

ESTREÑIMIENTO Y LAXANTES. ACTUALIZACIÓN

Sumario

- Introducción
- Cómo tratar el estreñimiento
 - Medidas higiénico-dietéticas
 - ¿Cuándo deben utilizarse los laxantes?
 - ¿Qué laxante utilizar?
 - Retirada de laxantes
- Grupos especiales
 - Embarazo y lactancia
 - Ancianos
 - Cuidados paliativos
 - Niños y adolescentes
- Abuso de laxantes
- Otros laxantes
 - Metilnaltrexona
 - Prucaloprida
 - Linaclotida
 - Lubiprostona
 - Naloxegol

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es uno de los síntomas digestivos más frecuentes en la consulta de atención primaria, pudiendo afectar de manera importante a la calidad de vida de los pacientes^{1,2}. Su prevalencia es elevada, siendo más frecuente en mujeres, en ancianos, en personas con estatus socio-económico bajo y en pacientes con depresión¹.

Se podría definir el estreñimiento como un cambio, real o percibido, del hábito intestinal, que resulta insatisfactorio para el paciente, debido a la disminución de la frecuencia de las deposiciones, la dificultad de paso de heces duras o la evacuación intestinal incompleta³.

Existen unos criterios diagnósticos de estreñimiento crónico (*Criterios Diagnósticos Roma III*) que se utilizan principalmente en el campo de la investigación.

Las posibles causas y condiciones asociadas al estreñimiento son muy variadas e incluyen el uso de algunos fármacos (ver tabla 1). Tanto el estreñimiento como los laxantes suelen estar frecuentemente involucrados en las cascadas de prescripción en los pacientes polimedicados: se prescribe un laxante para tratar el estreñimiento provocado por un medicamento; el laxante a su vez produce reacciones adversas (diarrea, dolores abdominales...) y se prescriben otros medicamentos para tratarlas...

Es fundamental descartar la presencia de signos de alarma que apunten a una posible causa orgánica grave. Cualquier cambio brusco y permanente en el hábito defecatorio debe ser estudiado, especialmente si no está asociado a cambios en el estilo de vida o al uso de medicamentos que pueden producir estreñimiento, particularmente en pacientes mayores de 50 años. Otros signos de alarma son: rectorragia, pérdida de peso no explicable, historia familiar de cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal, anemia ferropénica o presencia de sangre oculta en heces³.

*El tratamiento
prolongado con laxantes
no es necesario en la mayoría
de los casos*

El objetivo de este INFAC es actualizar la información sobre el tratamiento del estreñimiento, que se abordó en el boletín *INFAC 9- nº 10 de 2001*.

Tabla 1: **Algunas causas frecuentes de estreñimiento**

Dietéticas • Ingesta inadecuada de fibra • Escasa ingesta de líquidos • Cambios en hábitos alimenticios Psicológicas/estilo de vida • Inhibición voluntaria del reflejo de defecación • Depresión • Trastornos de la alimentación • Estrés Ausencia de actividad física • Inmovilidad por enfermedad o edad avanzada Embarazo • Cambios hormonales que retrasan el tránsito intestinal Trastornos gastrointestinales • Cáncer colorrectal • Hemorroides, fisura anal • Síndrome de intestino irritable Trastornos neurológicos • Enfermedad de Parkinson • Esclerosis múltiple • Neuropatía (p.ej. debida a diabetes) • Demencia	Trastornos metabólicos/endocrinos • Hipercalcemia • Hipotiroidismo • Diabetes mellitus • Insuficiencia renal crónica Fármacos • Antiácidos que contienen aluminio o calcio • Suplementos de hierro • Suplementos de calcio • Antidiarreicos • Antihistamínicos sedantes • Analgésicos opiáceos, AINE • Antitusígenos (codeína) • Anticolinérgicos • Calcio-antagonistas • Colestiramina • Diuréticos (si hay deshidratación) • Levodopa • Antidepresivos: IMAO, tricíclicos • Antiepilépticos • Antipsicóticos • Alcaloides de la vinca (vincristina, vinblastina) • Laxantes (abuso)
--	--

CÓMO TRATAR EL ESTREÑIMIENTO^{1,3,4}

Medidas higiénico-dietéticas

Una vez descartadas las causas secundarias y la impactación fecal, el primer paso debe ser el consejo dietético y de estilo de vida.

A pesar de la falta de evidencia proveniente de ensayos clínicos (ECA), varios estudios observacionales sugieren un efecto beneficioso de la fibra dietética en pacientes adultos con estreñimiento. La ingesta de fibra debe aumentarse gradualmente (hasta 18-30 g al día) para minimizar los efectos adversos (sobre todo la flatulencia, especialmente en pacientes con tránsito intestinal lento) y debe ir acompañada de una adecuada ingesta de líquidos (especialmente difícil de lograr en pacientes ancianos). Los resultados pueden tardar en aparecer desde unos días hasta cuatro semanas. Las dietas con alto contenido de fibra son inapropiadas para algunos pacientes, por la posibilidad de producir obstrucción intestinal. El contenido en fibra de los alimentos se puede consultar en el siguiente enlace: [Base de datos española de composición de alimentos](#).

Tampoco existe una evidencia de calidad que provenga de ECA o revisiones sistemáticas sobre el impacto del ejercicio regular o del incremento de la actividad física en el estreñimiento, aunque hay estudios observacionales que sugieren una asociación entre el sedentarismo y el estreñimiento. No obstante, realizar ejercicio es una actividad saludable en general, por lo que el paciente con estreñimiento en el que la falta de movilidad puede contribuir al desarrollo o agravamiento del mismo, se podría beneficiar de esta actividad.

Es básico educar a los pacientes sobre los hábitos de defecación. Se debe utilizar el tiempo necesario para ello, preferiblemente después de las comidas, sobre todo tras el desayuno, cuando el reflejo gastrocólico es mayor. No se debe ignorar la urgencia de defecar.

¿Cuándo deben utilizarse los laxantes?³

Si las medidas higiénico-dietéticas no son suficientes o mientras inician su efecto (unas 4 semanas) puede ser apropiado utilizar laxantes. También pueden ser necesarios en las siguientes circunstancias:

- Impactación fecal.
- Estreñimiento o defecación dolorosa asociada a enfermedad o cirugía.
- Durante el embarazo y la lactancia, cuando las medidas dietéticas y de estilo de vida son insuficientes.
- En pacientes ancianos con dieta inadecuada.
- Cuando el estreñimiento es secundario a una terapia farmacológica que no se puede suspender.
- En pacientes con patologías en las que no es recomendable realizar esfuerzos intestinales.
- Como preparación para pruebas diagnósticas y/o cirugía.

¿Qué laxante utilizar?

Existen diferentes tipos de laxantes, en función de su mecanismo de acción (ver tabla 2).

En general, se recomienda utilizar la menor dosis efectiva y durante el menor periodo de tiempo posible. El uso de laxantes a largo plazo está raramente justificado, excepto: en pacientes en cuidados paliativos; en niños, para evitar recurrencias del estreñimiento; cuando es necesario prescribir fármacos que pueden producir estreñimiento, etc³.

La eficacia y seguridad de los laxantes no está bien estudiada; aunque se utilizan desde hace mucho tiempo, la mayoría se autorizaron en la época en la que los ECA eran de baja calidad metodológica, por lo que la evidencia disponible es limitada³. Además, existe escasa evidencia que compare la eficacia de los laxantes entre sí, salvo una revisión sistemática (RS) Cochrane de 2010, en la que se compararon dos laxantes osmóticos, concluyendo que macrogol (polietilenglicol) es más eficaz que lactulosa, tanto en pacientes adultos como en niños^{2,5}.

La elección del laxante depende de varios factores: mecanismo de acción, rapidez de inicio y duración del efecto, síntomas presentes, características y preferencias del paciente, y coste^{1,3}. Antes de iniciar un tratamiento con laxantes se debe preguntar al paciente sobre tratamientos anteriores que haya tomado⁶.

De forma general, se recomiendan en primer lugar los agentes formadores de bolo (ispagula, salvado de trigo, metilcelulosa, fucus, etc.) y, cuando éstos se muestren ineficaces o su uso no sea apropiado (p. ej. en el estreñimiento asociado a opioides), los agentes osmóticos (lactulosa, lactitol, macrogol, salinos, etc.). Cualquiera de los laxantes de estos grupos puede ser de utilidad en el estreñimiento funcional crónico, y su uso a largo plazo se considera seguro, exceptuando los osmóticos salinos (sales de magnesio). Si se consiguen heces blandas, pero su tránsito o expulsión continúa siendo dificultoso, se puede añadir un laxante estimulante^{1,3}.

Desde 2012, la mayoría de los laxantes han quedado excluidos de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Solamente son financiados, para determinadas indicaciones, los siguientes laxantes (ver tabla 3):

Tabla 3: **Laxantes financiados. Actualizado el 1/12/2015**

Principio activo	Indicación financiada (con visado de inspección)
Ispagula (plantago ovata)	Enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis
Lactulosa	Encefalopatía portosistémica y paraplejía
Lactitol [^]	Encefalopatía portosistémica y paraplejía
Metilnaltrexona*	Pacientes oncológicos
Linaclotida	Tratamiento sintomático del síndrome del intestino irritable con estreñimiento (SII-E) de carácter grave en adultos que no hayan respondido adecuadamente a ninguno de los tratamientos de elección del SII-E disponibles o sean intolerantes a los mismos

Lactitol[^]: sólo se financia Oponaf[®] (Emportal[®] no, por ser un medicamento publicitario, de venta sin receta) Metilnaltrexona*: disponible a través de un laboratorio británico (ver tabla 2).

Retirada de laxantes³

Se recomienda informar al paciente que vaya a iniciar un tratamiento con laxantes de que estos pueden ser suspendidos una vez que las heces se vuelvan blandas y puedan ser expulsadas fácilmente. En el caso del estreñimiento crónico, se recomienda fijar una fecha objetivo realista para retirar los laxantes.

La retirada de los laxantes debe ser gradual, una vez que se consiga regularizar el tránsito intestinal (p. ej. 2-4 semanas después de que se haya establecido un buen patrón de motilidad intestinal). Si el paciente está en tratamiento con una combinación de laxantes, se recomienda reducir y suspender de uno en uno. Se deberían retirar primero los estimulantes; sin embargo, en ocasiones se precisa ajustar la dosis del laxante osmótico para compensar. El paciente debe ser consciente de que el proceso de retirada de los laxantes puede alargarse varios meses. Es frecuente que aparezcan episodios de estreñimiento (efecto rebote), que deben ser tratados incrementando las dosis de los laxantes.

GRUPOS ESPECIALES

Embarazo y lactancia^{1,3,7,8}

En el embarazo el abordaje inicial es la modificación de la dieta, con ingesta abundante de líquidos y alimentos ricos en fibra, y la realización de ejercicio físico regular, siempre que sea posible. Los autores de una reciente RS Cochrane indican que la administración de suplementos de fibra, comparada con la no intervención, puede aumentar la frecuencia de las deposiciones, aunque los estudios presentan un riesgo moderado de sesgo.

En caso de necesitar laxantes, se deben utilizar preferentemente los formadores de bolo (plantago ovata o metilcelulosa). También pueden utilizarse laxantes osmóticos (lactulosa) y, de forma puntual, supositorios de glicerina. La seguridad de los laxantes estimulantes está cuestionada. Según la misma RS, los laxantes estimulantes podrían ser más eficaces que los formadores de bolo, pero presentan más reacciones adversas (diarrea y molestias abdominales), sin diferencias en cuanto a la satisfacción de las mujeres⁷. No es aconsejable el uso de aceite de ricino, enemas salinos o parafínicos, sobre todo de forma continuada.

Durante la lactancia, en caso de precisar laxantes, se recomienda utilizar preferentemente los que no se absorben (formadores de bolo, lactulosa).

Ancianos

El uso diario de laxantes en ancianos se sitúa entre el 10-18%, y alcanza el 74% en los institucionalizados. Probablemente sea debido a una disminución de la motilidad intestinal, hábitos higiénico-dietéticos inadecuados, inmovilización, sedentarismo y polimedicación. En muchas ocasiones coexisten varios factores^{4,9}.

El aumento de fibra en la dieta y el uso de laxantes formadores de bolo pueden ser ineficaces en ancianos, porque resulta difícil conseguir una ingesta de líquidos suficiente.

Si es necesario utilizar un laxante osmótico, macrogol a dosis bajas (17 g al día) ha demostrado ser eficaz y bien tolerado en ancianos.

Los laxantes estimulantes pueden ser eficaces, pero su seguridad a largo plazo no ha sido establecida.

Los reblandecedores de heces (supositorios de glicerina y enemas jabonosos o acuosos), a pesar de su uso generalizado, tienen limitada eficacia clínica.

Los laxantes parafínicos no están recomendados en la población anciana, ya que pueden producir neumonitis lipídicas por aspiración⁹.

Cuidados paliativos¹⁰⁻¹⁴

El estreñimiento es muy prevalente en pacientes en cuidados paliativos (CP). En los pacientes oncológicos puede llegar hasta el 65% y en pacientes con insuficiencia renal hasta el 70%. La inmovilidad, la dieta, algunos trastornos metabólicos, como la hipercalcemia, y sobre todo el uso de fármacos, como los opioides, explican esta alta prevalencia. En los pacientes en fase final de la vida que reciben opioides, el estreñimiento puede estar presente hasta en el 87% de los casos.

Las pautas de tratamiento utilizadas en la población general, referidas a la alimentación y al ejercicio físico, son de difícil aplicación en los CP, por lo que la utilización de laxantes es una necesidad casi obligada.

No obstante, dentro del plan de cuidados generales del paciente deben incluirse la ingesta suficiente de líquidos, la dieta con aporte de fibra, la movilización adaptada a cada paciente y la anticipación ante el posible estreñimiento producido

La retirada de los laxantes debe ser gradual, una vez que se consiga regularizar el tránsito intestinal

por fármacos. En los pacientes tratados con opioides se recomienda la administración de laxantes de forma profiláctica. Son muchos los laxantes empleados en CP; sin embargo, existen pocos ECA que hayan estudiado su eficacia. Recientemente se ha publicado una RS Cochrane sobre la eficacia de los laxantes para el tratamiento del estreñimiento en pacientes que reciben CP. Los autores concluyen que la eficacia de los laxantes estudiados es similar, pero hay que tener en cuenta que la evidencia es limitada (proviene de pocos ECA con pocos pacientes) y que en ningún estudio se evaluó el uso de macrogol ni de laxantes administrados por vía rectal¹³.

Ante las escasas evidencias disponibles, la selección del laxante se basará en las preferencias de los pacientes y en la experiencia de uso del equipo de CP.

Las guías de CP recomiendan iniciar el tratamiento con laxantes estimulantes u osmóticos, pudiendo asociarse según la respuesta obtenida. El siguiente paso consiste en añadir un laxante emoliente (parafina) y utilizar supositorios o enemas como rescate, reservando la metilnaltrexona como alternativa para pacientes tratados con opioides en los que la utilización de otros laxantes resulta ineficaz.

Cuando persiste el estreñimiento a pesar del uso de laxantes se pueden añadir procinéticos¹⁴.

Una situación clínica frecuente que complica el estreñimiento en los pacientes en CP es la impactación fecal (fecalomas), ya que limita la calidad de vida del paciente y su familia. Es necesario descartarla mediante un examen rectal antes de prescribir tratamientos específicos para el estreñimiento. Para tratar la impactación fecal se recomienda el uso de laxantes administrados por vía rectal: supositorios (glicerina) o enemas (citrato sódico, fosfatos), y, en caso necesario, recurrir a la extracción manual. Este procedimiento requiere una correcta analgesia del paciente.

Niños y adolescentes^{6,15-17}

El estreñimiento es un problema común durante la infancia, originado frecuentemente por un aporte escaso de fibras vegetales o de líquidos, un cambio en el entorno o una alteración emocional. Los momentos en los que es más probable su aparición se corresponden con la introducción de la dieta sólida o la leche de vaca en la alimentación del bebé, el momento de iniciarse en los hábitos defecatorios tras la retirada del pañal y el inicio de la etapa escolar.

Muchos medicamentos producen o agravan el estreñimiento en niños: antitusígenos (opioides y antihistamínicos), racecadotril (antidiarreico), fármacos que pueden provocar deshidratación, sobredosis de vitamina D, etc. La toma de opioides en mujeres en periodo de lactancia puede producir estreñimiento en el lactante.

El tratamiento del estreñimiento en la población pediátrica debe ser precoz, para evitar el estreñimiento crónico y sus complicaciones. En general, se recomienda comenzar con medidas no farmacológicas. Es importante reforzar la educación a la familia y la desmitificación del problema, incluyendo una explicación de su patogénesis. En el caso de incontinencia fecal es especialmente importante que los padres entiendan que no se trata de un comportamiento voluntario, y que se eviten culpabilizaciones. Las modificaciones dietéticas deben estar adaptadas a la edad del niño.

Cuando las medidas dietéticas resultan insuficientes o difíciles de seguir se utilizarán laxantes: glicerol por vía rectal para el estreñimiento ocasional, lactulosa o macrogol sin electrolitos por vía oral durante varios días en caso de estreñimiento agudo y durante semanas en las recidivas. Sin embargo, el NICE recomienda añadir laxantes a las medidas no farmacológicas como primera línea de tratamiento del estreñimiento (al contrario que en adultos, en los que el uso de laxantes se reserva para cuando las medidas no farmacológicas son insuficientes).

En el niño con estreñimiento deben evitarse los laxantes estimulantes (por riesgo de diarrea crónica y deshidratación que pueden provocar alteraciones hidroelectrolíticas), los lavados rectales con fosfatos o con hidróxido de magnesio oral (por riesgo de trastornos electrolíticos graves) y el uso combinado de laxantes (sus efectos adversos se suman).

Para los dolores abdominales persistentes asociados al estreñimiento, el paracetamol es el analgésico de primera elección.

ABUSO DE LAXANTES^{3,10}

El abuso de laxantes es un problema común y, en general, suele ocurrir en uno de los siguientes contextos:

- Pacientes con trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia nerviosa): el 10-60% de estos pacientes utilizan los laxantes como medida de control del peso.
- Pacientes que han estado en tratamiento con laxantes y que continúan utilizándolos hasta que su intestino se vuelve relativamente refractario a los mismos. Suelen asumir la errónea creencia de que la evacuación diaria es necesaria para mantenerse sanos.

Debe sospecharse abuso de laxantes en pacientes que alternan episodios de diarrea y de estreñimiento, así como otras molestias gastrointestinales.

Los estimulantes son el grupo de laxantes más frecuentemente implicados en los casos de abuso, probablemente debido a su rápida acción, sobre todo en los pacientes con trastornos alimentarios, entre los que está ampliamente extendida la falsa creencia de que provocando diarrea se puede disminuir la absorción de calorías.

El uso continuado de laxantes puede producir tolerancia; la necesidad de aumentar las dosis para conseguir el mismo efecto agrava el problema de su abuso.

Las complicaciones derivadas del abuso de laxantes dependen de la duración y el tipo de agente utilizado. El efecto secundario más frecuente es, obviamente, la diarrea. También pueden aparecer: calambres y dolor abdominal, alteraciones electrolíticas (hipokaliemia, hipocalcemia), pérdida del tono muscular intestinal, osteomalacia, esteatorrea, alteraciones hepáticas, etc. Los formadores de bolo a dosis altas o sin el aporte hídrico necesario pueden dar lugar a obstrucción intestinal.

Las alteraciones electrolíticas y del equilibrio ácido-base pueden llegar a ser muy graves. El sistema renina-angiotensina se activa debido a la pérdida de líquidos, dando lugar a edemas y ganancia aguda de peso al suspender los laxantes, lo que puede reforzar su abuso.

Su tratamiento debe incluir, además del control de electrolitos y del equilibrio ácido-base, aspectos educativos (con información sobre lo que constituye un hábito intestinal "normal"), valorando además la posible existencia de trastornos alimentarios.

La creencia errónea acerca de lo que se consideran hábitos defecatorios «normales» puede dar lugar a un abuso de laxantes

OTROS LAXANTES

Metilnaltrexona^{12,18}: Es un antagonista de los receptores opioide mu periféricos. Está indicado para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides cuando la respuesta a la terapia laxante no ha resultado suficiente en pacientes adultos de 18 años de edad o mayores. Se administra por vía subcutánea, añadido al tratamiento laxante habitual. Su capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica es reducida, por lo que no altera el efecto analgésico de los opioides en el sistema nervioso central. Aunque está autorizado, actualmente no lo comercializa ningún laboratorio en España y se compra directamente a un laboratorio británico.

Prucaloprida¹⁹: Es un procinético que ejerce un efecto estimulante del tránsito intestinal. Está indicado en el tratamiento sintomático del estreñimiento crónico en adultos (inicialmente sólo en mujeres, pero ahora también en hombres²⁰) en los cuales los laxantes no proporcionan un alivio adecuado. Pertenece al mismo grupo que cisaprida, retirada del mercado por motivos de seguridad (prolongación del QT). A pesar de que los efectos adversos recogidos en los ensayos fueron poco frecuentes y de escasa gravedad, se desconoce su seguridad cardiovascular a largo plazo. El NICE plantea que prucaloprida podría constituir una opción de tratamiento únicamente en mujeres adultas con estreñimiento crónico, que han sido tratadas previamente con medidas higiénico-dietéticas y con al menos dos tipos diferentes de laxantes orales (a la dosis máxima posible, durante al menos 6 meses), sin conseguir un alivio adecuado, y previamente a considerar la utilización de tratamientos más invasivos. Se recomienda reevaluar a los pacientes a las 4 semanas de tratamiento y suspenderlo en caso de ineficacia.

Linaclotida²¹: Es un péptido sintético no absorbible que presenta actividad analgésica visceral y secretora. Está indicado en el tratamiento sintomático del síndrome del intestino irritable con estreñimiento (SII-E) entre moderado y grave en adultos. No hay ningún otro fármaco autorizado en esta indicación, pero tampoco se dispone de estudios comparativos con tratamientos utilizados habitualmente en la terapéutica del SII-E (laxantes y antiespasmódicos no anticolinérgicos). Se desconoce su seguridad a largo plazo, especialmente en ancianos. No se recomienda prolongar el tratamiento más de 4 semanas, si no se ha obtenido respuesta terapéutica.

Lubiprostona²²: Es un ácido graso de administración oral que activa los canales de cloro de las células del epitelio intestinal, aumentando la secreción de cloro y agua a la luz intestinal. Está indicado en adultos para el tratamiento del estreñimiento crónico idiopático, el SII-E, y el estreñimiento inducido por opioides en pacientes no oncológicos. No está comercializado en España, pero se encuentra disponible a través del programa de Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales de la AEMPS.

Naloxegol²³: Es un derivado pegilado del antagonista del receptor opioide mu naloxona. La pegilación hace que su acceso al sistema nervioso central sea mínimo. Se administra por vía oral. Está indicado en el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides en pacientes adultos con respuesta inadecuada a los laxantes. Se ha estudiado como monoterapia de mantenimiento y no como terapia combinada con laxantes. Tampoco se ha comparado con la combinación de varios laxantes, que es la práctica habitual. Está autorizado en España, pero no comercializado en el momento de redactar este boletín. Se espera su comercialización en breve.

BIBLIOGRAFÍA

- Selby W, Corte C. Managing constipation in adults. Aust Prescr. 2010;33(4). Disponible en: <http://www.australianprescriber.com/magazine/33/4/116/9>
- Treatments for Constipation: A Review of Systematic Reviews. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. 2014.
- The management of constipation. MeRec Bulletin 2011;21(2). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadesevilla/portalugcfarmaciassevill/images/docu/docencia/Intervenci%C3%B3n%20en%20enfermera%20en%20el%20Uso%20adecuado/M%C3%B3dulo%209.%20Intervenci%C3%B3n%20enfermera%20en%20s%C3%ADntomas%20menores%20del%20aparato%20digestivo/Merec%20estre%C3%B1imiento.pdf>
- Estreñimiento: una visión global. SESCAM. 2012;13(3). Disponible en: <http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/estreñimiento.pdf>
- Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, Nelson RL. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation. Cochrane Database Syst Rev. 2010. Jul 7;(7):CD007570.
- Constipation chez un enfant. Premier choix Prescrire. 2015.
- Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkarnhang US, Lumbiganon P, Pratt J. Interventions for treating constipation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 4;9:CD011448.
- INFAC. 2013;21(7). Medicamentos y embarazo: actualización. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_7_Medicamentos_y_embarazo_Actualizaci%C3%B3n.pdf
- Up to date constipation in older adults. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/constipation-in-the-older-adult?source=search_result&search=constipation&selectedTitle=4%7E150
- Roerig JL, Steffen KJ, Mitchell JE, Zunker C. Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management. Drugs. 2010 Aug 20;70(12):1487-503.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/8. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf
- Utilización de laxantes en cuidados paliativos. CADIME. 2010;26(4). Disponible en: http://www.cadime.es/es/boletin_terapeutico_andaluz.cfm?bid=10
- Candy B, Jones L, Larkin PJ, Vickerstaff V, Tookman A, Stone P. Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(5):CD003448.
- Palliative care-constipation. NICE. 2015. Abstract. Disponible en: <https://www.evidence.nhs.uk/document?ci=http%3a%2f%2fcks.nice.org.uk%2fpalliative-care-constipation&returnUrl=Search%3fom%3d%5b%7b%22srn%22%3a%5b%22Clinical+Knowledge+Summaries+-+CKS%22%5d%7d%5d%26q%3dguidelines%2bon%2bconstipation%2bin%2bpalliative%2bcare&q=guidelines+on+constipation+in+palliative+care>
- Constipation in children and young people: Evidence update, 2012. NHS.
- UptoDate. Constipation in infants and children –evaluation. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/constipation-in-infants-and-children-evaluation?source=search_result&search=estre%C3%B1imiento+en+los+ni%C3%B1os&selectedTitle=2%7E150
- UptoDate constipation in infants and children – acute constipation. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-acute-constipation-in-infants-and-children?source=search_result&search=constipation&selectedTitle=2%7E150
- Informe de evaluación de Metilnaltrexona (Relistor®). Nº 154/2009. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Euskadi. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_nuevo_medicamento/es_nme/adjuntos/metilnaltrexona_informe.pdf
- Informe de evaluación de Prucaloprida (Resolor®). Nº 205/2013. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Euskadi. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_nuevo_medicamento/es_nme/adjuntos/prucaloprida_informe.pdf
- Prucaloprida (Resolor®). Ficha técnica de la AEMPS. Disponible en: AEMPS - CIMA - Fichas de formatos.
- Informe de evaluación de Linaclotida (Constella®). Nº 220/2015. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Euskadi. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_nuevo_medicamento/es_nme/adjuntos/linaclotida_informe.pdf
- Lubiprostone. Micromedex ONLINE. Disponible en: http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/CS/E56AA1/ND_PR/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/DOPLICATIONSHIELDSYNC/AA2038/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_AppProduct/evidencexpert/ND_T/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.DoIntegratedSearch?SearchTerm=lubiprostone&UserSearchTerm=lubiprostone&SearchFilter=filterNone&navitem=searchALL#
- Naloxegol for opioid-induced constipation. DTB. 2015;53(12):138-140

Fecha de revisión bibliográfica: diciembre 2015

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: el farmacéutico de su organización sanitaria o CEVIME - tel. 945 01 92 66 - e-mail: cevime-san@euskadi.eus

Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Julia Barroso, Saioa Domingo, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Ollolquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

ISSN: 1575054-X