos indica que la información de referencia sobre el patrón intestinal del paciente, sus síntomas de estreñimiento o impactación fecal y su ingesta de líquidos y alimentos es la base para evaluar al paciente y planificar sus cuidados (Briggs, 2000; Orr, Johnson & Yates, 1997).

Contar con datos de referencia precisos resulta esencial a la hora de valorar, planificar y evaluar las intervenciones necesarias. Se ha demostrado que los testimonios de los pacientes sobre la frecuencia de sus evacuaciones o la cantidad de líquidos y alimentos ingeridos suelen ser poco fiables. La documentación y la observación directa por medio de un diario de hábitos intestinales de siete días es más fiable (Orr et ál.,1997). Existe literatura que respalda que, al preguntar directamente al paciente qué alimentos ha ingerido en las pasadas 24 horas, los resultados obtenidos resultan mucho menos fiables que al realizar un seguimiento de las cantidades reales de comida ingerida (Orr et ál., 1997).

En el Anexo C podrá encontrar un modelo de un diario de hábitos intestinales.

La efectividad de los cuidados del paciente depende de un enfoque coordinado interdisciplinar con la incorporación de la comunicación constante entre los profesionales y los pacientes.

Recomendación 7.0

La ingesta de líquidos debe oscilar entre 1.500 y 2.000 mililitros (ml) de líquidos cada 24 horas, animando al paciente a beber sorbos de líquidos a lo largo del día y reduciendo al mínimo el consumo de bebidas alcohólicas o con cafeína. *(Nivel de la evidencia = III)*

Discusión de la evidencia

No se ha llevado a cabo ningún ensayo controlado aleatorio que mida los efectos de distintos niveles de ingesta de líquidos en la función intestinal. Sin embargo, una ingesta de líquidos escasa (por debajo de los 1.000 ml al día) se ha vinculado con un tránsito colónico lento y una escasa producción de heces. La mayor parte de las recomendaciones que avalan una ingesta de líquidos de 1,5 litros se basa en informes anecdóticos y en opiniones clínicas.

Un consumo reducido de líquidos por parte de las personas mayores puede predisponerlas al estreñimiento (Klauser & Muller-Lissner, 1993). Las personas mayores presentan un mayor riesgo de deshidratación por diversos motivos (Hert & Huseboe, 1996). Se cree que la deshidratación subclínica está muy extendida entre las personas mayores ingresadas.

La literatura disponible muestra que existe controversia en cuanto a la cantidad de líquidos que constituye una ingesta adecuada y en cuanto al papel de ésta en la prevención del estreñimiento. 1.500 ml por día suele ser la ingesta de líquidos citada como la cantidad necesaria para el funcionamiento fisiológico normal del cuerpo (Harari et ál., 1993; Hogstel & Nelson, 1992). El agua es el líquido más adecuado, aunque otros líquidos (p.ej. zumos) pueden resultar igualmente beneficiosos (Gibson, Opalka, Moore, Brady & Mion,1995; Karam & Nies, 1994; Neal, 1995). El café, el té y el alcohol deben evitarse por sus propiedades diuréticas (Gibson et ál., 1995; Karam & Nies, 1994; Meza et ál.,1984; Neal,1995). Al menos un estudio muestra que, una vez que el paciente alcanzó un consumo diario de líquidos de 1.500 ml de forma relativamente regular, comenzó a tener evacuaciones intestinales normales y se le pudieron retirar progresivamente los laxantes (Benton, O'Hara, Chen, Harper & Johnston, 1997).

El consumo de café, té y alcohol debe reducirse al mínimo o realizarse con moderación, dadas sus propiedades diuréticas.

Recomendación 8.0

La ingesta de fibra dietética al día debe oscilar entre 25 a 30 gramos. El consumo diario de fibra debe aumentarse gradualmente una vez que el paciente ingiera de forma regular 1.500 ml de líquidos al día. Se recomienda encarecidamente consultar a un dietista. *(Nivel de la evidencia = III)*

Discusión de la evidencia

Numerosos estudios se han concentrado en estudiar la eficacia de un consumo de fibra elevado a la hora de prevenir el estreñimiento. En una revisión sistemática, Kenny y Skelly (2001) hallaron que no existía evidencia sólida y coherente sobre la eficacia de los tratamientos contra el estreñimiento a base de fibra dietética en personas mayores ingresadas. Dicha carencia podía atribuirse en parte a los errores cometidos en el diseño del estudio. Los autores concluyeron que es preciso establecer estándares de ensayo para una serie de medidas relevantes, como el origen de la fibra dietética, para poder generar evidencia válida.

Pese a las averiguaciones de la revisión sistemática de Kenny y Skelly (2001), el equipo de revisión de la Guía sigue apoyando la recomendación de emplear fibra en la prevención y manejo del estreñimiento. Varios estudios han demostrado que el consumo de fibra dietética influye en la duración del tránsito, en el peso de las heces y en la frecuencia del movimiento intestinal. La fibra dietética es un componente natural de los productos vegetales como las frutas, las verduras y los cereales y aumenta el volumen de la materia fecal. A lo largo de su tránsito por el colon, absorbe agua como si fuera una esponja y contribuye a la producción de heces más blandas y de mayor volumen. Estas heces más blandas y de mayor volumen se mueven por el intestino más rápidamente, por lo que las evacuaciones resultan más fáciles y más regulares. La fibra dietética puede considerarse como fibra no soluble. Este tipo de fibra se encuentra en las verduras, en los cereales integrales y en el salvado de trigo y, al no disolverse en el agua, resulta muy eficaz a la hora de prevenir el estreñimiento. La fibra soluble se encuentra en determinadas legumbres, frutas y verduras, así como en el salvado de avena y cebada. Esta fibra forma una especie de gel al mezclarse con el agua, por lo que resulta menos efectiva en la prevención del estreñimiento (Waldrop & Doughty, 2000).

Ningún estudio ha establecido las cantidades exactas de fibra dietética necesarias para prevenir el estreñimiento. Sin embargo, la mayor parte de la literatura recomienda un consumo diario de entre 25 y 30 gramos (Brown & Everett, 1990; Cheskin Kamal, Crowell, Schuster & Whitehead, 1995; Muller-Lissner,1988). La

literatura sobre la prevención del cáncer colorrectal también respalda dicha recomendación. Ciertos suplementos, como papillas, mermeladas y otros alimentos de alto contenido en fibra, también se han revelado como eficaces en combinación con una dieta rica en fibra (Brown & Everett, 1990; Gibson et al., 1995; Neal, 1995).

No obstante, aunque aumentar el consumo de fibra dietética puede mejorar el tamaño y la consistencia de las heces, los pacientes inmovilizados pueden tener dificultades a la hora de expulsarlas. Pueden padecer retención de las heces en el recto o incontinencia fecal si carecen de la capacidad u oportunidad para recibir aseo a menudo. Las dietas ricas en fibra están contraindicadas para los pacientes inmóviles (encamados) o que ingieran menos de 1,5 litros de líquidos al día (Donald et al., 1985; Kenny & Skelly, 2001).

En el Anexo D podrá encontrar los contenidos en fibra de toda una serie de alimentos. En el Anexo E podrá consultar una lista de alimentos ricos en fibra y en el Anexo F encontrará una receta para preparar "galletas a la taza". Por último, en el Anexo G encontrará recursos para averiguar los valores nutricionales de una serie de alimentos frecuentes.

Recomendación 9.0

Fomentar el aseo con un horario regular cada día, según cual sea la "comida desencadenante" tras la cual el paciente suele experimentar la necesidad de defecar. Respetar la intimidad visual y sonora del paciente durante el aseo. *(Nivel de la evidencia = III)*

Recomendación 9.1

Emplear la posición en cuclillas para facilitar la defecación. Si el paciente no puede usar el retrete (por ejemplo, por estar encamado), se le debe recostar sobre el lado izquierdo, con las rodillas dobladas y las piernas subidas hacia el abdomen. *(Nivel de la evidencia = III)*

Discusión de la evidencia

Varios estudios han analizado la eficacia del aseo en combinación con otras intervenciones, pero su contribución no puede considerarse de forma aislada. La mayoría del apoyo hacia el aseo regular se centra en el aspecto cualitativo. Reprimir la necesidad de defecar contribuye al estreñimiento, y una inhibición prolongada puede hacer que el reflejo de la defecación pierda progresivamente su eficacia. Se considera que un aseo rutinario y sistemático resulta beneficioso (Gibson et ál., 1995). Una vez que se ha establecido un patrón regular, no es preciso que el paciente trate de tener una evacuación intestinal todos los días si su patrón natural es de una vez cada dos o tres días.

El reflejo gastrocólico que se traduce en una masa de la peristalsis del intestino, es más fuerte cuando el estómago está vacío. Por esta razón, el desayuno suele considerarse como la "comida desencadenante". Se recomienda llevar a cabo el aseo entre 5 y 15 minutos después de la comida desencadenante y siempre que sea necesario (Karam & Nies, 1994). Otras publicaciones sugieren llevar a cabo el aseo entre 30 y 40 minutos después de la comida desencadenante para estimular los reflejos gastrocólico y duodenocólico (Folden et ál., 2002; Harari et ál., 1993; Leslie, 1990). Resulta particularmente importante establecer un horario regular de defecación para los pacientes con deterioro cognitivo y depresión, ya que presentan un mayor riesgo de retrasar la defecación (Folden et ál., 2002; Harari et ál., 1993). En el caso de las personas que necesitan ayuda para el aseo, como los pacientes encamados, es importante que los horarios de aseo tengan en cuenta las restricciones a las que está sometido el cuidador, hecho que fomentará la coherencia y participación de éste (Benton et ál., 1997; Folden et ál., 2002). También es importante respetar la intimidad visual y sonora del

paciente cuando éste está llevando a cabo su aseo. La evacuación intestinal en un lugar público o cerca de terceros puede llevar al paciente a reprimir la necesidad de defecar para evitar sonidos u olores embarazosos (Folden et al., 2002; Hall, Karstens, Rakel, Swanson & Davidson, 1995; Waldrop & Doughty, 2000).

La posición del paciente durante la defecación también es un elemento importante de las intervenciones de aseo. Sentar al paciente en posición erguida facilita la evacuación intestinal (Karam & Nies, 1994). Colocar las rodillas a una altura mayor que las caderas, en la posición en cuclillas, aumenta la presión abdominal y ayuda a mover el contenido fecal hacia el recto. Si el paciente está sentado en el retrete, emplear un taburete facilitará la defecación.

En el caso de los pacientes encamados, recostarlos sobre el lado izquierdo contribuye al movimiento de las heces a través del colon transverso y hacia el colon descendente (Sharkey & Hanlon, 1989). Doblar las piernas hacia el abdomen facilita el uso de los músculos abdominales para facilitar la defecación (Harari et al., 1993; Leslie, 1990; Waldrop & Doughty, 2000).

Recomendación 10.0

Adaptar la actividad física a las capacidades físicas del individuo, a su estado de salud, a sus preferencias personales y a la viabilidad para garantizar la adherencia al programa. La frecuencia, intensidad y duración de los ejercicios debe ajustarse a la tolerancia del paciente.
(Nivel de la evidencia = IV)

Recomendación 10.1

Fomentar la deambulación en los pacientes con movilidad total o limitada (15-20 minutos una o dos veces al día, o 30-60 minutos diarios o de entre 3 a 5 veces por semana). Se recomienda que los pacientes con movilidad limitada caminen al menos 15 metros dos veces al día.
(Nivel de la evidencia = IV)

Recomendación 10.2

En los casos de pacientes que no pueden caminar o están encamados, se recomienda efectuar ejercicios como la basculación pélvica, la rotación del bajo tronco y el levantamiento alterno de pierna. *(Nivel de la evidencia = IV)*

Discusión de la evidencia

El ejercicio se considera un elemento importante en cualquier programa de prevención y manejo del estreñimiento. Sin embargo, no existe evidencia concluyente de los beneficios que aporta (Folden et ál., 2002; Peters, DeVries, Vanberge-Henegouwen & Akkermans, 2001). Los estudios de investigación sobre la eficacia del ejercicio a la hora de prevenir el estreñimiento se han basado en muestras reducidas de individuos sanos residentes en alojamientos comunitarios, con resultados contradictorios. La mayor parte de los estudios evaluaron la actividad física en combinación con una ingesta adecuada de líquidos y fibra dietética. Hasta la fecha, no existen estudios que hayan analizado el papel del ejercicio en la prevención del estreñimiento de forma aislada. Sin embargo, sí se ha observado que la falta de ejercicio y la baja movilidad están relacionados con el estreñimiento (Donald et al., 1985; Everhart, Go, Johannes, Fitzsimmons, Roth & White, 1989; Higgins & Johanson, 2004; Sandler, Jordan & Sheldon, 1990).

El ejercicio y la actividad física son esenciales para el mantenimiento del sistema musculoesquelético y de la

respuesta fisiológica del intestino. Se cree que el ejercicio contribuye a estimular el peristaltismo y su disminución aumenta la duración del tránsito colónico (Wald, 1990).

Existen distintos criterios en cuanto a la frecuencia y el tipo de ejercicios recomendados. Para los pacientes con movilidad total, se recomienda caminar entre 15 y 20 minutos una o dos veces al día (Karam & Nies, 1994), entre 30 y 60 minutos a lo largo del día, o entre 3 y 5 veces por semana (Meshkinpour, Selod, Movahedi, Nami, James & Wilson, 1998; Robertson, Meshkinpour, Vanderberg, James, Cohen & Wilson, 1993; Waldrop & Doughty, 2000).

En los casos de pacientes con movilidad restringida o encamados, se recomienda efectuar ejercicios como la basculación pélvica, la rotación del bajo tronco y el levantamiento alterno de piernas. Karam y Nies (1994) recomiendan realizar estos ejercicios durante unos 15 o 20 minutos al menos dos veces al día, mientras que Waldrop y Doughty (2000) sugieren realizarlos diariamente o sentado en una silla.

Recomendación 11.0

Evaluar la respuesta del paciente y la necesidad de continuar las intervenciones mediante la elaboración de un diario de hábitos intestinales que indique la frecuencia, características, y volumen del patrón intestinal, así como los episodios de estreñimiento o manchado y el uso de laxantes orales o rectales. Evaluar la satisfacción del paciente con su patrón intestinal, así como su percepción de los progresos realizados en este ámbito. *(Nivel de la evidencia = IV)*

Discusión de la evidencia

La literatura respalda la necesidad de documentar las evacuaciones intestinales del paciente por medio de un diario de hábitos intestinales (véase Anexo C), aunque este respaldo se basa fundamentalmente en la opinión de los expertos (Hinrichs & Huseboe, 2001). Este sistema permite apreciar rápidamente la evolución diaria y semanal del paciente (Kim, McFarland & McLane, 1997).

Como resultado de las intervenciones basadas en los informes de los pacientes, existe evidencia de los siguientes resultados alcanzados:

- modificaciones en la dieta;
- aumento de la actividad física;
- establecimiento de una rutina de aseo sin emplear supositorios, enemas o laxantes orales;
- pronta respuesta a la necesidad de defecar;
- sensación de haber evacuado las heces en su totalidad;
- presencia de heces blandas y consistentes cada 2 o 3 días; y
- uso infrecuente de supositorios.

(Iowa Outcomes Project, 2000; Kim et al., 1997).

En el Anexo C podrá encontrar un modelo de un diario de hábitos intestinales.

Recomendaciones para la formación

Recomendación 12.0

Desarrollar programas integrales de educación dirigidos a reducir el estreñimiento y promover la salud intestinal, organizados e impartidos por una enfermera dotada de un especial interés o una preparación avanzada en el manejo del estreñimiento (p.ej. enfermeras especialistas en incontinencia, enfermeras clínicas o especialistas en enfermería clínica). Estos programas deben incluir contenidos dirigidos a todos los niveles de la atención sanitaria (profesionales sanitarios, pacientes, familiares, cuidadores...). Para evaluar la eficacia del programa de prevención del estreñimiento, deben incorporarse mecanismos de evaluación como las auditorías y los controles de calidad en la planificación del proceso. *(Nivel de la evidencia = IV)*

Discusión de la evidencia

La literatura revela que muy pocos estudios han considerado el papel de la formación en:

- la higiene intestinal;
- la prevención del estreñimiento;
- la aplicación de medidas de hidratación y aumento de la ingesta de fibra dietética; y
- la respuesta pronta y apropiada a la necesidad de defecar.

La opinión clínica de los expertos respalda la recomendación de formar a las enfermeras, a los demás profesionales sanitarios, a los pacientes y a sus familiares sobre los beneficios de la higiene intestinal. Algunos de los aspectos específicos de este tema que se recomienda tratar son:

- la fisiología del intestino y de la defecación;
- los factores de riesgo del estreñimiento;
- las estrategias para mejorar la función intestinal;
- la erradicación de creencias erróneas, como la necesidad de tener una evacuación intestinal al día;
- la influencia de los medicamentos en la función intestinal;
- la influencia del deterioro de la función intestinal en el vaciado de la vejiga y las infecciones de orina; y
- los efectos del uso prolongado de laxantes.

En el Anexo G encontrará una lista de recursos con información sobre el estreñimiento.

Se debe poner a cargo del programa a una enfermera dotada de un especial interés o con una preparación avanzada en el cuidado de la incontinencia.

Recomendaciones para la organización y directrices:

Recomendación 13.0

Abordar la prevención y el manejo del estreñimiento desde la perspectiva de un equipo interdisciplinar. *(Nivel de la evidencia = IV)*

Discusión de la evidencia

El estreñimiento es un problema de salud que requiere una perspectiva interdisciplinar. Los miembros del equipo pueden incluir enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos clínicos, dietistas titulados, cuidadores informales, médicos de atención primaria y especialistas. Dado que sus papeles se superponen en algunos aspectos, es importante que todos los miembros del equipo trabajen codo con codo para aliviar los problemas de estreñimiento.

Los fisioterapeutas pueden ocuparse de valorar la movilidad, la fuerza y el sentido del equilibrio del paciente, así como de ayudar en los traslados. Los terapeutas ocupacionales pueden valorar el entorno físico y social del paciente, así como la capacidad de éste para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (por ejemplo, vestirse y asearse). Los farmacéuticos clínicos pueden revisar los medicamentos del paciente para identificar fármacos que puedan contribuir al estreñimiento. Los dietistas titulados pueden aconsejar modificaciones en la ingesta de fibra, líquidos y cafeína.

Los cuidadores informales pueden ayudar en el aseo, la higiene y el manejo de la incontinencia. Suelen ser los primeros en identificar los problemas de estreñimiento. Las enfermeras universitarias pueden llevar a cabo las valoraciones iniciales y elaborar planes de cuidados conductuales. Las enfermeras especialistas en incontinencia pueden llevar a cabo valoraciones integrales y elaborar planes de cuidados conductuales. Los médicos de atención primaria pueden dirigirse a cualquiera de los profesionales sanitarios anteriormente citados para solicitarles ayuda en el manejo de la incontinencia y el estreñimiento. Además, deben permanecer informados sobre el tratamiento conservador de los pacientes tras la derivación. Una vez completada su valoración, es posible que los pacientes deban acudir a especialistas (como urólogos o ginecólogos) para recibir nuevas valoraciones y tratamiento médico o quirúrgico. En definitiva, la comunicación entre los profesionales de la salud es fundamental para identificar y controlar esta cuestión sanitaria.

Recomendación 14.0

Promover la implantación eficaz de las Guías de buenas prácticas en enfermería asignando facilitadores para fomentar los cambios y proporcionando los recursos, la planificación y el respaldo administrativo e institucional necesarios. La implantación de las Guías debe tener en cuenta las circunstancias locales y llevarse a cabo a través de un programa de formación y educación activo. Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica sobre la base de las evidencias disponibles, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta para la implantación de la Guía de la RNAO para la *Prevención del estreñimiento en personas mayores.* *(Nivel de la evidencia = IV)*

Discusión de la evidencia

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores, ha desarrollado la *Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica* (RNAO, 2002), sobre la base de las evidencias disponibles, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta para la implantación de la Guía de la RNAO para la Prevención del estreñimiento en personas mayores. Para que la implantación de las Guías de buenas prácticas se lleve a cabo con éxito es preciso un proceso de planificación estructurado y sistemático. También se necesita un firme liderazgo por parte de las enfermeras, dada su capacidad para transformar las recomendaciones basadas en la evidencia en directrices y procedimientos capaces de influir en las prácticas de la institución. Este marco conceptual cuenta con el respaldo de Rycroft-Malone et ál. (2002), que postularon que la aplicación de la evidencia a la práctica requiere la interacción de tres elementos clave: (1) la evidencia; (2) el entorno contextual; y (3) la facilitación.

En el Anexo H podrá encontrar una descripción de la Herramienta.

Lagunas en la investigación e implicaciones

Al repasar la evidencia disponible para la actualización de esta Guía, el equipo de revisión ha identificado una serie de lagunas en la literatura relativa al estreñimiento. El equipo ha determinado que las siguientes áreas precisan mayor investigación con carácter prioritario:

- la eficacia de la fibra dietética, la ingesta de líquidos, el aseo regular y la actividad física (por ejemplo, caminar) en la prevención del estreñimiento;
- el papel del equipo interdisciplinar en la prevención del estreñimiento;
- los efectos del estreñimiento en la calidad de vida de las personas mayores; y
- los apoyos necesarios para la implantación correcta de un programa de formación sobre la función intestinal.

Esta lista, sin pretender ser exhaustiva, constituye un intento de identificar los numerosos aspectos que requieren más investigación y establecer las prioridades. Por otro lado, aunque algunas recomendaciones de esta Guía se basan en evidencia obtenida mediante investigaciones experimentales, otras solamente se apoyan en el consenso o en la opinión de los expertos. Para validar la opinión de los expertos sería preciso llevar a cabo una labor de investigación más a fondo, una labor que también contribuiría a mejorar la práctica y el pronóstico de los pacientes con estreñimiento.

Evaluación y seguimiento de la Guía

Se anima a las instituciones que están implantando las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas en enfermería a considerar cómo se va a realizar el seguimiento y la evaluación de la implantación y su impacto. La siguiente tabla, basada en el marco definido en la *Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica* (2002) de la RNAO, muestra algunos de los indicadores de seguimiento y evaluación.

Nivel del indicador	Estructura	Proceso	Resultado
Objetivos	Evaluación de los recursos disponibles en la institución para que las enfermeras implanten intervenciones de prevención del estreñimiento. Evaluación de los recursos disponibles en la institución para que el personal sanitario aplique las recomendaciones de esta Guía.	Evaluación de los cambios en la práctica que favorecen la implantación de intervenciones para la prevención del estreñimiento.	Evaluación del impacto de la aplicación de esta Guía.
Institución/ Unidad	Presencia de directrices y procedimientos relevantes. Tipo y número de las oportunidades de aprendizaje. Disponibilidad de recursos para la educación del paciente compatibles con las recomendaciones de buenas prácticas. Identificación y asignación de los fondos y el personal necesario para apoyar la implantación y el mantenimiento de los cambios en la práctica. Inversión continua en la formación de los trabajadores para proporcionar cuidados de alta calidad a las personas mayores con estreñimiento. Disponibilidad de recursos para atender las consultas de las enfermeras, de manera que gocen de un apoyo continuado después del periodo inicial de implantación. Disponibilidad de formularios que permitan documentar las valoraciones y evaluaciones de las intervenciones de prevención del estreñimiento.	Modificación de las directrices y procedimientos de acuerdo con las recomendaciones de buenas prácticas. Desarrollo de formularios o sistemas de documentación que permitan documentar la valoración clínica de la higiene intestinal y elaborar procedimientos concretos para la derivación cuando las enfermeras realizan valoraciones. Tasas de participación en los comités y cursos de formación.	Adopción de directrices y procedimientos coherentes con esta Guía en la prestación de cuidados. Incorporación de contenidos relativos a la prevención y manejo del estreñimiento a los programas de orientación. Derivación interna y externa. Satisfacción de la plantilla con los procesos y apoyos recibidos.

Nivel del indicador	Estructura	Proceso	Resultado
Enfermera	Porcentaje de enfermeras a tiempo completo, a tiempo parcial o eventuales que asisten a las sesiones de formación sobre buenas prácticas para la prevención del estreñimiento.	Autoevaluación de los conocimientos de las enfermeras sobre la valoración de trastornos intestinales: ■ Reconocimiento físico e historia médica. ■ Factores de riesgo del estreñimiento. ■ Uso de un diario de hábitos intestinales. ■ Medidas que contribuyen de forma demostrable al buen funcionamiento del tracto intestinal. Porcentaje de enfermeras que indican tener un conocimiento adecuado sobre estrategias de manejo y las posibilidades de derivación para los pacientes que requieren un examen más extenso. Documentación adecuada de las intervenciones de las enfermeras y la respuesta de los pacientes. Índices de aprendizaje entre los pacientes candidatos. Conocimiento y observancia de las directrices y procedimientos que correspondan.	Conformidad de la documentación de la historia clínica de los pacientes con las recomendaciones de la Guía: a) Valoración b) Diario de hábitos intestinales c) Plan de cuidados Existencia de un plan de cuidados actualizado para los pacientes con estreñimiento. Cribaje de los casos de alto riesgo y valoración detallada de la función intestinal, de acuerdo con las buenas prácticas. Cambios en los conocimientos de las enfermeras sobre la prevención del estreñimiento. Cambios en las actitudes de las enfermeras y en la percepción de su papel en el cuidado intestinal. Dedicación por parte de las enfermeras a la educación de los pacientes.
Pacientes y familiares	Porcentaje de pacientes con estreñimiento o impactación fecal.	Porcentaje de pacientes y familiares que han recibido formación y apoyo para la prevención del estreñimiento.	Reducción en el número de pacientes con problemas de estreñimiento y sin un plan de cuidados asignado. Aumento de la calidad de vida de los pacientes. Aumento de la satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos. Mejora en el uso general de los recursos.
Costes económicos	Disponibilidad de los recursos humanos y financieros adecuados de cara a la implantación de la Guía.	Costes relacionados con la implantación de la Guía: ■ Educación y acceso a la red de apoyo del lugar de trabajo. ■ Nuevas herramientas de documentación. ■ Sistemas de apoyo. ■ Costes de evaluación. Costes de asistencia a la formación continua y de actualización de conocimientos (directos e indirectos).	Costes de los materiales para la educación de pacientes (desarrollo, producción y adquisición). Costes de la educación inicial y el apoyo posterior. Costes de la supervisión de la práctica.

Estrategias de implantación

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario y el equipo de desarrollo de la Guía han recopilado una lista de estrategias de implantación para ayudar a las instituciones de atención sanitaria y disciplinas de la salud que están interesadas en la implantación de esta Guía. A continuación se recoge un resumen de estas estrategias:

- Contar con al menos una persona dedicada a proporcionar conocimientos, apoyo y liderazgo a sus compañeros, por ejemplo una enfermera clínica. Dicha persona también debe tener una buena capacidad de comunicación interpersonal y de gestión de proyectos.

- Llevar a cabo una valoración de las necesidades de la institución en cuanto a la prevención del estreñimiento con el fin de identificar el nivel actual de conocimientos y las necesidades de formación futuras.

- Valorar las necesidades iniciales mediante distintos enfoques, como análisis, encuestas y cuestionarios, estudio de grupos (p.ej. grupos focales) e incidentes críticos.

- Establecer un comité directivo, integrado por los principales colaboradores y por miembros de equipos interdisciplinares, con el objetivo de dirigir los cambios. Identificar los objetivos a largo y corto plazo. Establecer un plan de trabajo para realizar un seguimiento de actividades, responsabilidades y plazos.

- Definir una meta para ayudar a orientar las iniciativas de cambio y desarrollar estrategias para alcanzar y mantener dicha meta.

- El diseño del programa debe incluir:
  - la población a la que va dirigido;
  - las metas y objetivos;
  - las medidas de resultados;
  - los recursos necesarios (personal, instalaciones, equipamiento); y
  - las actividades de evaluación.

- Ofrecer sesiones de formación y apoyo continuado para la implantación en las que se analicen los problemas del estreñimiento y cómo prevenirlo. Una sesión de formación básica debe tener una duración de entre 2 y 3,5 horas y basarse en las recomendaciones que figuran en esta Guía. Las sesiones formativas pueden consistir en presentaciones, guías para el facilitador, folletos y estudios de casos. También se pueden poner carpetas, carteles y tarjetas a disposición de los asistentes como recordatorio permanente de la formación recibida. Las sesiones formativas deben ser interactivas, incorporar ejercicios de resolución de problemas, tratar temas de importancia inmediata y ofrecer oportunidades para practicar nuevas habilidades (Davies & Edwards, 2004).

- Proporcionar apoyo dentro de la institución estableciendo las estructuras necesarias para facilitar la implantación. Por ejemplo, contratar personal de reemplazo para que los participantes no se encuentren distraídos por preocupaciones sobre el trabajo y promover una filosofía dentro de la institución que refleje el valor de las buenas prácticas a través de sus directrices y procedimientos. Desarrollar nuevas herramientas para la valoración y la documentación (Davies & Edwards, 2004).

- Implantar esta Guía con uno o dos pacientes a la vez.

- Identificar y respaldar a los defensores de las buenas prácticas designados en cada unidad para promover y apoyar la implantación. Celebrar los hitos y logros y reconocer el trabajo bien hecho (Davies & Edwards, 2004).

- Las instituciones que implanten esta Guía deben adoptar una serie de estrategias de autoaprendizaje, formación en grupo y refuerzo para desarrollar progresivamente los conocimientos y la confianza de las enfermeras a la hora de aplicar las recomendaciones.

- El trabajo en equipo, la valoración colaborativa y la planificación de los cuidados (a través de un enfoque interdisciplinar y en colaboración con el paciente y la familia) son elementos beneficiosos. Es fundamental conocer y aprovechar los recursos que están disponibles en la comunidad. Un ejemplo sería establecer y desarrollar vínculos con los programas geriátricos regionales para el proceso de derivación.

- El Programa Avanzado de Becas de Práctica Clínica de la RNAO (Advanced/Clinical Practice Fellowship, en lo sucesivo ACPF por sus siglas en inglés) es otro recurso que permite a las enfermeras universitarias solicitar becas y trabajar con mentores de gran experiencia clínica en el campo de la prevención y el manejo del estreñimiento. Gracias al ACPF, la enfermera becaria también tendrá la oportunidad de aprender más acerca de nuevos recursos.

- Aparte de los consejos mencionados anteriormente, la RNAO ha publicado recursos de implantación que se encuentran disponibles en su página web. Asimismo, existe una Herramienta para la implantación de las Guías que puede resultar de gran utilidad si se utiliza adecuadamente. En el Anexo H podrá encontrar breve descripción de esta Herramienta. También puede consultar una versión completa del documento en formato .pdf en la página web de la RNAO, www.rnao.org/bestpractices.

Proceso de actualización y revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar esta Guía de la siguiente forma:

1. Un equipo de especialistas (el equipo de revisión) revisará las Guías cada tres años a partir de la fecha de la última serie de revisiones.
2. Durante el periodo de tres años transcurrido entre el desarrollo y la revisión, el equipo del programa de Guías realizará un seguimiento periódico de la literatura del campo correspondiente.
3. El personal del programa puede recomendar que se adelante la revisión basándose en los resultados del seguimiento y en el criterio de un equipo compuesto por miembros del equipo original de desarrollo y otros especialistas en la materia.
4. Tres meses antes de que se lleve a cabo la revisión de los tres años, el personal del programa comenzará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
   a. Invitar a especialistas en la materia a que participen en el equipo de revisión. El equipo de revisión estará compuesto por miembros del equipo de desarrollo original y por otros especialistas recomendados.
   b. Recopilar las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación y otros comentarios o experiencias de los centros donde se haya implantado la Guía.
   c. Recopilar nuevas Guías de práctica clínica del mismo campo, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones técnicas, ensayos clínicos controlados y aleatorizados y cualquier otra literatura relevante.
   d. Elaborar un plan de trabajo detallado con fechas y plazos de entrega.

La publicación de la Guía revisada se llevará a cabo de acuerdo con las estructuras y procedimientos establecidos.

Referencias bibliográficas

Alderson, P., Green, S., & Higgins, J. (Eds.) (2004). Cochrane Reviewer's Handbook 4.2.2 (updated Dec. 2003). [Electronic version]. Available: http:www.cochrane.org/resources/handbook

American Heritage (2000). American heritage dictionary of the English language. Bartleby.com [Electronic version]. Available: www.bartleby.com

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C. & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. Journal of Nursing Administration, 29(3), 11-20.

Benton, J., O'Hara, P. A., Chen. H., Harper, D. W. & Johnston, S. F. (1997). Changing bowel hygiene practice successfully: A program to reduce laxative use in a chronic care hospital. Geriatric Nursing, 18(1), 12-17.

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. Journal of Health Services Research & Policy, 4(4), 236-248.

Briggs, J. (2000). Management of constipation in older Adults. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery. [Electronic version]. Available: www.joannabriggs.edu.au/bp6.html

Brocklehurst, J. (1977). How to define and treat constipation. Geriatrics, 32(6), 85-87.

Brocklehurst, J. (1980). Disorders of the lower bowel in old age. Geriatrics, 35(5), 47-52.

Brown, M. & Everett, I. (1990). Gentler bowel fitness with fibre. Geriatric Nursing, 11(1), 26-27.

Campbell, A. J., Busby, W. J. & Horvath, C. C. (1993). Factors associated with constipation in a community based sample of people aged 70 years and over. Journal of Epidemiology and Community Health, 47(1), 23-26.

Cheskin, L. J., Kamal, N., Crowell, M. D, Schuster, M. M. & Whitehead, W. E. (1995). Mechanisms of constipation in older persons and effects of fibre compared with placebo. Journal of the American Geriatrics Society, 43(6), 666-669.

Cheskin, L. J. & Schuster, M. M. (1994). Constipation. Principles in Geriatric Medicine and Gerontology (13), 1267-1273.

Chia, Y. W., Fowler, C. J., Kamm, M. A., Henry, M. & Lemieux, M. C. (1995). Prevalence of bowel dysfunction in patients with multiple sclerosis and bladder dysfunction. Journal of Neurology, 242(2), 105-108.

Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G. & Moran, S. (1997). Appraisal instrument for clinical practice guidelines. St. George's Hospital Medical School, England [Electronic version]. Available: http://www.sghms.ac.uk/phs/hceu

Corazziari, E., Materia, E., Bausano, G., Torsoli, A., Badali, D., Fanucci, A., & Fraracci, L. (1987). Laxative consumption in chronic non-organic constipation. Gastroenterology, 9(4), 427-430.

Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. Registered Nurse Journal, 16(1), 21-23.

Donald, I. P., Smith, R. G., Cruikshank, J. G., Elton, R. A. & Stoddart, M. E. (1985). A study of constipation of the elderly living at home. Gerontology, 31(2), 112-118.

Dyer, J. A. (2003). Multidisciplinary, interdisciplinary and transdiciplinary education models and nursing education. Nursing Education Perspectives, 24(4), 186-188.

Everhart, J. E., Go, V. L., Johannes, R. S., Fitzsimmons, S. C., Roth, H. P. & White, L. R. (1989). A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. Digestive Diseases and Sciences, 34(8), 1153-62.

Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). Guidelines for clinical practice: Directions for a new program. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press.

Folden, S., Backer, J. H., Maynard, F., Stevens, K., Gilbride, J. A., Pires, M., & Jones, K. (2002). Practice guidelines for the management of constipation in adults. Rehabiltiation Nursing Foundation [Electronic version]. Available: http://www.rehabnurse.org/profresources/BowelGuideforWEB.pdf

Garner, J. G. (1995). Teamwork models and experience in education. Boston: Allyn and Bacon.

Gattuso, J. M. & Kamm, M. A. (1994). Adverse effects of drugs used in the management of constipation and diarrhoea. Drug Safety, 10, 47-65.

Gibson, C. J., Opalka, P. C., Moore, C. A., Brady, R. S. & Mion, L. C. (1995). Effectiveness of bran supplement on the bowel management of elderly rehabilitation patients. Journal of Gerontological Nursing, 21(10), 21-30, 54-55.

Haines, S. T. (1995). Treating constipation in patients with diabetes. Diabetes Educator, 21(3), 232-233.

Hall, G. R., Karstens, M., Rakel, B., Swanson, E., & Davidson, A. (1995). Managing constipation using a research-based protocol. Medsurg Nursing, 4(1), 11-19.

Harari, J. H., Gurwitz, J. H., & Minaker, K. L. (1993). Constipation in the elderly. Journal of the American Geriatrics Society, 41(10), 1130-1140.

Hert, M. & Huseboe, J. (1996). Guideline – Management of constipation. Research-based protocol. University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Centre, Research Dissemination Core.

Higgins, P. D. R. & Johanson, J. F. (2004). Epidemiology of constipation in North America: A systematic review. American Journal of Gastroenterology, 99(4), 750-759.

Hinrichs, M. & Huseboe, J. (2001). Management of constipation evidence-based protocol. In M. G. Titler (Series Ed.), Series on Evidence-Based Practice for Older Adults, Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Hogstel, M.O., & Nelson, M., (1992). Anticipation and early detection can reduce bowel elimination complications. Geriatric Nursing, 13(4), 28-33.

Iowa Outcomes Project (2000). In M. Johnson, M. Maas, & S. Moorhead, (Eds.), Nursing outcomes Classification (NOC), (2).

Karam, S. & Nies, D. (1994). Student/staff collaboration: A pilot bowel management program. Journal of Gerontological Nursing, 20(3), 32-40.

Kenny, K. A. & Skelly, J. M. (2001). Dietary fibre for constipation in older adults: A systematic review. Clinical Effectiveness in Nursing, 5(3), 120-128.

Kim, M. J., McFarland, G. K., & McLane, A. M. (1997). Pocket guide to nursing diagnoses (7). St. Louis, MO: Mosby.

Klauser, A. G. & Muller-Lissner, S. A. (1993). How effective is non-laxative treatment of constipation? Pharmacology, 47(1), 256-260.

Koch, A., Voderholzer, W. A., Klauser, A. G., & Muller-Lissner, S. (1997). Symptoms in chronic constipation. Disease of the Colon & Rectum, 40(8), 902-906.

Koch, T. R. (1995). Part 2: Constipation. Bockus Gastroenterology, 5(5), 87-102.

Lehne, R. A., Moore, L. A., Crosby, L. J., & Hamilton, D. B. (1994). Pharmacology for Nursing Care (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Leslie, L. R. (1990). Training for functional independence. In F. J. Kottke & J. F. Lehmann (Eds.), Krusen's handbook of physical medicine and rehabilitation (pp. 564-570). Philadelphia: W. B. Saunders.

Locke III, G. R., Pemberton, J. H., & Phillips, S. F. (2000). American Gastroenterological Association medical position statement: Guidelines on constipation. Gastroenterology, 119(6), 1-7.

Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence. In J. M. Morse, J. M. Swanson, & A. J. Kuzel (Eds.), The Nature of Qualitative Evidence (pp.28-45). Thousand Oaks, Sage.

Mentes J. C. (1998). Iowa Guideline – Hydration management. Research-based protocol. University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Centre, Research Dissemination Core.

Mentes, J. C. & The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium (2004). Evidence-based protocol: Hydration management. In M. G. Titler (Series Ed.), Series on Evidence-Based Practice for Older Adults. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Meshkinpour, H., Selod, S., Movahedi, H., Nami, N., James, N., & Wilson, A. (1998). Effects of regular exercise in management of chronic idiopathic constipation. Digestive Diseases & Sciences, 43, 2379-2383.

Meza, J., Peggs, J., & O'Brien, J. (1984). Constipation in the elderly patient. Journal of Family Practice, 18(5), 695-703.

Muller-Lissner, S. (1988). Effect of wheat bran on weight of stool and gastrointestinal transit time: A meta-analysis. British Medical Journal, 296(6622), 615-617.

National Health and Medical Research Council (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council [Electronic version]. Available: www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/cp30.pdf

Neal, L. J. (1995). "Power Pudding": Natural laxative therapy for the elderly who are homebound. Home Healthcare Nurse, 13(2), 66-70.

Ontario Public Health Association (OPHA) (1996). Making a Difference! A workshop on the basics of policy change. Toronto, Canada: Government of Ontario.

Orr, W. C., Johnson, P., & Yates, C. (1997). Chronic constipation: A clinical conundrum. Journal of the American Geriatrics Society, 45(5), 652-653.

Peters, H. P., DeVries, W. R., Vanberge-Henegouwen, G. P., & Akkermans, L. M. (2001). Potential benefits and hazards of physical activity and exercise on the gastrointestinal tract. Gut, 48(3), 435-439.

Prather, C. M. & Ortiz-Camacho, C. P. (1998). Evaluation and treatment of constipation and fecal impaction in adults. Mayo Clinic Proceedings, 73, 881-887.

Probert, C. S., Emmett, P. M., & Heaton, K. W. (1995). Some determinants of whole-gut transit time: A population based study. QJM – Monthly Journal of the Association of Physicians, 88(5), 311-315.

Registered Nurses' Association of Ontario (2002). Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2003). Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2004). Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Promoting Continence Using Prompted Voiding. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Richards-Hall, G., Rakel, B., Karsten, M., Swansen, E. & Davidson, A. (1995). Managing constipation using a research-based protocol. MEDSURG Nursing, 4(1), 11-21.

Robertson, G., Meshkinpour, H., Vanderberg, K., James, N., Cohen, A., & Wilson, A. (1993). Effects of exercise on total and segmental colon transit. Journal of Clinical Gastroenterology, 16, 300-302.

Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., et al., (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. Quality and Safety Health Care, 11(2), 174-180.

Sandler, R. S., Jordan, M. C. & Sheldon, B. J. (1990). Demographic and dietary determinants of constipation in the U.S. population. American Journal of Public Health, 80, 85-189.

Sharkey, E. L. & Hanlon, D. (1989). Bowel elimination. In S. Ditmar (Ed.), Rehabilitation Nursing: Process and application (pp. 196-226). St. Louis: Mosby.

Sisters of Charity of Ottawa Health Services – Nursing Services (1996). Clinical practice guidelines: Bowel hygiene. Ottawa, Canada: Sisters of Charity of Ottawa Health Services.

Towers, A. L., Burgio, K. L., Locher, J. L., Merkel, I. S., Safaeian, M. & Wald, A. (1994). Constipation in the elderly: Influence of dietary, psychological, and physiological factors. Journal of the American Geriatrics Society, 42(7), 701-706.

Wald, A. (1990). Constipation and faecal incontinence in the elderly. Gastroenterology Clinics of North America, 19, 405-418.

Waldrop, J. & Doughty, D. B. (2000). Pathophysiology of bowel dysfunction and fecal incontinence. In D. B. Doughty (Ed.), Urinary and fecal incontinence: Nursing management (pp. 325-352). St. Louis: Mosby.

Whitehead, W. E., Drinkwater, D., Cheskin, L. J., Heller, B. R. & Schuster, M. M. (1989) Constipation in the elderly living at home. Journal of the American Geriatrics Society, 37, 423-429.

Wrenn, K. (1989). Fecal Impaction. New England Journal of Medicine, 321(10), 658-662.

Bibliografía

Addison, R., Davies, C., Haslam, D., Powell, M., & Stowers, L. (2003). A national audit of chronic constipation in the community. Nursing Times, 99(11), 34-35.

Annells, M. & Koch, T. (2002). Faecal impaction: Older people's experiences and nursing practice. British Journal of Community Nursing, 7(3), 118, 120-2, 124-6.

Annells, M. & Koch, T. (2002). Older people seeking solutions to constipation: The laxative mire. Journal of Clinical Nursing, 11(5), 603-612.

Battle, E. & Hanna, C. (1980). Evaluation of a dietary regimen for chronic constipation – Report of a pilot study. Journal of Gerontological Nursing, 6(9), 527-532.

Bazian Ltd. (2004). Constipation in adults. Clinical Evidence, 11, 571-582.

Bliss, C. M., & Murray, F. E. (1991). Geriatric constipation: Brief update on a common problem. Geriatrics, 46(3), 64-68.

Charach, G., Greenstein, A., Rabinovich, P., Groskopf, I., & Weintraub, M. (2001). Alleviating constipation in the elderly improves lower urinary tract symptoms. Gerontology, 47, 72-76.

Chidester, J. (1997). Fluid intake in the institutionalized elderly. Journal of the American Dietetic Association, 97(1), 23-30.

Dahl, W. J., Whiting, S. J., Healey, A., Zello, G. A., & Hildebrandt, S. L. (2003). Increased stool frequency occurs when finely processed pea hull fibre is added to usual foods consumed by elderly residents in long-term care. Journal of the American Dietetic Association,103(9), 1199-202.

Damon, H., Dumas, P., & Mion, F. (2004). Impact of anal incontinence and chronic constipation on quality of life. Gastroenterologie Clinique et Biologique, 28(1), 16-20.

Eberhardie, C. (2003). Continuing professional development. Constipation: Identifying the problem. Nursing Older People, 15(9), 22-26.

Edwards, M. & Bentley, A. (2001). Nursing management of constipation in housebound older people. British Journal of Community Nursing, 6(5), 245-246, 248-252.

Frank, L., Flynn, J., & Rothman, M. (2001). Use of a self-report constipation questionnaire with older adults in long-term care. Gerontologist, 41(6), 778-786.

Frank, L., Schmier, J., Kleinman, L., Siddique, R., Beck, C., Schnelle, J. et al. (2002). Time and economic cost of constipation care in nursing homes. Journal of the American Medical Directors Association, 3(4), 215-223.

Gender, A. R. (1996). Bowel regulation and elimination. In S. P. Hoeman (Ed), Rehabilitation Nursing (2nd ed.) (pp.452-475). St. Louis MO: Mosby.

Gaspar, P. (1988). What determines how much patients drink? Geriatric Nursing, 9(4), 221-224

Hagberg, R., Fines, M. & Doyle, B. (1987). A fibre-supplemented dietary regimen to treat or prevent constipation in one nursing home. Nursing Homes, 11/12, 28-33.

Hall, G. R., Karstens, M., Rakel, B., Swansen, E., & Davidson, A. (1995). Managing constipation using a research-based protocol. Medsurg Nursing, 4(1), 1130-1140.

Hiller, L., Bradshaw, H. D., Radley, S. C., & Radley, S. (2002). A scoring system for the assessment of bowel and lower urinary tract symptoms in women. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 109(4), 424-430.

Hiller, L., Radley, S., Mann, C. H., Radley, S. C., Begum, G., Pretlove, S. J. et al. (2002). Development and validation of a questionnaire for the assessment of bowel and lower urinary tract symptoms in women. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 109(4) , 413-423.

Hinrichs, M. & Huseboe, J. (2001). Management of constipation evidence-based protocol. In M. G. Titler (Series Ed.), Series on Evidence-Based Practice for Older Adults, Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Hope, A. & Down, E. (1987). Dietary fibre and fluid in the control of constipation in a nursing home population. The Medical Journal of Australia, 144, 306-307.

Hunter, W., Jones, G. P., Devereux, H., Rutishauser, I., & Talley, N. J. (2002). Constipation and diet in a community sample of older Australians. Nutrition & Dietetics, 59(4), 253-259.

Jones, M. P., Talley, N. J., Nuyts, G., & Dubois, D. (2002). Lack of objective evidence of efficacy of laxatives in chronic constipation. Digestive Diseases & Sciences, 47(10), 2222-2230.

Mahan, L. K. & Escott- Stump, S. (1996). Krause's food, nutrition, and diet therapy (9).

Mathiesen Behm, R. (1985). A special recipe to banish constipation. Geriatric Nursing, 6, 216-217.

McKenna, S., Wallis, M., Brannelly, A., & Cawood, J. (2001). The nursing management of diarrhoea and constipation before and after the implementation of a bowel management protocol. Australian Critical Care, 14(1), 10-16.

McMillan, S. C. (2002). Pain and symptom management. Presence and severity of constipation in hospice patients with advanced cancer. American Journal of Hospice & Palliative Care, 19(6), 426-430.

Nakaji, S., Tokunaga, S., Sakamoto, J., Todate, M., Shimoyama, T., Umeda, T. et al. (2002). Relationship between lifestyle factors and defecation in a Japanese population. European Journal of Nutrition, 41(6), 244-248.

NHS Centre for Reviews and Dissemination (2001). Effectiveness of laxatives in adults. Effective Health Care, 7(1), 1-12.

Pekmezaris, R., Aversa, L., Wolf-Klein, G., Cedarbaum, J., & Reid-Durant, M. (2002). The cost of chronic constipation. Journal of the American Medical Directors Association, 3(4), 224-228.

Phillips, C., Polakoff, D., Maue, S. K., & Mauch, R. (2001). Assessment of constipation management in long-term care patients. Journal of the American Medical Directors Association, 2(4), 149-154.

Pollman, J., Morris, J., & Rose, P. (1978). Is fibre the answer to constipation problems in the elderly? A review of literature. International Journal of Nursing Studies,15(3), 107-114.

Rodrigues-Fisher, L., Bourguignon, C., Vonthron, & Good, B. (1993). Dietary fibre nursing intervention. Clinical Nursing Research, 2(4), 464-477.

Roe, B., Williams, K. & Palmer, M. (1998). Bladder training for urinary incontinence. The Cochrane Library – 1999 Issue 3. [Electronic version]. Available: www.cochrane.org/cochrane/revabstr/

Ross, D. (1990). Constipation among hospitalized elders. Orthopedic Nursing, 9(3), P73-77.

Sandman, P. O., Adolsson, R., Hallmans, G., Nygren, C., Nystrom, L. & Winblad, B. (1983). Treatment of constipation with high-bran bread in long-term care of severely demented elderly patients. Journal of the American Geriatrics Society, 3(5), 289-293.

Sansevero, A. (1997). Dehydration in the elderly: Strategies for prevention and management. The Nursing Practitioner, 22(4), 41-42, 51-52, 54-57, 63-66, 69-70, 72.

Schiller, L. R. (2001). Constipation and fecal incontinence in the elderly. Gastroenterology Clinics of North America, 30(2), 497-515.

Schneeman, B. O. & Tietyen, J. (1994). Dietary fibre. Modern Nutrition in Health and Disease (8), 89-100.

Selig, H. & Boyle, J. (2001). Bowel care and maintenance in long-term care. Canadian Nurse, 97(8), 28-33.

Selig, H. & Boyle, J. (2003). Initiating a bowel care and maintenance program: The economic and bowel-care benefits of a fibre-rich, flaxflour-based diet. Canadian Nursing Home, 14(2), 26-29.

Snustad, D., Lee, V., Abraham, I., Alexander, C., Bella, D. & Cumming, C. (1991). Dietary fibre in hospitalized geriatric patients: Too soft a solution for too hard a problem? Journal of Nutrition for the Elderly, 10(2), 49-63.

Staats, P. S., Markowitz, J., & Schein, J. (2004). Incidence of constipation associated with long-acting opioid therapy: A comparative study. Southern Medical Journal, 97, 129-134.

Stoltz, R., Weiss, L. M., Merkin, D. H., Cleveland, M., & Pelham, R. W. (2001). An efficacy and consumer preference study of polyethylene glycol 3350 for the treatment of constipation in regular laxative users. Home Healthcare Consultant, 8(2), 21-26.

Stumm, R. E., Thomas, M. S., Coombes, J., Greenhill, J., & Hay, J. (2001). Managing constipation in elderly orthopaedic patients using either pear juice or a high fibre supplement. Australian Journal of Nutrition & Dietetics, 58(3), 181-185.

Talley, N. J., Jones, M., Nuyts, G., & Dubois, D. (2003). Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. American Journal of Gastroenterology, 98, 1107-1111.

Tarrant, R. (2002). The natural fibre provider. World of Irish Nursing, 10(11), 31-32.

Tramonte, S. M., Brand, M. B., Mulrow, C. D., Amato, M. G., O'Keefe, M. E. & Ramirez, G. (1997). The treatment of chronic constipation in adults. Journal of General Internal Medicine, 12(1), 15-24.

Woodward, M. C. (2002). Constipation in older people pharmacological management issues. Journal of Pharmacy Practice & Research, 32(1), 37-43.

Zembrzuski, C. (1997). A three-dimensional approach to hydration of elders: Administration, clinical staff, and in-service education. Geriatric Nursing, 18(1), 20-26.

Anexo A: Estrategia de búsqueda de la evidencia existente

La estrategia de búsqueda empleada en la revisión de esta Guía se centró en dos aspectos clave: el primero fue la identificación de nuevas pautas sobre la prevención del estreñimiento aparecidas desde la publicación de la Guía original en 2002; el segundo fue la identificación de las revisiones sistemáticas y estudios primarios sobre el tema publicados entre 2001 y 2004.

PASO 1 - Búsqueda en bases de datos

Un documentalista de ciencias de la salud llevó a cabo una búsqueda de la evidencia existente sobre la prevención del estreñimiento en una serie de bases de datos. La búsqueda inicial se llevó a cabo en agosto de 2004 en Medline, Embase y CINAHL, donde se buscaron pautas y estudios publicados entre 2001 y 2004. La búsqueda se estructuró con el objetivo de responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los factores de predisposición o predictores del estreñimiento en pacientes mayores?
- ¿Hasta qué punto son efectivas las siguientes medidas contra el estreñimiento?
  - Fibra dietética/nutrición
  - Ingesta de fluidos/hidratación
  - Actividad física/ejercicio/caminar
- ¿Qué estrategias han demostrado su eficacia a la hora de implantar un programa de educación para promover la higiene intestinal?
- ¿Se puede prevenir el estreñimiento mediante una rutina regular de aseo diario basada en la comida desencadenante del paciente?
- ¿Qué clase de apoyos son necesarios para la correcta implantación de un programa de educación sobre la higiene intestinal?
- ¿Cómo se puede formar a las enfermeras y otros profesionales sanitarios en la prevención y manejo del estreñimiento?
- ¿En qué debe consistir el programa de formación?

Puede consultar una lista de los términos de búsqueda desarrollados para responder a estas preguntas en la página web de la RNAO, www.rnao.org/bestpractices.

PASO 2 – Búsqueda estructurada en páginas web

En julio de 2004, una persona se encargó de realizar búsquedas de información relacionada con el tema de la Guía en una lista de páginas web previamente establecida. Dicha lista de páginas web, revisada y actualizada en mayo de 2004, se recopiló a partir de las sugerencias de la literatura y de los conocimientos existentes sobre páginas web relacionadas con la práctica basada en la evidencia e instituciones que desarrollan guías. Se registró la presencia o ausencia de guías en cada búsqueda, así como la fecha de la misma. Algunas páginas web no albergaban guías, sino que redirigían a otras páginas web o fuentes para acceder a la guía. Si las versiones completas de las guías estaban disponibles, se descargaron; en caso contrario, se solicitaron por teléfono o correo electrónico.

- Agency for Healthcare Research and Quality: http://www.ahcpr.gov
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research – Health Technology Assessment: http://www.ahfmr.ab.ca//hta
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines: http://www.albertadoctors.org
- American College of Chest Physicians: http://www.chestnet.org/guidelines

- American Medical Association: http://www.ama-assn.org
- Bandolier Journal: http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.html
- British Medical Journal – Clinical Evidence: http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp
- Canadian Centre for Health Evidence: http://www.cche.net/che/home.asp
- Canadian Cochrane Network and Centre: http://cochrane.mcmaster.ca
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: http://www.ccohta.ca
- Canadian Institute of Health Information: http://www.cihi.ca
- Canadian Task Force on Preventive Health Care: http://www.ctfphc.org
- Centers for Disease Control and Prevention: http://www.cdc.gov
- Centre for Evidence-Based Mental Health: http://cebmh.com
- Centre for Evidence-Based Nursing: http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm
- Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy: http://www.aston.ac.uk/lhs/teaching/pharmacy/cebp
- Centre for Health Evidence: http://www.cche.net/che/home.asp
- Centre for Health Services and Policy Research: http://www.chspr.ubc.ca
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST): http://www.crestni.org.uk
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp
- Cochrane Database of Systematic Reviews: http://www.update-software.com/cochrane
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm
- Evidence-based On-Call: http://www.eboncall.org
- Guidelines Advisory Committee: http://gacguidelines.ca
- Institute for Clinical Evaluative Sciences: http://www.ices.on.ca
- Institute for Clinical Systems Improvement: http://www.icsi.org/index.asp
- Institute of Child Health: http://www.ich.ucl.ac.uk/ich
- Joanna Briggs Institute: http://www.joannabriggs.edu.au
- Medic8.com: http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm
- Medscape Women's Health: http://www.medscape.com/womenshealthhome
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness: http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence
- National Guideline Clearinghouse: http://www.guidelines.gov
- National Institute for Clinical Excellence (NICE): http://www.nice.org.uk
- National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Test (HSTAT): http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/HquestHome/s/64139
- Netting the Evidence: A ScHARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet: http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/netting
- New Zealand Guidelines Group: http://www.nzgg.org.nz
- NHS Centre for Reviews and Dissemination: http://www.york.ac.uk/inst/crd
- NHS Nursing & Midwifery Practice Development Unit: http://www.nmpdu.org
- NHS R & D Health Technology Assessment Programme: http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm
- NIH Consensus Development Program: http://consensus.nih.gov/about/about.htm
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html
- Queen's University at Kingston: http://post.queensu.ca/~bhc/gim/cpgs.html
- Royal College of General Practitioners: http://www.rcgp.org.uk
- Royal College of Nursing: http://www.rcn.org.uk/index.php
- Royal College of Physicians: http://www.rcplondon.ac.uk

- Sarah Cole Hirsh Institute – Online Journal of Issues in Nursing: http://fpb.cwru.edu/HirshInstitute
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: http://www.sign.ac.uk
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada Clinical Practice Guidelines: http://www.sogc.medical.org/sogcnet/index_e.shtml
- SUMSearch: http://sumsearch.uthscsa.edu
- The Qualitative Report: http://www.nova.edu/ssss/QR
- Trent Research Information Access Gateway: http://www.shef.ac.uk/scharr/triage/TRIAGEindex.htm
- TRIP Database: http://www.tripdatabase.com
- U.S. Preventive Service Task Force: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm
- University of California, San Francisco: http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html
- University of Laval – Directory of Clinical Information Websites: http://132.203.128.28/medecine

PASO 3 – Búsqueda en buscadores web

Se llevó a cabo una búsqueda de Guías de buenas prácticas sobre la prevención del estreñimiento usando el buscador "Google" y una serie de términos de búsqueda. Se registraron los resultados de las búsquedas, las páginas web visitadas, la fecha de cada visita y el resumen de los contenidos. Los resultados fueron sometidos a una revisión adicional por parte de otra persona, lo que permitió identificar guías y literatura que no se habían tenido en cuenta con anterioridad.

PASO 4 - Búsqueda manual/contribuciones del equipo

Finalmente, se solicitó a los miembros del equipo que revisaran sus archivos personales para identificar Guías que no se hubieran encontrado mediante las estrategias de búsqueda descritas anteriormente. Durante este proceso no se descubrieron más Guías de práctica clínica.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA:

La estrategia de búsqueda anteriormente descrita permitió recuperar un total de 409 resúmenes sobre el estreñimiento. Un auxiliar de investigación seleccionó 35 de estos resúmenes para la recuperación y revisión crítica de los correspondientes artículos, basándose en los criterios de inclusión y exclusión. Por último, una enfermera en posesión de un máster y con experiencia en revisión crítica llevó a cabo la revisión de calidad de los artículos con la ayuda de la herramienta desarrollada por el Effective Public Health Practice Project (EPHPP) para evaluar estudios cuantitativos.

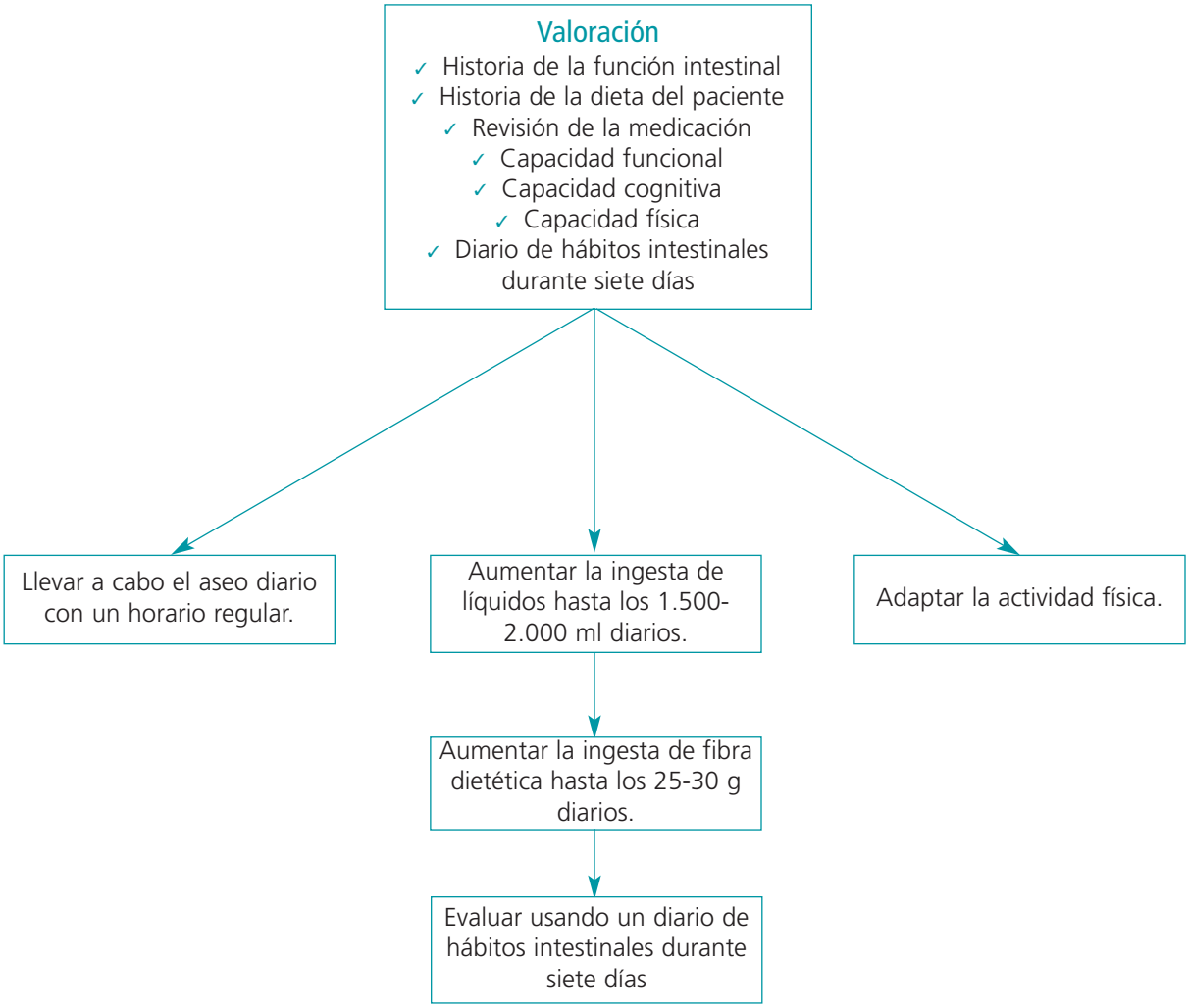
Asimismo, se identificaron tres Guías de práctica clínica de reciente publicación como candidatas para la revisión:

Folden, S., Backer, J. H., Maynard, F., Stevens, K., Gilbride, J. A., Pires, M., & Jones, K. (2002). Practice guidelines for the management of constipation in adults. Rehabiltiation Nursing Foundation [Electronic version]. Available: http://www.rehabnurse.org/profresources/BowelGuideforWEB.pdf

Hinrichs, M. & Huseboe, J. (2001). Management of constipation evidence-based protocol. In M. G. Titler (Series Ed.), Series on Evidence-Based Practice for Older Adults, Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Mentes, J. C. & The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium (2004). Evidence-based protocol: Hydration management. In M. G. Titler (Series Ed.), Series on Evidence-Based Practice for Older Adults. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Anexo B: Algoritmo de prevención del estreñimiento



Anexo C: Modelo de diario de hábitos intestinales

Nombre del paciente:_____

	Fecha:			Fecha:		
	Noche	Día	Tarde	Noche	Día	Tarde
Evaluación intestinal						
Hora						
Continente						
Características						
Cantidad						
Aseo						
Ingesta de líquidos						
En 24h						
Ingesta de fibra						
Tratamiento						
Derivaciones/consultas						
N° de evacuaciones intestinales						
N° de episodios de estreñimiento o manchado						
Iniciales						

	Fecha:			Fecha:		
	Noche	Día	Tarde	Noche	Día	Tarde
Evaluación intestinal						
Hora						
Continente						
Características						
Cantidad						
Aseo						
Ingesta de líquidos						
En 24h						
Ingesta de fibra						
Tratamiento						
Derivaciones/consultas						
N° de evacuaciones intestinales						
N° de episodios de estreñimiento o manchado						
Iniciales						

Nombre del paciente:_____

	Fecha:			Fecha:		
	Noche	Día	Tarde	Noche	Día	Tarde
Evaluación intestinal						
Hora						
Continente						
Características						
Cantidad						
Aseo						
Ingesta de líquidos						
En 24h						
Ingesta de fibra						
Tratamiento						
Derivaciones/consultas						
N° de evacuaciones intestinales						
N° de episodios de estreñimiento o manchado						
Iniciales						

	Fecha:			Fecha:		
	Noche	Día	Tarde	Noche	Día	Tarde
Evaluación intestinal						
Hora						
Continente						
Características						
Cantidad						
Aseo						
Ingesta de líquidos						
En 24h						
Ingesta de fibra						
Tratamiento						
Derivaciones/consultas						
N° de evacuaciones intestinales						
N° de episodios de estreñimiento o manchado						
Iniciales						

Leyenda: Evacuación intestinal: √ Indicar hora: Continente: √ = Controlada; I = Incontinencia

Cantidad: P = pequeña (< 250 ml); M = mediana (> 250 - < 500 ml); G =grande (> 500 ml); R = rezumante; MC = manchado

Características: N = normal ((blanda, marrón y consistente, sin mal olor); D = dura y seca; A = acuosa y líquida; P = pastosa; V = voluminosa e informe.

Aseo: R = retrete; RP= retrete portátil; C = cuña; TC = tendido sobre el costado

Ingesta de fluidos: Indicar la cantidad real consumida durante el turno. Calcular e indicar la ingesta en las últimas 24 horas.

Ingesta de fibra: Indicar la cantidad de alimentos con fibra consumidos.

Tratamiento: Laxantes (si precisa), supositorios, enemas, estimulación rectal. Indicar la hora a la que se efectuó el tratamiento y las iniciales de quien lo aplicó. Los laxantes prescritos para su consumo regular se anotarán en la hoja de tratamiento.

Derivaciones: D = Dietista; EEI = Enfermera especialista en incontinencia; TO = Terapeuta ocupacional; F = Farmacéutico; FT = Fisioterapeuta.

N.° de evacuaciones intestinales: Indicar el número total de episodios de estreñimiento o manchado.

Aviso de responsabilidad: Este diario de hábitos intestinales ha sido desarrollado por el equipo de revisión de la Guía de la RNAO (2005) y se proporciona únicamente como ejemplo.

Anexo D: Contenido en fibra dietética de ciertos alimentos

Alimentación	Porción	Contenido en fibra
Pasta y cereales		
Kellogg's 40% Bran	1/2 taza	3.1 g
Flakes*	1/2 taza	2.9 g
Post Raisin Bran*	1/3 taza	8.8 g
Kellogg's All Bran	1/3 taza	7.8 g
Bran Buds*	3 cucharaditas	1.6 g
Grape Nuts*	1/2 taza	2.5 g
Shredded Wheat Cheerios*	3/4 taza	1.2 g
Kellogg's Cornflakes	3/4 taza	0.3 g
Rice Krispies	3/4 taza	0.9 g
Wheaties*	3/4 taza	1.8 g
Cream of Wheat*	1/2 taza	0.5 g
Avena (de preparación rápida o instantánea)	1/2 taza	1.9 g
Quaker Oat Bran*	1/2 taza	2.1 g
Espaguetis (calientes y al dente)	1/2 taza	0.9 g
Arroz blanco	1/3 taza	0.5 g
Arroz integral	1/3 taza	1.6 g
	1/3 taza	1.6 g
Judías secas, guisantes, lentejas		
Habichuelas rojas (en conserva)	1/3 taza	3.8 g
Judías blancas (cocidas)	1/3 taza	3.8 g
Frijoles carita	1/3 taza	8.2 g
Guisantes al horno (en conserva)	1/4 taza	2.9 g
Verduras ricas en fécula		
Maíz (en conserva)	1/2 taza	6.0 g
Crema de maíz (en conserva)	1/2 taza	5.1 g
Mazorca de maíz	1 mazorca (6 pulgadas/15,2 cm)	3.6 g
Judías de lima	1/2 taza	4.4 g
Guisantes (en conserva)	1/2 taza	4.4 g
Puré de calabaza (congelado)	3/4 taza	5.3 g
Pan	1 rebanada (1 onza/28,3 g)	
Pan integral	1 rebanada (1 onza/28,3 g)	1.5 g
Pan de centeno	1 rebanada (1 onza/28,3 g)	1.0 g
Pumpernickel (pan de cereales integrales)	1 rebanada (1 onza/28,3 g)	3.8 g
Pan blanco	Media (3,5 pulgadas/8,9 cm)	0.5 g
Bagel	Media (3,5 pulgadas/8,9 cm)	0.5 g
Muffin inglés*	Entera (6 pulgadas/15,2 cm)	0.8 g
Tortilla de maíz		2.7 g
Galletas y tentempiés		
Pan Graham (galletas de fibra)	3 galletas	2.1 g
Pretzels, palitos y anillos salados	0,75 onzas (21,2 g)	1.0 g
Ry-krisp (pan crujiente de centeno)	4 galletas	3.0 g
Pan de maíz	1 cubito de 2 pulgadas (5 cm)	1.4 g

Alimentación	Porción	Contenido en fibra
Verduras		
Espárragos (crudos)	1 taza	4,6 g
Brotes de soja (crudos)	1 taza	3,1 g
Brécol (crudo)	1 taza	2,8 g
Coles de Bruselas (cocidas)	½ taza	3,6 g
Zanahorias (crudas)	1 taza	3,6 g
Coliflor (cruda)	1 taza	3,0 g
Champiñones (en conserva)	½ taza	3,1 g
Setas (crudas)	½ taza	3,1 g
Cebollas (crudas)	1 taza	5,0 g
Tirabeques (cocidos)	½ taza	2,7 g
Chucrut (en conserva)*	½ taza	2,7 g
Espinacas (en conserva)	½ taza	2,6 g
Col china (cruda)	1 taza	4,6 g
Cebolletas (crudas)	1 taza	3,1 g
Calabacín (crudo)	1 taza	
Fruta		
Manzana (sin pelar)	1 (2,25 pulgadas/5,71 cm)	2,1 g
Compota de manzana	½ taza	2,1 g
Moras (al natural)	¾ de taza	6,7 g
Arándanos (al natural)	¾ de taza	3,7 g
Nectarina	1 (2,5 pulgadas/6,35 cm)	3,3 g
Peras (en conserva)	½ taza	2,8 g
Frambuesas (al natural)	1 taza	9,1 g
Fresas	1 taza y cuarto	4,1 g
Mandarinas	2 (2,375 pulgadas/6 cm)	3,4 g
Albaricoques (secos)	7 mitades	5,8 g
Higos (secos)	1 y medio	5,2 g
Ciruelas (al natural)	3 de tamaño medio	4,0 g
Pasas	2 cucharaditas	1,2 g

1 La "taza" a la que se hace referencia aquí es una medida estándar en EE.UU. y otros países anglosajones, equivalente a unos 240 ml. He convertido las medidas expresadas en sistema imperial al sistema métrico siempre que he podido, pero en el caso de esta tabla no ha sido posible ya que se utiliza la taza como unidad de volumen, no de masa.

* Productos que se comercializan en Canadá.

Reimpresión autorizada.

Hinrichs, M. & Huseboe, J. (2001). Management of constipation evidence-based protocol. In M. G. Titler (Series Ed.), Series on Evidence-Based Practice for Older Adults, Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Anexo E: Alimentos ricos en fibra

Alimento	Fibra dietética por porción	Ración diaria recomendada
Pan y alimentos ricos en fécula Pan integral o de centeno (1 rebanada) Bagel integral o pan de pita (mitad) Muffin de salvado de avena (mitad) Galletas integrales (4) Pasta integral, maíz o guisantes (½ taza) Palomitas hechas sin aceite (3 tazas) Germen de trigo (1 cucharada y media)	2 g	6 porciones de pan, fécula y cereales
Cereales Cereales integrales o con fibra, servidos fríos (1 onza/28 g) Copos de avena, salvado de avena o sémola (½ taza, seca)	4-8 g	En combinación con pan y féculas
Verduras Espárragos cocidos, judías verdes, brécol, repollo, zanahorias, coliflor, cebollas, vegetales de hoja verde, tirabeques, espinacas, calabaza, tomates en conserva, patata con la piel (½ taza) Brécol crudo, repollo, zanahoria, coliflor, tomate, apio, pimientos verdes, calabacín (1 taza)	2 g	3 porciones
Frutas Manzana, nectarina, naranja, melocotón, plátano (1, de tamaño medio) Pomelo, pera (mitad) Frutas del bosque (1 taza)	2 g	2 porciones
Legumbres Garbanzos, judías, garrafón, judías pintas, lentejas, guisantes secos (120 ml)	5 g	Opcional
Frutos secos Almendras (10), avellanas (6), mantequilla de cacahuete (1 cucharadita), cacahuetes (15), semillas de sésamo (1 cucharadita), pipas de girasol (2 cucharadita)	2 g	Opcional

Reimpresión autorizada.

Hinrichs, M. & Huseboe, J. (2001). Management of constipation evidence-based protocol. In M. G. Titler (Series Ed.), Series on Evidence-Based Practice for Older Adults, Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Anexo F: "Galletas a la taza"

Receta:

½ taza de margarina o mantequilla
1 taza de azúcar moreno
½ taza de pasta de ciruelas
1 huevo
1 taza de compota de manzana (o de cualquier sabor)
2 tazas de cereales de salvado
1 taza y media de harina
½ cucharadita de bicarbonato de sodio y 1 cucharadita de canela u otra especia al gusto

Opcional: ½ taza o 1 taza de pasas, trocitos de chocolate, pipas de girasol, frutos secos.

Instrucciones: En un bol grande, mezclar la margarina y el azúcar hasta que adquieran una consistencia cremosa. Añadir el huevo, la pasta de ciruelas y la compota de manzana. Remover hasta que estén bien mezclados. Añadir los demás ingredientes y remover hasta que se mezclen. Colocar con una cuchara en tres bandejas para hornear (12 galletas por bandeja). Hornear a 180° durante unos 15 minutos. Dejar que se enfríen en las bandejas durante unos minutos antes de sacarlas. Congelarlas y empezar a servirlas en raciones de dos al día.

Pasta de ciruelas: Una bolsa de 375 g equivale a unas cincuenta ciruelas. Mezclar en una cazuela pequeña con una taza de agua y poner al fuego hasta que esté caliente. Dejar que se enfríe un poco y machacar hasta que adquiera la consistencia de un puré. Guardar el puré sobrante en el frigorífico. Añadir ralladura de limón al gusto durante la preparación. También se pueden incorporar ciruelas en conserva sin hueso con parte del jugo, o utilizar potitos de puré de ciruelas.
Cada galleta contiene 80,6 calorías, 2,8 g de grasa y 1,67 g de fibra.

Versión de bajo contenido graso:

- Emplear ¼ de taza de margarina y aumentar la cantidad de compota de manzana hasta 1 taza y ¼.
- Emplear dos claras de huevo o sustitutos del huevo (Egg Beaters®, huevo deshidratado, etc.) en lugar de un huevo entero.

Cada galleta contiene 68,6 calorías, 1,4 g de grasa y 1,67 g de fibra.

Versión de bajo contenido en grasa y azúcares:

- Emplear una taza de Sugar Twin® blanco o moreno, u otro edulcorante.
- Emplear compota de manzana sin azúcar.

Cada galleta contiene 62,6 calorías, 1,4 g de grasa y 1,67 g de fibra.

Versión de alto contenido en fibra:

- Emplear ¾ de taza de harina integral de trigo y ¾ de taza de harina refinada; o bien emplear ½ taza de harina integral, ½ taza de harina refinada y ½ taza de copos de avena. Puede que sea preciso añadir entre ¼ de taza y ½ taza de compota de manzana para que las galletas sean más fáciles de masticar.

Cada galleta contiene 89,4 calorías, 2,8 g de grasa y 1,97 g de fibra.

Recuerde:

La fibra ablanda las heces al absorber agua, por lo que es preciso beber abundante agua (si la dieta lo permite) para que esta receta funcione.

© 2002 Continence Program, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario
Reprinted with permission: Jennifer Skelly, RN, PhD, Associate Professor, McMaster University School of Nursing, Director, Continence Program, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario.

Anexo G: Recursos con información sobre el estreñimiento

Las siguientes páginas web contienen información útil sobre el estreñimiento. Esta lista se proporciona únicamente como ejemplo y no debe considerarse exhaustiva.

Canadian Celiac Association – www.celiac.ca

Health Canada: Nutrient Value of Some Common Foods – http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/ns-sc/nr-rn/surveillance/pdf/e_NVSCF_eng.pdf

Iowa Health Book: Internal Medicine: Virtual Hospital: Constipation: A guide for patients – http://www.vh.org/Patients/IHB/IntMed/Gastro/Constipation.html

Management of Constipation Protocol (The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core) – Para solicitar un ejemplar de este protocolo, visite www.nursing.uiowa.edu/centers/gnirc/disseminatecore.htm o envíe un correo electrónico a research-dissemination-core@uiowa.edu

National Digestive Disease Information Clearinghouse: Constipation – http://www.niddk.nih.gov

The American Gastroenterological Association – http://www.gastro.org/public/constipation.org

Anexo H: Descripción de la Herramienta

Herramienta de implantación de las Guías de práctica clínica

Las Guías de buenas prácticas únicamente podrán implantarse con éxito si existen los recursos, la planificación y el respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios necesarios para ello. Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la *Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica sobre la base de las evidencias disponibles*, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta de cara a la implantación, en una institución de atención sanitaria, de cualquier Guía de buenas prácticas clínicas.

La *Herramienta* orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En particular, la Herramienta aborda los siguientes pasos fundamentales para la implantación de la Guía:

1. Identificar una Guía de práctica clínica basada en la evidencia y bien desarrollada
2. Identificar, valorar y lograr el compromiso de los colaboradores
3. Valorar si el entorno es adecuado para la implantación de la Guía
4. Identificar y planificar estrategias de implantación basadas en la evidencia
5. Evaluar la planificación y la implantación
6. Identificar y garantizar los recursos necesarios para la implantación

Implantar las Guías en la práctica, de tal manera que se consiga cambiar la práctica clínica con éxito, resulta una tarea extremadamente compleja. La Herramienta supone un recurso fundamental para gestionar este proceso.

La Herramienta puede solicitarse directamente a la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. El documento está disponible en formato encuadernado por una tarifa reducida, y puede consultarse gratuitamente en la página web de la RNAO. Para solicitar más información, obtener una hoja de pedido o descargar la Herramienta, visite la página web de la RNAO: www.rnao.org/bestpractices.

Notas:

Notas:

Notas:

GLUE TAB

ia BPG
International Affairs & Best Practice Guidelines
TRANSFORMING NURSING THROUGH KNOWLEDGE

Noviembre 2011

Guía de mejores prácticas

PREVENCIÓN DEL ESTREÑIMIENTO EN PERSONAS MAYORES

Suplemento de la Guía

Miembros del Panel de Revisión

Barbara Cowie, RN, MN, NCA, GNC(C)
Revision Panel Co-Chair
Advanced Practice Nurse
Amputee Rehabilitation & Complex Continuing Care,
West Park Healthcare Centre
Toronto, Ontario

Laura Robbs, RN, MN, ET, NCA, CETN(C)
Revision Panel Co-Chair
Clinical Nurse Specialist – Continence
Trillium Health Centre
Mississauga, Ontario

Linda Galarneau, RN, GNC(C), NCA
Care Coordinator, Specialized Geriatrics, Day Hospital, Providence Care
St Mary's of the Lake
Kingston, Ontario

Ermine Moncherie, RPN
Staff Nurse
West Park Healthcare Centre
Toronto, Ontario

Melissa Northwood, RN, BScN, MSc, GNC(C), NCA
Nurse Continence Advisor
Continence Care Clinics
St. Joseph's Healthcare
Hamilton, Ontario

Jenny Ploeg, RN, BScN, MScN, PhD
Associate Professor, School of Nursing
McMaster University
Hamilton, Ontario

Sue Sebastian, RN, MN, GNC(C), NCA
Advance Practice Nurse/
Nurse Continence Advisor
Veterans Centre,
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, Ontario

Jennifer Skelly, RN, PhD
Associate Professor, School of Nursing
McMaster University
Director, Continence Program
St. Joseph's Healthcare
Hamilton, Ontario

Rishma Nazarali, RN, BScN, MN
Program Manager
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Eliisa Fok, BSc
Program Assistant
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Aplicación del suplemento

Este suplemento de la Guía de buenas prácticas en enfermería *prevención del estreñimiento en personas mayores* es el resultado de una revisión programada. Con el objetivo de proporcionar al lector la evidencia más actualizada y respaldar la práctica, se ha incorporado material adicional. Al igual que la Guía original, este documento debe ser revisado y puesto en práctica en función de las necesidades específicas de la institución, el entorno y las instalaciones, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Este suplemento debe utilizarse junto con la Guía como una herramienta útil para la toma de decisiones sobre la atención personalizada al paciente, así como para garantizar que se dispone de las estructuras y apoyos adecuados para prestar el mejor servicio posible.

Antecedentes

En 1999, se eligió la Guía de buenas prácticas sobre estreñimiento como estrategia complementaria a la Guía de evacuación inducida, ya que se estimó que, en caso de suponer un problema para el paciente, es fundamental tratar en primer lugar el estreñimiento antes de aplicar la evacuación inducida. Cuando se desarrolló la guía original, se disponía de suficiente evidencia para respaldar las recomendaciones, pero buena parte de la misma estaba basada en la opinión de expertos. Con la revisión de la literatura publicada desde 2005 no se introducen cambios drásticos en las recomendaciones de la guía, sino más bien se define mejor y se refuerza la evidencia en que se apoya este enfoque. La evidencia de la investigación respalda las intervenciones enfermeras relativas a la valoración y el manejo del estreñimiento en personas mayores.

RNAO Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Proceso de revisión

La Asociación Profesional de enfermeras de Ontario (RNAO) se compromete a garantizar que esta Guía de buenas prácticas está basada en la mejor evidencia disponible. Con el fin de cumplir con este compromiso, se ha establecido un proceso de revisión y seguimiento para cada Guía.

Para esta revisión, se reunió a un grupo de enfermeras integrado por miembros del equipo original de desarrollo, así como otras personas recomendadas que contaban con experiencia específica en este ámbito de la práctica. Los miembros del equipo de revisión están obligados a revisar la Guía centrándose en las recomendaciones y el alcance original de la guía.

Se realizó una revisión estructurada de la evidencia en función del alcance de la guía original para recuperar la literatura relevante, así como de otras guías de interés publicadas desde la última actualización de este documento (2005). Los resultados de dicha revisión se distribuyeron entre los miembros del panel de revisión. En junio de 2011, el grupo de revisión se reunió para llegar a un consenso sobre la necesidad de revisar las recomendaciones existentes a la luz de la nueva literatura.

Revisión de las guías existentes

Uno de los miembros realizó una búsqueda en una lista determinada de sitios web de guías, así como otros contenidos de interés. Dicha lista de sitios web fue recopilada a partir de los conocimientos existentes de sitios web de práctica clínica y de las recomendaciones de la literatura.

Si bien la búsqueda arrojó multitud de resultados, ninguna de las guías cumplía los requisitos de inclusión, aunque sí se incluyó un suplemento identificado como actualización de una guía:

McKay, SL, Fravel, M. , Scanlon, C. (2009). *Management of Constipation.* Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

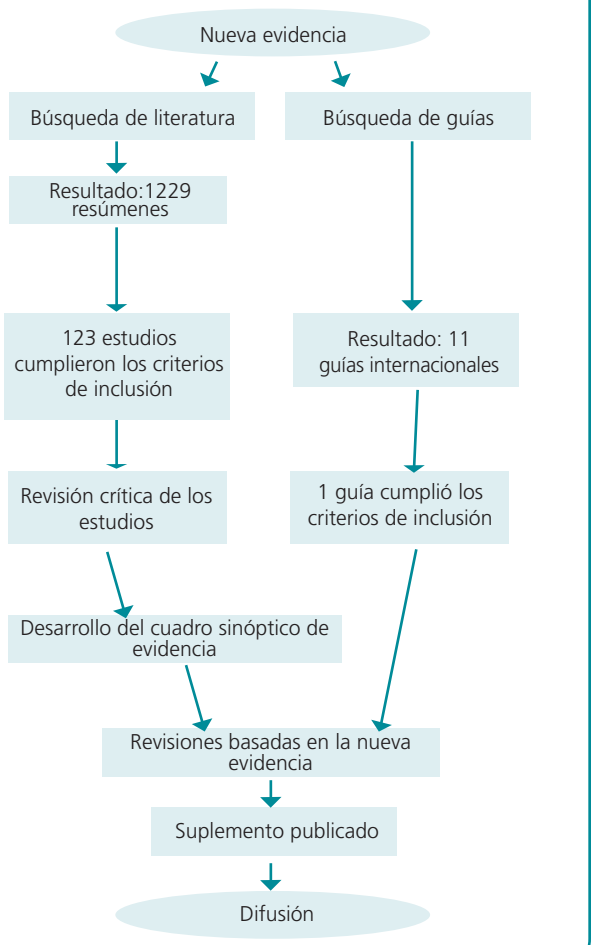
Revisión de la literatura

Al mismo tiempo que se realizaba la revisión de las guías, se realizó una búsqueda de la literatura existente. Un experto en documentación de Ciencias de la Salud realizó una búsqueda en bases de datos online (CINAHL, Medline y EMBASE). Un ayudante de investigación (enfermera Máster) se ocupó de la revisión para la inclusión/exclusión de evidencia, así como de la revisión crítica de los textos y de la extracción de datos de los artículos incluidos, y preparó un resumen de los resultados de la literatura. Todos los miembros del panel de revisión recibieron las tablas de datos y las listas de referencias completas.

Resultados de la revisión

La revisión de la literatura más reciente desde la publicación de la última revisión (2005) de la guía no es favorable a introducir cambios en las recomendaciones originales, sino que más bien coincide con la evidencia de nuestro enfoque para prevenir el estreñimiento en personas mayores. Los miembros del equipo de revisión también han actualizado algunos anexos y han añadido uno nuevo.

Diagrama del proceso de revisión



Resumen de evidencia

La siguiente información refleja los cambios realizados sobre la publicación revisada (2005), consensuados por el equipo de revisión. A continuación solo se muestran contenidos nuevos o revisados. La revisión de la literatura no supone un cambio sustancial de las recomendaciones, sino que sugiere algunas mejoras y aporta evidencia más sólida para nuestro enfoque.

✓ sin cambios
✎ con modificaciones
\+ información adicional
NEW recomendaciones nuevas

Recomendaciones para la práctica

Recomendación 1 Valorar el estreñimiento del paciente a partir de su historial médico. Nivel de Evidencia: IV	✓
Los siguientes párrafos se han añadido a la discusión de la evidencia de la página 23 de la guía para reflejar el respaldo de la literatura: **Discusión de la Evidencia** La frecuencia de las deposiciones, su calidad, el esfuerzo defecatorio y la evacuación incompleta siguen siendo importantes áreas de valoración. Marfil, Davies & Dettmar (2005) evaluaron la prevalencia del esfuerzo defecatorio y su asociación con la frecuencia de las deposiciones. Choung et al. (2007) definieron el estreñimiento crónico como la indicación del propio paciente de presentar de 2 a 4 síntomas crónicos (esfuerzo defecatorio, heces duras o con bultos, evacuación incompleta y deposiciones poco frecuentes). La historia intestinal incluye: • Una descripción del patrón habitual de evacuaciones intestinales: frecuencia; calidad de las deposiciones [definida mediante la Escala de heces de Bristol, **Anexo D**]; y horas habituales de la defecación. • Las medidas adoptadas para provocar las evacuaciones intestinales, como el consumo de laxantes (tipo y cantidad empleada) y observaciones sobre su efectividad. • Los conocimientos que posee el paciente sobre las evacuaciones intestinales. • La historia de los problemas de estreñimiento (aparición y patrones). • La capacidad del paciente para percibir la necesidad de defecar. • El esfuerzo defecatorio inicial y final. • La evacuación incompleta. Tan importante como plantear las preguntas adecuadas durante la valoración es preguntar simplemente si el paciente sufre incontinencia fecal o mancha sus prendas interiores. Se observó que era más frecuente que quienes sufrían incontinencia fecal evitaran la asistencia médica que quienes presentaban problemas de estreñimiento (Siproudhis et al., 2007). El estreñimiento y la incontinencia fecal con frecuencia aparecen juntos, tal y como Siproudhis et al. (2007) hallaron en su gran estudio realizado entre 10.000 pacientes en Francia.	+
Recomendación 2 Obtener información acerca de: • la cantidad y el tipo de líquidos ingeridos habitualmente a lo largo del día, con especial atención al consumo de cafeína y alcohol. • la cantidad de alimentos y fibra dietética ingerida habitualmente. • cualquier elemento de la historia médica o quirúrgica que pueda estar relacionado con los problemas de estreñimiento, como trastornos neurológicos, diabetes, hipotiroidismo, fallo renal crónico, hemorroides, fisuras, diverticulosis, síndrome del colon irritable, depresión, demencia, confusión aguda, intervenciones quirúrgicas previas en el intestino. Nivel de Evidencia: IV	✓

Se han revisado los párrafos de las páginas 23 y 24 de la Guía para reflejar el respaldo de la nueva literatura y las revisiones en la formulación del texto para mejorar su precisión: Discusión de la Evidencia Se deben tener en cuenta todos los factores de riesgo para poder prevenir todos los tipos de estreñimiento. Existe evidencia que indica que las mujeres (Higgins & Johanson, 2004; McCrea et.al, 2009; Richmond & Wright, 2004) y los individuos no caucásicos (Higgins & Johanson, 2004) corren mayor riesgo de estreñimiento. Las condiciones fisiopatológicas aumentan la probabilidad de estreñimiento. Las personas que padecen diabetes mellitus pueden sufrir una disfunción del sistema nervioso autónomo que dé lugar a una pérdida del reflejo gastrocólico. Las mujeres, en especial las multíparas, pueden presentar daños en las raíces del nervio sacro derivados de un trauma obstétrico, en tanto que para las personas con esclerosis múltiple existe evidencia clínica de mielopatía que puede dar lugar a estreñimiento (Chia, Fowler, Kamm, Henry & Lemieux, 1995; Haines, 1995). Algunas enfermedades o trastornos que se citan como causa de estreñimiento con tránsito lento son: cáncer de colon, deshidratación, diabetes mellitus, hipercalcemia/ hipopotasemia, inmovilidad, dieta con bajo consumo de fibra y alto consumo de carbohidratos, enfermedad de Parkinson y accidente cerebrovascular.	+
Recomendación 3 Comprobar si la medicación del paciente incluye medicamentos considerados como factores de riesgo de desarrollar estreñimiento, con especial atención a los antecedentes de consumo de laxantes y al uso crónico de los mismos. Nivel de Evidencia: III	✓
Se ha revisado la discusión de la evidencia de la página 24 para reflejar la nueva evidencia en la que se apoya: Discusión de la Evidencia El estreñimiento de origen iatrogénico con frecuencia puede atribuirse a la administración de medicamentos para prevenir o aliviar trastornos fisiopatológicos o sus síntomas (Richmond & Wright, 2004). En muchos casos, no es posible suspender la administración de estos medicamentos. A día de hoy, apenas disponemos de información sobre el manejo del estreñimiento asociado a la medicación (DiPalma, Cleveland, McGowan & Herrera, 2007). El uso de medicación es un factor de riesgo de estreñimiento (Leung, 2007). Distintas categorías de medicamentos contribuyen al estreñimiento. Todas las medicaciones pueden influir directa o indirectamente en la función intestinal normal de diversas formas: • Se ralentizan los movimientos peristálticos • Se disminuye la estimulación neurológica del intestino • Se reduce la motilidad gástrica • Se reducen los índices de absorción • Se limita la movilidad personal en general Se han identificado primariamente los efectos de los medicamentos en el tracto intestinal por su contribución al estreñimiento mediante ensayos clínicos farmacológicos con distintos medicamentos (Hert & Huseboe, 1996), y mediante investigaciones empíricas (Richmond & Wright, 2004). Los profesionales clínicos deben comprobar si sus pacientes sufren estreñimiento para poder aplicar las oportunas estrategias de manejo lo antes posible; también se pueden implantar estrategias de prevención de forma proactiva. A continuación se incluye una lista de categorías de medicamentos que pueden contribuir al estreñimiento:	+

- Analgésicos
  - Tratamiento opioide continuado
  - Tratamiento no opioide: AINEs
- Antiácidos con aluminio o calcio
- Fármacos con actividad anticolinérgica, como:
  - Anticonvulsivos
  - Antidepresivos
  - Antiepilépticos
  - Antihistamínicos
  - Antihipertensivos (bloqueadores de canal de calcio, inhibidores de la ECA, betabloqueantes)
  - Agentes antiparkinsonianos
  - Neurolépticos
  - Antiespasmódicos
  - Ansiolíticos
- Bifosfonatos
- Inhibidores de la anhidrasa carbónica (p. ej., Acetazolamida)
- Suplementos de calcio
- Quimioterapia citotóxica
  - Quimioterapia con alcaloides de la vinca
  - Otros agentes citotóxicos
- Diuréticos
- Bloqueadores H2
- Hipnóticos
- Suplementos de hierro
- Laxantes (normalmente atribuido al uso de laxantes estimulantes de uso prolongado)
- Hipolipemiantes
- Relajantes musculares (p. ej., Baclofeno)
- Inhibidores de la bomba de protones
- Sedantes

Brocklehurst, 1977,1980; Choung, Locke, Schleck, Zinsmeisteri, & Talley, 2007; Hinrichs & Huseboe, 2001; Hosia-Randell, Suominen, Muurinen, & Pitkälä, 2007; Lehne, Moore, Crosby, & Hamilton, 1994; McKay, Fravel, & Scanion, 2009; Meza, Peggs & O'Brien, 1984; Richmond & Wright, 2004; Wald et al., 2008; Wrenn, 1989.

Lista de medicamentos revisada por: Lawrence D. Jackson, BScPhm
Pharmacy Clinical Coordinator, Veterans Centre
Sunnybrook Health Sciences Centre

Recomendación 3.1

Valorar las posibilidades de polimedicación (lo que incluye la duplicación de medicamentos con y sin receta médica), así como sus posibles efectos adversos.

Nivel de Evidencia: III

✓

Se ha añadido el siguiente párrafo a la discusión de la evidencia de la página 25:

Discusión de la Evidencia

En un estudio sobre el uso de laxantes realizado por Hosia-Randell et al. (2007), el uso concomitante de siete o más medicamentos que no fueran laxantes o fármacos que produjesen estreñimiento se asoció a la necesidad de usar laxantes. Esto sugiere que la relación entre la medicación y el estreñimiento responde más bien a la polifarmacia. El número de medicamentos utilizados es un factor de riesgo de estreñimiento (Higgins, 2004; DiPalma, Cleveland, McGowan, & Herrera, 2007).

+

## Recomendación 4 Valorar la capacidad funcional del paciente para moverse, comer y beber, así como su estado cognitivo y su capacidad para comunicar sus necesidades o seguir instrucciones sencillas. Nivel de Evidencia: III	✓
Se ha añadido este primer párrafo a la discusión de la evidencia de la página 25 de la Guía. Se ha revisado el segundo párrafo para reflejar la nueva literatura: ### Discusión de la Evidencia Se considera que la limitación de la movilidad forma parte de la valoración del riesgo de estreñimiento (Richmond & Wright, 2004). En una revisión de la literatura publicada sobre los factores de riesgo de estreñimiento identificados, estos autores indicaron que las personas que están postradas en la cama o permanecen sentadas todo el día presentan los mayores resultados en la escala de valoración del riesgo de estreñimiento. Es frecuente que los pacientes que sufren demencia presenten también malnutrición, y se asocia a una disminución de las capacidades funcionales (Suominen et al., 2005). La incidencia de estreñimiento aumenta en las personas que tienen mermadas sus capacidades funcionales y cognitivas y en los ancianos más débiles (Campbell et al., 1993; Folden et al., 2002). La identificación de dichas capacidades funcionales y cognitivas del paciente puede ayudar al profesional sanitario a comprender mejor al paciente. Se pueden encontrar las herramientas para evaluar la capacidad funcional y cognitiva en las siguientes Guías de la RNAO *Detección del delirio, la demencia y la depresión en personas mayores* (2010) y *Estrategias de cuidado de personas mayores con delirio, demencia y depresión* (2010). Ambas guías pueden descargarse desde la página web de la RNAO: www.rnao.org/bestpractices.	+
## Recomendación 5 Llevar a cabo un reconocimiento físico del abdomen y el recto. Valorar la fuerza de los músculos abdominales, los ruidos intestinales, la integridad del reflejo anal y la presencia de hemorroides, masas abdominales, estreñimiento o retención fecal. Nivel de Evidencia: IV	✓
## Recomendación 6 Antes de empezar a aplicar el protocolo de estreñimiento, determinar mediante un registro de 7 días: el patrón intestinal (frecuencia y características de las heces, horas a las que suelen producirse las evacuaciones intestinales); la existencia de episodios de estreñimiento, incontinencia fecal o manchado; los métodos de aseos empleados; y los tipos y las cantidades de líquidos y alimentos ingeridos. Nivel de Evidencia: IV	✓
Se ha revisado el primer párrafo de la discusión de la evidencia de la página 26 y se ha añadido un párrafo final para reflejar la nueva evidencia de la literatura: ### Discusión de la Evidencia No se ha validado ningún instrumento específico de evacuación intestinal. La opinión de expertos clínicos se mantiene en que es necesario contar con información basal sobre el patrón intestinal del paciente, los síntomas de estreñimiento o retención fecal que presente, y su ingesta de líquidos y alimentos para poder realizar una valoración y trazar un plan de cuidados (Briggs, 2008; Orr, Johnson & Yates, 1997). La información basal sobre el patrón intestinal del paciente es fundamental, ya que puede haber grandes diferencias en lo que los propios pacientes pueden considerar normal. Un gran estudio realizado con mujeres de Estados Unidos halló que una evacuación intestinal diaria no siempre es lo normal (Zutshi et al., 2007). Además, los pacientes que viven en centros de larga estancia suelen tener menos actividad intestinal que aquellos que viven en la comunidad (Marfil, Davies & Dettmar, 2005). Los residentes en instituciones también presentan mayor incidencia de esfuerzo defecatorio (Marfil, Davies & Dettmar, 2005).	+

## Recomendación 7 La ingesta de líquidos debe oscilar entre 1.500 y 2.000 mililitros (ml) de líquidos cada 24 horas; se debe animar al paciente a beber sorbos de líquidos a lo largo del día y a reducir al mínimo el consumo de bebidas alcohólicas o con cafeína. Nivel de Evidencia: III	✓
Se ha añadido el siguiente párrafo a la discusión de la evidencia de la página 26 y 27: ### Discusión de la Evidencia A fecha de 2011, no se hallaron estudios en los que se investigase la efectividad del consumo de líquidos o de la hidratación por sí solos como medio para prevenir el estreñimiento. En un ensayo controlado realizado por Schnelle et al. (2010) se descubrió que las intervenciones con enfoque múltiple que incluían ingesta de líquidos y ayuda en el aseo, ejercicio y un mejor consumo de alimentos resultaban efectivas para reducir el estreñimiento. Sin embargo, no es posible determinar el efecto de la ingesta de líquidos por sí sola para prevenir el estreñimiento. Una revisión sistemática (Leung, 2007) halló evidencia contradictoria sobre el efecto de la ingesta de líquidos para prevenir el estreñimiento.Se debe seguir recomendando una hidratación adecuada y la prevención de la deshidratación en personas mayores, ya que ofrecen muchos beneficios en salud.	+
## Recomendación 8 La ingesta de fibra en la dieta debe oscilar entre 21 – 25 gramos de fibra diarios. El consumo de fibra debe ir aumentando gradualmente una vez que el paciente ingiera de forma regular un consumo habitual de 1500 ml de líquidos cada 24 horas. Nivel de Evidencia: III	✎
Se han añadido los siguientes párrafos, con nuevo respaldo de la literatura, al principio de la discusión de la evidencia en la página 27 de la Guía: ### Discusión de la Evidencia El consumo adecuado de fibra en la dieta es de 14g/1000kcal, para el paciente medio de atención de larga estancia, que consume aprox. 1500kcal al día. Según los estándares del Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario, se recomienda un mínimo de 20 gramos de fibra diarios. Sin embargo, los pacientes que se encuentran inmovilizados precisan un menor consumo de fibra, por lo que el aumento de fibra en la dieta debe valorarse con cautela en determinados grupos de pacientes en cama. Se recomienda encarecidamente consultar a un nutricionista. Un ensayo controlado aleatorizado (Wisten & Messner 2005) halló que la administración de una papilla con 7,5 gramos de fibra se asociaba a un mayor índice de evacuación fecal sin laxantes y a un menor malestar que en el grupo de control. Otro ensayo controlado aleatorizado (Hale et al., 2007) halló que la administración de un laxante natural administrado dos veces al día (un total de 2,8 gramos de fibra al día) daba como resultado una mayor actividad intestinal y un menor coste en laxantes. Un ensayo controlado ciego paralelo (Sturtzel et al., 2009) halló que si se añade salvado de avena a la dieta de las personas mayores, se registra un menor uso de laxantes.	+

Además de la dieta rica en fibra, los estudios parecen indicar la utilidad potencial de los complementos probióticos para el manejo del estreñimiento en los residentes de estos centros (Sairanen, Piirainen, Nevala and Korepla, 2007; Carlsson, Gustafson, Haglin, and Eriksson, 2009; An, Baek, Jang, Lee et al., 2010; Chmielewska & Szajewska, 2010). Algunos estudios actuales han mostrado que el equilibrio de la microflora intestinal mejora con los complementos probióticos, que ejercen un efecto beneficioso en la salud de las personas al actuar sobre el estreñimiento, ya sea reduciendo la actividad de enzimas perjudiciales (An et al, 2010) o aumentando el bolo fecal y ablandando las heces (Sairanen et al., 2007). No obstante, sería preciso contar con más evidencia procedente de ensayos controlados aleatorizados más grandes para evaluar con certeza el efecto y la eficacia de la administración de probióticos para prevenir el estreñimiento (Chmielewska & Szajewska, 2010; An et al., 2010).	
Recomendación 9 Fomentar el aseo con un horario regular cada día, según cuál sea la "comida desencadenante" tras la cual el paciente suele sentir la necesidad de defecar. Respetar la intimidad visual y sonora del paciente durante el aseo. Nivel de Evidencia: III	✓
Recomendación 9.1 Emplear la posición en cuclillas para facilitar la defecación. Si el paciente no puede usar el retrete (por ejemplo, por estar encamado), se le debe recostar sobre el lado izquierdo, con las rodillas dobladas y las piernas subidas hacia el abdomen. Nivel de Evidencia: III	✓
Se han añadido las frases incluidas a continuación al final del primer párrafo de la Discusión de la evidencia de la página 28 de la Guía: **Discusión de la Evidencia** Schnelle et al. (2009) realizaron un estudio observacional para determinar la prevalencia de los síntomas de estreñimiento y el efecto que tenía sobre el estreñimiento un ensayo de breve asistencia en el aseo. Dicho estudio reveló que la actividad intestinal aumentaba significativamente en los residentes de centros de larga estancia cuando se les ofrecía ayuda en el aseo cada 2 horas o cuatro veces al día	+
Recomendación 10 Adaptar la actividad física a las capacidades físicas del individuo, a su estado de salud, a sus preferencias personales y a la viabilidad para garantizar la adherencia al programa. La frecuencia, intensidad y duración de los ejercicios debe ajustarse a la tolerancia del paciente. Nivel de Evidencia: IV	✓
Recomendación 10.1 Fomentar la deambulación en los pacientes con movilidad total o limitada (15-20 minutos una o dos veces al día, o 30-60 minutos diarios o de entre 3 a 5 veces por semana). Se recomienda que los pacientes con movilidad limitada caminen al menos 15 metros dos veces al día Nivel de Evidencia: IV	✓

Recomendación 10.2 En los casos de pacientes que no pueden caminar o están encamados, se recomienda efectuar ejercicios como la basculación pélvica, rotación del bajo tronco y levantamiento alterno de pierna. Nivel de Evidencia: IV	✓
Se ha añadido el siguiente párrafo revisado en la página 29 de la Guía para reflejar el respaldo de la literatura: **Discusión de la Evidencia** Se considera que el ejercicio tiene un papel muy importante para prevenir el estreñimiento y ocupa un lugar destacado en los programas de manejo; sin embargo, no se ha aislado en ningún estudio la contribución del ejercicio por sí solo para prevenir el estreñimiento (Leung, 2007). La investigación con encuestas ha desvelado que el estreñimiento era significativamente menos frecuente entre los pacientes que practicaban ejercicio físico con regularidad u ocasionalmente y más frecuente en aquellos que se definían como inactivos (Garrigues et al., 2004; Wald et al., 2008). En un ensayo controlado aleatorizado con adultos mayores residentes en centros de larga estancia en Países Bajos, se observó que la asistencia dos veces a la semana a sesiones de ejercicio físico no influía en las molestias por estreñimiento (Chin A Paw et al., 2006). Los autores reconocieron que no es probable que una única intervención, como la práctica de ejercicio, resulte efectiva si no va acompañada de otras intervenciones (Chin A Paw et al., 2006).	+
Recomendación 11 Evaluar la respuesta del paciente y la necesidad de continuar las intervenciones mediante la elaboración de un diario de hábitos intestinales que indique la frecuencia, características y esté bien del patrón intestinal, así como los episodios de estreñimiento o manchado y el uso de laxantes orales o rectales. Evaluar la satisfacción del paciente con su patrón intestinal, así como su percepción de los progresos realizados en este ámbito. Nivel de Evidencia: IV	
Respaldo de la literatura: Skelly, J. (2007).	+

Recomendaciones para la formación

Recomendación 12 Es recomendable organizar programas integrales de formación orientados a **identificar de forma temprana el riesgo de estreñimiento en los pacientes,** a reducir y **manejar** el estreñimiento y a promover la salud intestinal, destinados a enfermeras interesadas en este ámbito o con experiencia en la promoción de la continencia (p. ej., asesoras sobre continencia, especialistas clínicas, enfermeras clínicas). Estos programas deben incluir contenidos dirigidos a todos los niveles de la atención sanitaria (profesionales sanitarios, pacientes, familiares, cuidadores...). Para evaluar la efectividad del programa de prevención del estreñimiento, deben incorporarse mecanismos de evaluación como las auditorías y los controles de calidad en la planificación del proceso Nivel de Evidencia: IV	✎
Se ha modificado la recomendación y se ha añadido "identificar de forma temprana el riesgo de estreñimiento en los pacientes" y "manejar el estreñimiento" (en negrita). Se ha revisado la discusión de la evidencia de la página 31 para reflejar el respaldo de la literatura y los nuevos párrafos:	+

Discusión de la Evidencia

La revisión de la literatura indica que muy pocos estudios se han ocupado del papel de desempeña la formación en:

- La higiene intestinal
- La identificación temprana de los individuos con riesgo de estreñimiento
- La prevención del estreñimiento
- El uso de medidas salduables como ejercicio, la hidratación y el consumo de fibra
- La respuesta pronta y apropiada a la necesidad de defecar.

La opinión clínica de los expertos respalda la recomendación de formar a las enfermeras, a los demás profesionales sanitarios, a los pacientes y a sus familiares sobre los beneficios de la higiene intestinal. Algunos de los aspectos específicos de este tema que se recomienda tratar son:

- Fisiología del intestino y la defecación
- Definición y tipo de estreñimiento
- Niveles de riesgo de estreñimiento
- Herramientas de evaluación del riesgo de estreñimiento
- Cuidado intestinal en personas mayores
- Estrategias para mejorar la función intestinal
- Comprensión de la información referida por el propio paciente en el caso de los ancianos
- Erradicación de creencias erróneas, como la necesidad de tener una evacuación intestinal al día
- Influencia de los medicamentos en la función intestinal
- Influencia del deterioro de la función intestinal en el vaciado de la vejiga y las infecciones de orina
- Influencia de los trastornos médicos en la función intestinal
- Influencia de la hospitalización aguda en la función intestinal
- Efecto del uso prolongado de laxantes
- Efecto de los distintos tipos de laxantes
- Uso de la Escala de heces de Bristol

En los centros de larga estancia, puede ser útil designar a personas de referencia para la prevención del estreñimiento o contar con enfermeras encargadas de la difusión de información en esta área, a quienes se pueda acudir para cualquier tema relacionado con problemas de estreñimiento; así se contará con un soporte para los programas de formación y de prevención y manejo del estreñimiento (Grainger, Castledine, Wood, & Dilley, 2007).

Las enfermeras pueden valerse de una herramienta que ayude a aplicar los programas formativos en este ámbito, como la incluida en el recurso de la RNAO Continence-Constipation Workshop for RNs in Long-Term Care: A Facilitator`s Guide (RNAO, 2007). que se puede descargar de la página web de la RNAO en www.rnao.org/bestpractices.

Véase el *Anexo H* para consultar una lista de recursos informativos sobre el estreñimiento.

Bibliografía adicional:
Choung et al., 2007;
DiPalma, Cleveland, McGowan & Herrera, 2007;
Garrigues et al., 2004;
Grieve, 2006;
Higgins et al., 2004;
Iantorno et. al., 2007;
Leung, 2007;
Marfil et al., 2005;
Nakaji et al., 2004;
Richmond & Wright, 2004;
Rosia-Randell et al., 2007;
Wald et al., 2008

+

Recomendación 13

Abordar la prevención y el manejo del estreñimiento desde la perspectiva de un equipo **interprofesional**.

Nivel de Evidencia: IV

Se ha cambiado esta recomendación para reflejar la terminología actual, es decir interprofesional vs. interdisciplinar. Se ha modificado la discusión de la evidencia de la página 32 para reflejar los cambios en la redacción y la literatura adicional en la que se apoya:

Discusión de la Evidencia

Los factores que contribuyen al estreñimiento pueden ser: deficiencias funcionales, problemas de movilidad, barreras del entorno, déficits sensoriales, problemas de hidratación o alimentarios, procesos crónicos, polifarmacia, estado de ánimo o problemas cognitivos y sociales. Por eso se recomienda aplicar un enfoque **interprofesional** para el manejo del estreñimiento. Los miembros del equipo multidisciplinar pueden ser enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos clínicos, nutricionistas, cuidadores informales y médicos y especialistas.

Los fisioterapeutas evalúan la movilidad, los traslados, el equilibrio y la fuerza del paciente. Los terapeutas ocupacionales evalúan el entorno físico y social, así como la capacidad de cada paciente para realizar actividades de la vida diaria como vestirse y asearse. Los farmacéuticos clínicos revisan la medicación para identificar los medicamentos que pueden contribuir al estreñimiento. Los nutricionistas ofrecen asesoramiento respecto a las modificaciones en la ingesta de líquidos, de cafeína y de fibra.

Los cuidadores de primera línea, como cuidadores informales o enfermeras, se ocupan de la hidratación, el aseo, la higiene y el manejo del estreñimiento y la incontinencia. A menudo son los primeros en identificar los problemas de estreñimiento. Las enfermeras pueden realizar la valoración inicial y desarrollar planes de tratamiento conductual. Los médicos que atienden a estos pacientes pueden acudir a cualquiera de los profesionales anteriormente citados para contar con su ayuda en el manejo de la incontinencia y el estreñimiento. Los médicos pueden identificar complicaciones graves del estreñimiento que requieran intervención médica o quirúrgica. Es fundamental que haya comunicación entre los distintos profesionales sanitarios para identificar y manejar este problema de salud.

Los profesionales sanitarios deben contar con una formación adecuada que mejore sus conocimientos y su práctica profesional en el manejo del estreñimiento (Granger et al., 2007).

+

Recomendación 14

Promover la implantación eficaz de las Guías de buenas prácticas en enfermería designando profesionales de referencia entrenados para fomentar los cambios y proporcionando los recursos, la planificación y el respaldo administrativo e institucional necesarios. La implantación de las Guías debe tener en cuenta las circunstancias locales y llevarse a cabo a través de un programa de formación y educación activo. Para ello, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la *Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica* sobre la base de las evidencias disponibles, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta para la implantación de la Guía de la RNAO para la *Prevención del estreñimiento en personas mayores.*

Nivel de Evidencia: IV

✓

Anexos

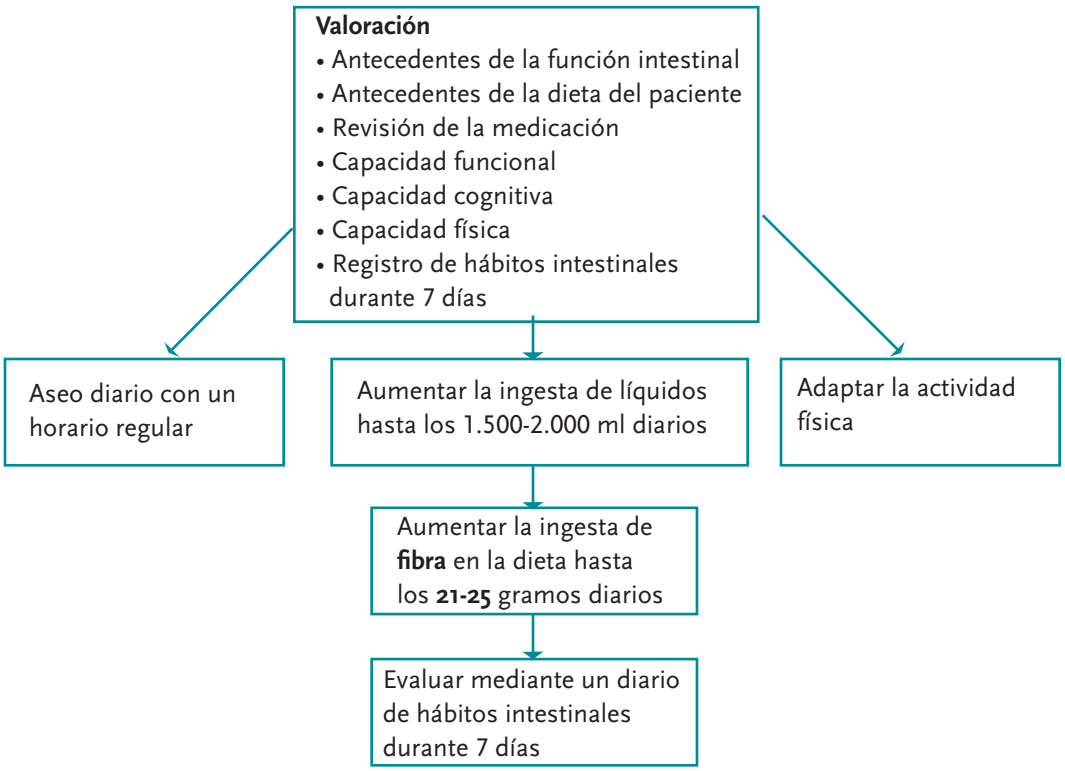
Se han revisado y reordenado los anexos, y se ha añadido uno NUEVO:

Anexo antiguo	Anexo nuevo
Anexo A: Estrategia de búsqueda de la evidencia existente	Sigue siendo Anexo A; sin cambios de contenido
Anexo B: Algoritmo de prevención del estreñimiento	Sigue siendo Anexo B; con cambios de contenido
Anexo C: Modelo de diario de hábitos intestinales	Sigue siendo Anexo C; con cambios de contenido
	Nuevo Anexo D: Escala de heces de Bristol
Anexo D: Valores en la dieta de determinados alimentos	Nuevo Anexo E; con cambios de contenido
Anexo E: Alimentos ricos en fibra	Nuevo Anexo F; con cambios de contenido
Anexo F: "Galletas a la taza"	Nuevo Anexo G; sin cambios de contenido
Anexo G: Recursos con información sobre el estreñimiento	Nuevo Anexo H: información adicional
Anexo H: Descripción de la Herramienta	Nuevo Anexo I: sin cambios de contenido

A continuación se incluye información detallada para los citados anexos modificados:

Anexo B: Algoritmo de prevención del estreñimiento

Se ha revisado el algoritmo para reflejar los cambios en el consumo de fibra:



Anexo C: Modelo de diario de hábitos intestinales

Se ha revisado el cuadro incluido a continuación para reflejar los distintos tipos de heces tal y como los define la Escala de heces de Bristol:

Nombre del paciente: _____

	Fecha:		
	Noches	Días	Tardes
Evacuación intestinal			
Hora			
Continencia			
Tipo (véase la Escala de heces de Bristol)			
Cantidad			
Aseo			
Ingesta de líquidos			
Ingesta de fibra			
Tratamiento			
Derivaciones/consultas			
Nº total de evacuaciones intestinales			
# Nº de episodios de estreñimiento o manchado			
Iniciales			

Leyenda:

Evacuación intestinal: ✓ Indicar hora

Continencia:
✓ = Controlada
I = Incontinente

Cantidad:
P = pequeña(< 250 ml)
M = mediana (> 250 - < 500 ml)
G = grande (> 500 ml)
R = rezumante; **MC** = manchado

Tipo:
1 = pedazos duros separados, difíciles de excretar
2 = con forma de salchicha llena de bultos
3 = con forma de salchicha, con grietas en la superficie
4 = como una salchicha o una serpiente, lisa y blanda
5 = trozos de masa pastosa con bordes definidos
6 = fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares y consistencia pastosa
7 = acuoso, sin trozos sólidos, completamente líquido

Aseo:
R = retrete
RP = retrete portátil
C = cuña
TC = tendido sobre el costado

Ingesta de líquidos:
Indicar la cantidad real consumida durante el turno. Calcular e indicar la ingesta en las últimas 24 horas.

Ingesta de fibra:
Indicar la cantidad de alimentos con fibra consumidos.

Tratamientos:
Laxantes (si es preciso), supositorios, enemas, estimulación rectal. Indicar la hora a la que se efectuó el tratamiento y las iniciales de quien lo aplicó. Los laxantes prescritos para su consumo regular se anotarán en la hoja de tratamiento.

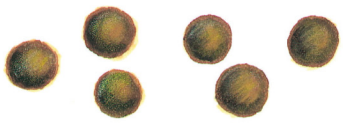
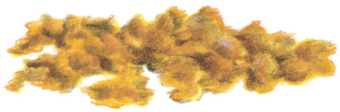
Derivaciones:
D = Dietista
EEI = Enfermera especialista en incontinencia
TO = Terapeuta ocupacional
F = Farmacéutico
FT = Fisioterapeuta

Nº total de evacuaciones intestinales:

Nº total de episodios de estreñimiento o manchado:

Anexo D: Escala de heces de Bristol

ESCALA DE HECES DE BRISTOL

Tipo 1		Pedazo duros separados, difíciles de excretar
Tipo 2		Con forma de salchicha llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha, con grietas en la superficie
Tipo 4		Como una salchicha o una serpiente, lisa y blanda
Tipo 5		Trozos de masa pastosa con bordes definidos
Tipo 6		Fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares y consistencia pastosa
Tipo 7		Acuoso, sin trozos sólidos, completamente líquido

Reproduced by kind permission of Dr KW Heaton,
Reader in Medicine at the University of Bristol.
©2000 Produced by Norgine Pharmaceuticals Limited,

Anexo E: Contenido en fibra dietética de determinados alimentos

El cuadro incluido a continuación sustituye al de las páginas 51y 52 de la Guía revisada:

Nombre del alimento	Ración	Peso (g)	Contenido en fibra (g)
Panes y panecillos			
Bagel, normal (10 cm diám.)	1	71	1,6
Pan, mezcla de cereales	1 rebanada	35	2,2
Pan de harina de avena	1 rebanada	35	1,4
Pan de pita blanco (17 cm diám.)	1	60	1,3
Pan de pita integral (17 cm diám.)	1	64	4,7
Pan pumpernickel (pan negro de cereales integrales)	1 rebanada	35	2,3
Pan de pasas	1 rebanada	35	1,5
Pan de centeno	1 rebanada	35	2
Pan blanco comercial	1 rebanada	35	0,8
Pan integral comercial	1 rebanada	35	2,4
Panecillo inglés blanco tostado	1	52	1,5
Panecillo inglés integral tostado	1	52	2,6
Panecillo individual blanco, tipo medianoche	1	28	0,9
Panecillo individual integral, tipo medianoche	1	28	2,1
Otras variedades de pan			
Tostada, congelada y lista para tostar	1 rebanada	59	0,6
Tortita normal, mezcla completa (13 cm diám.)	1	40	0,4
Tortita normal, congelada y lista para tostar (13 cm diám.)	1	41	0,7
Arroces, pastas y otros cereales			
Cebada perlada	125 mL	83	2
Cuscús	125 mL	83	0,7
Quinoa	125 mL	73	1,3
Macarrones	250 mL	148	1,8
Fideos de huevo	250 mL	169	1,9
Pasta fresca o refrigerada	250 mL	169	3,7
Arroz integral de grano largo	125 mL	103	1,5
Arroz blanco de grano largo	125 mL	83	0,4
Espagueti	250 mL	148	2,5
Espagueti integrales	250 mL	148	4,8
Cereales de desayuno			
Gachas			
Papilla de trigo normal	175 mL	186	0,7
Salvado de avena	175 mL	179	3,4

Nombre del alimento	Ración	Peso (g)	Contenido en fibra (g)
Harina de avena instantánea, sabor manzana y canela	1 paquete	186	2,8
Harina de avena instantánea normal	1 paquete	186	2,7
Harina de avena en copos, de rápida preparación	175 mL	173	2,6
Listo para el consumo			
All Bran Buds con psilio, Kellogg's™	75 mL	27	11,3
All Bran, Kellogg's™	125 mL	35	11,8
Bran Flakes, Post™	250 mL	53	7,4
Cheerios, regular General Mills™	250 mL	24	2,2
Corn Bran, Quaker™	250 mL	38	6,1
Corn Flakes, Kellogg's™	250 mL	26	0,7
Fibre 1, General Mills™	125 mL	30	14,1
Granola with Raisins, Rogers™	125 mL	59	5,3
Grape-Nuts, Post™	125 mL	58	6
Mini-Wheats with White Frosting, Kellogg's™	175 mL	35	3,6
Muesli, President's Choice™	75 mL	40	3,5
Oatmeal Crisp Almond, General Mills™	125 mL	32	2,3
Oatmeal Crisp Maple Walnut, General Mills™	125 mL	32	2,3
Raisin Bran, Kellogg's™	250 mL	59	6,7
Rice Krispies, Kellogg's™	250 mL	29	0,3
Shredded Wheat, Post™	1 biscuit	25	3,5
Shreddies, Post™	175 mL	38	4,4
Special K, Kellogg's™	250 mL	24	0,3
Weetabix™	2 galletas	35	4,4
Crackers (galletas tipo cracker)			
Crackers de queso pequeños	15	15	0,4
Tostada Melba	2	10	0,6
Crackers de leche	2	24	0,5
Biscotes tipo rusk	1	10	0,6
Crackers de trigo	4	20	1,4
Crackers de trigo de bajo contenido en grasa	4	18	0,9
Crackers de trigo normales	4	16	1,7
Judías, guisantes y lentejas			
Judías cocidas, normales o vegetarianas, en conserva	175 mL	188	7,7
Habichuelas rojas en conserva, no secas	175 mL	189	12,1
Judías blancas en conserva, no secas	175 mL	194	9,9
Judías pintas en conserva, no secas	175 mL	178	8,2

Nombre del alimento	Ración	Peso (g)	Contenido en fibra (g)
Frijoles carita en conserva, no secos	175 mL	178	5,9
Garbanzos en conserva, no secos	175 mL	178	7,8
Lentejas cocidas y salteadas	175 mL	146	6,2
Lentejas rojas, cocidas	175 mL	179	5,9
Arvejas partidas, cocidas	175 mL	145	4,2
Granos de soja, cocidos	175 mL	127	8
Derivados del cacahuete			
Mantequilla de cacahuete con trozos, grasa, con azúcar y sal añadidos	30 mL	32	2,6
Mantequilla de cacahuete natural	30 mL	31	2,5
Mantequilla de cacahuete sin trozos, grasa, con azúcar y sal añadidos	30 mL	32	1,8
Mantequilla de cacahuete sin trozos, ligera	30 mL	36	1,9
Frutos secos			
Almendras	60 mL	36	4,2
Avellanas	60 mL	34	2,7
Nueces de Macadamia, tostadas con sal	60 mL	34	0,5
Mezcla de frutos secos tostados	60 mL	35	2,4
Pacanas	60 mL	25	1,6
Piñones secos	60 mL	34	1,7
Pistachos con cáscara, tostados con sal	60 mL	31	1,7
Nueces	60 mL	25	1,6
Mantecas de frutos secos			
Pasta de almendra	30 mL	32	1,2
Pasta de anacardos	30 mL	32	0,6
Pasta de sésamo, tahini o tahina	30 mL	30	2,8
Semillas			
Semillas de linaza, enteras y molidas	15 mL	11	56
Pipas de calabaza secas	60 mL	35	189
Pipas de girasol, tostadas con sal	60 mL	32	189
Verduras			
Alcachofa hervida, escurrida	1 tamaño medio	120	4,7
Espárrago en conserva, escurrido	6 piezas	108	1,5
Espárrago, fresco o congelado, escurrido	6 piezas	90	1,6
Judías de lima congeladas, hervidas, escurridas	125 mL	95	4
Judías verdes (variedad verde, amarilla, italiana), en conserva, escurridas	125 mL	71	1,5
Judías verdes (variedad verde, amarilla, italiana), frescas o congeladas, hervidas, escurridas	125 mL	71	1,9

Nombre del alimento	Ración	Peso (g)	Contenido en fibra (g)
Remolacha troceada hervida, escurrida	125 mL	90	1,8
Col china o repollo chino en tiras, hervido, escurrido	125 mL	90	0,9
Brécol troceado, hervido, escurrido	125 mL	82	2
Repollo verde en tiras, hervido, escurrido	125 mL	79	1,3
Repollo rojo en tiras, crudo	125 mL	37	0,8
Zanahoria baby, cruda	8	80	1,4
Zanahoria fresca o congelada, hervida, escurrida	125 mL	77	1,9
Coliflor troceada hervida, escurrida	125 mL	66	1,8
Coliflor troceada cruda	125 mL	53	0,9
Apio crudo	1 stalk	40	0,6
Maíz dulce en conserva, en crema	125 mL	135	1,8
Pepino pelado crudo	4 slices	28	0,2
Col rizada troceada, hervida, escurrida	125 mL	69	1,4
Puerro troceado, hervido, escurrido	125 mL	55	0,5
Lechuga tipo Boston, en tiras	250 mL	58	0,6
Lechuga tipo iceberg, en tiras	250 mL	58	0,7
Champiñones troceados, en conserva, escurridos	125 mL	82	2,3
Champiñones blancos laminados salteados	125 mL	57	1
Cebolleta verde, cruda	1 medium	15	0,4
Chirivía troceada hervida, escurrida	125 mL	82	2,7
Guisantes verdes en conserva, escurridos	125 mL	90	4
Guisantes verdes congelados, hervidos, escurridos	125 mL	85	3,7
Pimiento verde dulce sofrito	125 mL	74	1,3
Patata asada (pulpa)	1	156	3,4
Patata asada (pulpa y monda)	1	173	3,8
Patata hervida sin monda	1	135	1,9
Patata hervida (pulpa y monda)	1	150	2,5
Patatas al horno caseras	125 mL	129	2,5
Calabaza en conserva	125 mL	129	3,8
Rábano	3 medium	14	0,2
Espinacas hervidas, escurridas	125 mL	95	2,3
Espinacas troceadas, crudas	250 mL	32	0,7
Patata dulce asada, pelada después de asar	½	57	1,9
Tomate en conserva, frito	125 mL	135	1,4
Tomate en conserva, entero	125 mL	127	1
Tomate crudo	1	123	1,5
Nabo blanco en dados, hervido, escurrido	125 mL	82	1,6

Nombre del alimento	Ración	Peso (g)	Contenido en fibra(g)
Verduras orientales variadas (brécol, zanahorias, judías verdes, mini mazorcas de maíz, tirabeques, pimiento rojo dulce), congeladas, hervidas, escurridas	125 mL	74	1,8
Verduras congeladas (brécol y coliflor), hervidas, escurridas	125 mL	95	2,4
Verduras variadas (maíz, habones, judías verdes, guisantes, zanahorias), congeladas, hervidas, escurridas	125 mL	96	2,8
Verduras (guisantes y zanahorias) en conserva, no escurridas	125 mL	135	2,7
Calabacín crudo en rodajas	4	40	0,4
Calabacín en rodajas, hervido, escurrido	125 mL	95	1,3
Zumos de verduras y otros productos			
Zumo de zanahoria	125 mL	125	1
Ensalada de col con aliño	125 mL	63	1
Ensalada de patata	125 mL	132	1,4
Zumo de tomate	125 mL	128	0,9
Zumo de tomate sin sal	125 mL	184	0,7
Salsa de tomate para pasta, en conserva	125 mL	132	1,9
Salsa de tomate en conserva	125 mL	129	1,9
Zumo de verduras variadas	125 mL	128	0,7
Zumo de verduras variadas bajo en sodio	125 mL	128	1
Frutas			
Manzana sin pelar (7 cm diám.)	1	138	2,6
Compota de manzana sin azúcar	125 mL	129	1,5
Albaricoques crudos	3	105	2,1
Aguacate	½	101	6,7
Plátano	1	118	2,1
Moras	125 mL	76	4
Arándanos congelados, sin azúcar	125 mL	82	2,6
Cerezas dulces	10	68	1,4
Clementinas	1	74	1,3
Cóctel de frutas en almíbar	125 mL	128	1,3
Pomelo rojo o blanco	½	123	2
Uvas	20	100	1,2
Kiwi	1	76	2,3
Lichis	10	96	1,2
Mango	½	104	1,9
Melón cantalupo troceado	125 mL	85	0,6

Nombre del alimento	Ración	Peso (g)	Contenido en fibra (g)
Melón verde troceado	125 mL	90	0,7
Sandía troceada	125 mL	80	0,3
Nectarina	1	136	2,3
Naranja	1	131	2,3
Papaya troceada	125 mL	74	1,3
Melocotón	1	98	1,9
Melocotón en almíbar	125 mL	133	1,7
Pera sin pelar	1	166	5
Pera en almíbar	125 mL	133	2,1
Piña troceada	125 mL	82	1,1
Ciruela	1	66	1,1
Ciruelas pasas	3	25	1,8
Ciruelas pasas cocidas sin azúcares añadidos	60 mL	63	3,6
Frambuesas	125 mL	65	4,2
Fresas	7	84	1,9
Mandarina seca en almíbar	125 mL	100	1,2
Zumos de frutas			
Zumo de manzana con vitamina C añadida, listo para el consumo	125 mL	126	0,1
Zumo de arándano sin azúcar, listo para el consumo	125 mL	134	0,1
Bebida de zumo de arándanos y manzana baja en calorías, con vitamina C añadida, lista para el consumo	125 mL	127	0,1
Zumo de uva con vitamina C añadida, listo para el consumo	125 mL	132	0,1
Zumo de pomelo con azúcar, listo para el consumo	125 mL	132	0,1
Zumo de naranja congelado y diluido	125 mL	132	0,3
Zumo de naranja, listo para el consumo	125 mL	132	0,3
Zumo de naranja refrigerado con calcio y vitamina D añadidos, listo para el consumo	125 mL	132	0,3
Zumo de ciruela, listo para el consumo	125 mL	135	1,4

Referencia: Valor nutricional de algunos alimentos más comunes, Health Canada. Información recuperada en miércoles, 12 de julio, 2011
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/fiche-nutri-data/index-eng.php

Revisado por Gargi Pannu, RD., M.Sc
Clinical Registered Dietitian
Veteran and Community Centre
Sunnybrook Health Sciences Centre

Anexo F: Alimentos ricos en fibra

El cuadro incluido a continuación sustituye al de la página 53 de la Guía revisada:

Tamaño de alimentos y raciones	Fibra por ración	Ración diaria recomendada según la Guía de alimentos de Canadá.
Panes Pan integral o de centeno (1 rebanada) Bagel integral o pan de pita (½) Panecillo de salvado de avena (½) Galletas integrales tipo cracker (4) Pasta integral, maíz o guisantes (½ taza) Palomitas hechas sin aceite (3 tazas) Germen de trigo (1 cucharada y media)	2 gramos	6-7 porciones de pan, fécula y cereales.
Cereales Cereales integrales o con fibra, servidos fríos (1 onza/28 g) Copos de avena, salvado de avena o sémola (½ taza, seca)	4-8 gramos	En combinación con pan y féculas
Verduras Espárragos cocidos, judías verdes, brécol, repollo, zanahorias, coliflor, verduras de hoja verde, cebollas, tirabeques, espinacas, calabazas, tomates en conserva, patata con la piel (½ taza) Brécol crudo, repollo, zanahoria, coliflor, tomate, apio, pimientos verdes, calabacín (1 taza)	2 gramos	7 raciones
Frutas Manzana, nectarina, naranja, melocotón, plátano (1 de tamaño medio) Pomelo, pera (mitad) Frutas del bosque (1 taza)	2 gramos	Junto con raciones de verdura
Legumbres Garbanzos, judías, lentejas, judías de lima, arvejas partidas, judías pintas (½ taza)	5 gramos	2-3
Frutos secos con cáscara, Mantecas de frutos secos y semillas Almendras (10), nueces (6), mantequilla de cacahuete (1 cucharada), cacahuetes (15), semillas de sésamo (1 cucharadita), pipas de girasol (2 cucharaditas)	2 gramos	Junto con raciones de legumbre

Referencia: Eating Well with Canada's Food Guide - A Resource for Educators and Communicators. IInformación consultada el 14 de julio, 2011
www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-eng.php

Revisado por Gargi Pannu, RD., M.Sc
Clinical Registered Dietitian
Veteran and Community Centre
Sunnybrook Health Sciences Centre

Anexo H: Recursos de información para el estreñimiento

La lista incluida a continuación ha sido comprobada y actualizada con los enlaces web más recientes, y sustituye a la de la página 55 de la Guía revisada:

Canadian Celiac Association - www.celiac.ca

Health Canada: Valor nutricional de algunos alimentos más comunes – http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/fiche-nutri-data/nutrient_value-valeurs_nutritives-tc-tm-eng.php

National Digestive Disease Information Clearinghouse: Constipation – http://www.niddk.nih.gov

The American Gastroenterological Association – http://www.gastro.org/

NUEVA Canadian Association of Gastroenterology - http://www.cag-acg.org/

NUEVA Canadian Association of Gastroenterology Nurses & Associates - http://www.csgna.com/

NUEVA Canadian Nurse Continence Advisors – http://www.cnca.ca

Referencias

Briggs, J. (2008). Management of constipation in older adults. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery. Retrieved from http://www.g-i-n.net/library/health-topics-collection/guidelines/jbi-au/management-of-constipation-in-older-adults-best-practice-12-7

Brocklehurst, J. (1977). How to define and treat constipation. *Geriatrics, 32*(6), 85-87.

Brocklehurst, J. (1980). Disorders of the lower bowel in old age. *Geriatrics, 35*(5), 47-52.

Campbell, A. J., Busby, W. J. & Horvath, C. C. (1993). Factors associated with constipation in a community based sample of people aged 70 years and over. *Journal of Epidemiology and Community Health, 47*(1), 23-26.

Chia, Y. W., Fowler, C. J., Kamm, M. A., Henry, M. & Lemieux, M. C. (1995). Prevalence of bowel dysfunction in patients with multiple sclerosis and bladder dysfunction. *Journal of Neurology, 242*(2), 105-108.

Chin, A. P., Van Poppel, M. N. M., & Van, M. W. (2006). Effects of resistance and functional-skills training on habitual activity and constipation among older adults living in long-term care facilities: A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics,6*(9).

Choung, R. S., Locke, G. R., III, Schleck, C. D., Zinsmeister, A. R., & Talley, N. J. (2007). Cumulative incidence of chronic constipation: A population-based study 1988-2003. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 26*(11), 1521-1528.

DiPalma, J. A., Cleveland, M. B., McGowan, J., & Herrera, J. L. (2007). A comparison of polyethylene glycol laxative and placebo for relief of constipation from constipating medications. *Southern Medical Journal, 100*(11), 1085-1090.

Eating Well with Canada's Food Guide - A Resource for Educators and Communicators., (2009). Retrieved from www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-eng.php

Folden, S., Backer, J. H., Maynard, F., Stevens, K., Gilbride, J. A., Pires, M., & Jones, K. (2002). *Rehabilitation Nursing Foundation Practice Guidelines for The Management of Constipation in Adults*. Retrieved from http://www.rehabnurse.org/pdf/BowelGuideforWEB.pdf

Garrigues, V., Galvez, C., Ortiz, V., Ponce, M., Nos, P., & Ponce, J. (2004). Prevalence of constipation: Agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. *American Journal of Epidemiology, 159*(5), 520-526.

Grainger, M., Castledine, G., Wood, N., & Dilley, C. (2007). Researching the management of constipation in long-term care. Part 2. *British Journal of Nursing, 16*(9), 1212-1217.

Grieve, J. (2006). The prevention and management of constipation in older adults in a residential aged care facility. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 4*(1), 46-53.

Haines, S. T. (1995). Treating constipation in patients with diabetes. *Diabetes Educator, 21*(3), 232-233.

Hale, E. M., Smith, E., St, J. J., & Wojner-Alexandrov, A. W. (2007). Pilot study of the feasibility and effectiveness of a natural laxative mixture. *Geriatric Nursing, 28*(2), 104-111.

Hert, M., & Huseboe, J. (1998). *Research based protocol: Management of constipation.* Iowa City: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Higgins, P. D. R. & Johanson, J. F. (2004). Epidemiology of constipation in North America: A systematic review. *American Journal of Gastroenterology, 99*(4), 750-759.

Hinrichs, M. & Huseboe, J. (2001). Management of constipation evidence-based protocol. In M. G. Titler (Series Ed.), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults,* Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Hosia-Randell, H., Suominen, M., Muurinen, S., & Pitkala, K. H. (2007). Use of laxatives among older nursing home residents in Helsinki, Finland. *Drugs and Aging, 24*(2), 147-154.

Iantorno, G., Cinquetti, M., Mazzocchi, A., Morelli, A., & Bassotti, G. (2007). Audit of constipation in a gastroenterology referral center. *Digestive Diseases & Sciences, 52*(2), 317-320.

Lehne, R. A., Moore, L. A., Crosby, L. J., & Hamilton, D. B. (1994). *Pharmacology for Nursing Care* (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Leung, F. W. (2007). Etiologic factors of chronic constipation - Review of the scientific evidence. *Digestive Diseases and Sciences, 52*(2), 313-316.

Marfil, C., Davies, G. J., & Dettmar, P. W. (2005). Straining at stool and stool frequency in free-living and institutionalised older adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 9*(3), 277-280.

McCrea, G. L., Miaskowski, C., Stotts, N. A., Macera, L., Paul, S. M., & Varma, M. G. (2009). Gender differences in self-reported constipation characteristics, symptoms, and bowel and dietary habits among patients attending a specialty clinic for constipation. *Gender Medicine, 6*(1), 259-271.

McKay, S. L., Fravel, M., & Scanion, C.(2009). *Guideline: Management of constipation.* Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Meza, J., Peggs, J., & O'Brien, J. (1984). Constipation in the elderly patient. *Journal of Family Practice, 18*(5), 695-703.

Nakaji, S., Matsuzaka, M., Umeda, T., Shimoyama, T., Sugawara, K., Sakamoto, J., ... Tokunaga, S. (2004). A population-based study on defecatory conditions in Japanese subjects: Methods for self-evaluation. *Tohoku Journal of Experimental Medicine,* 203(2), 97-104.

Ontario Ministry of Health and Long –Term Care Standards –Dietary Services Standards and Criteria: Nutrition and Hydration (2005).

Orr, W. C., Johnson, P., & Yates, C. (1997). Chronic constipation: A clinical conundrum. *Journal of the American Geriatrics Society, 45*(5), 652-653.

Registered Nurses' Association of Ontario (2010). *Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression.* Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2010). *Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults.* Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2007). *Continence/Constipation Education Learning Cycles: A Facilitator's Guide.* Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2002). *Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines.* Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Richmond, J. P. & Wright, M. E. (2004). Review of the literature on constipation to enable development of a constipation risk assessment scale. *Clinical Effectiveness in Nursing, 8*(2), 11-25.

Schnelle, J. F., Leung, F. W., Rao, S. S. C., Beuscher, L., Keeler, E., Clift, J. W., Simmons, S. (2010). A controlled trial of an intervention to improve urinary and fecal incontinence and constipation. *Journal of the American Geriatrics Society, 58*(8), 1504-1511.

Siproudhis, L., Pigot, F., Godeberge, P., Damon, H., Soudan, D., & Bigard, M. A. (2006). Defecation disorders: A French population survey. *Diseases of the Colon & Rectum, 49*(2), 219-227.

Skelly, J.(2007). *Promoting Continence Care: A Bladder and Bowel Handbook for Care Providers*. Custom Courseware, McMaster University, Hamilton Ontario.

Sturtzel, B., Mikulits, C., Gisinger, C., & Elmadfa, I. (2009). Use of fiber instead of laxative treatment in a geriatric hospital to improve the wellbeing of seniors. *Journal of Nutrition, Health and Aging, 13(2),* 136-139.

Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A., Finne-Soveri, H. & Pitkala, K.H. (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition, 54*(4), 578-583.

Wald, A., Scarpignato, C., Mueller-Lissner, S., Kamm, M. A., Hinkel, U., Helfrich, I. et al. (2008). A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 28*(7), 917-930.

Wisten, A. & Messner, T. (2005). Fruit and fibre (Pajala porridge) in the prevention of constipation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19*(1), 71-76.

Wrenn, K. (1989). Fecal Impaction. *New England Journal of Medicine, 321*(10), 658-662.

Zutshi, M., Hull, T. L., Bast, J., & Hammel, J. (2007). Female bowel function: The real story. *Diseases of the Colon & Rectum, 50*(3), 351-358.

Revisión: marzo 2005

Guías de buenas prácticas en enfermería

Prevención del estreñimiento en personas mayores

Este proyecto está financiado por el Government of Ontario

0-920166-54-7

RNAO Registered Nurses Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM