

Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria

UNIVERSITAT DE LLEIDA

RESTRENYIMENT I TERÀPIES ALTERNATIVES I COMPLEMENTÀRIES EN PERSONES GRANS

NÚRIA ERITGE CARULLA

Tutora: Carme Torres Penella

Grau en infermeria

Treball final de grau

Curs: 2012 – 2013

Lleida, juliol de 2013

“L'única funció d'una infermera es ajudar a l'individu sa i malalt, a la realització d'aquelles activitats que contribueixin a la seva salut, la seva recuperació o a una mort tranquil·la, que aquest realitzaria sense ajuda si tingués la força, la voluntat i el coneixement necessaris. I fer això de tal manera que l'ajudi a ser independent el més aviat possible “

(Virginia Henderson)

ÍNDEX

I LLISTA DE FIGURES	VI
II LLISTA DE TAULES	VII
III LLISTA DE SIGLES I ABREVIATURES	VIII
IV AGRAÏMENTS	1
V RESUM	2
1. INTRODUCCIÓ	3
2. MARC TEÒRIC	6
2.1 RESTRENYIMENT	6
2.1.1 Problema de salut.....	6
2.1.2 Factors de risc	9
2.1.3 Etiologia i formes clíniques del restrenyiment.....	9
2.1.4 Tractament farmacològic per combatre el restrenyiment.....	11
2.1.5 El problema en les persones grans.....	13
2.1.6 Prevalença i incidència del problema.....	14
2.1.7 Fisiologia i canvis produïts per l'envelliment	15
2.1.8 Complicacions	17
2.2 TERÀPIES ALTERNATIVES I COMPLEMENTÀRIES	18
2.2.1 Dietètica.....	19
2.2.1.1. La fibra	21
2.2.2 Fitoteràpia.....	23
2.2.2.1 Formes d'administració de les plantes medicinals	25
2.2.2.2 Fitoteràpia per combatre el restrenyiment.....	26
2.2.3 Reflexologia podal	29
2.2.3.1 Tractament pel restrenyiment.....	30
2.2.4 Activitat física, relaxació i massatges.....	31
3. OBJECTIUS	34
3.1 Objectiu General	34
3.2 Objectius específics	34

4. METODOLOGIA	35
4.1 Població diana.....	35
4.2 Coparticipants de la intervenció	35
4.3 Metodologia de la recerca.....	35
4.3.1 Síntesi de l'evidència	37
4.4 Preguntes que abordarà la intervenció	37
5. INTERVENCIÓ	38
5.1 Pla de cures: Diagnòstics, objectius i intervencions d'infermeria	40
5.2 Descripció de les intervencions i activitats d'infermeria que avarca la intervenció.....	51
6. AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ	68
7. DISCUSSIÓ	71
7.1 Limitacions en l'estudi	73
8. CONCLUSIONS	74
9. BIBLIOGRAFIA	76
9.1 Bibliografia consultada	83
10. ANNEXOS	85
ANNEX N° I: Classificació de Roma III dels trastorns funcionals digestius... ..	86
ANNEX N° II: Aliments rics en fibra.....	87
ANNEX N° III: Història de la fitoteràpia	90
ANNEX N° IV: Remeis casolans amb plantes medicinals per combatre el restrenyiment.....	92
ANNEX N° V: Glossari de plantes medicinals per combatre el restrenyiment	94
ANNEX N° VI: Història de la reflexologia podal.....	103
ANNEX N° VII: Parts del sistema digestiu afectades en el restrenyiment a nivell podal	104
ANNEX N° VIII: Manipulacions bàsiques en reflexologia podal	106
ANNEX N° IX: Algunes de les escales de valoració del restrenyiment en la persona gran.....	111

ANNEX N° X: Diari d'àpats d'una persona que pateix de restrenyiment.....	112
ANNEX N° XI: Receptes amb alt contingut de fibra	112
ANNEX N° XII: Diverses taules referenciades en el text.....	116

I LLISTA DE FIGURES

Figura 1: Divisions reflexes corporals.....	29
Figura 2: Divisió reflexes podals.....	29
Figura 3: Zones de projecció reflexes de l'aparell digestiu.....	30
Figura 4: Posició de cuclilles.....	52
Figura 5: Diagrama reflex de la visió anatòmica plantar.....	114
Figura 6: Diagrama reflex del sistema digestiu.....	114
Figura 7: Punt vàlvula ileocecal.....	105
Figura 8: Punt apèndix.....	105
Figura 9: Punt colon ascendent.....	105
Figura 10: Punt colon transvers dret.....	105
Figura 11: Punt colon transvers esquerra.....	106
Figura 12: Punt colon descendent.....	106
Figura 13: Punt recte – anus.....	106
Figura 14: Digital dors.....	107
Figura 15: Digital planta podal.....	107
Figura 16: Friccionar el peu.....	108
Figura 17: Sandwich 1.....	108
Figura 18: Sandwich 2.....	108
Figura 19: Sandwich 3.....	108
Figura 20: Colon sigmoide.....	108
Figura 21: Colon ascendent.....	108
Figura 22: Colon transvers.....	109
Figura 23: Colon descendent.....	109
Figura 24: Recte.....	109
Figura 25: Anus.....	109

II LLISTA DE TAULES

Taula 1: Criteris diagnòstics de restrenyiment.....	7
Taula 2: Criteris de Roma III per restrenyiment funcional.....	8
Taula 3: Fisiopatologia de la defecació.....	16
Taula 4: Aliments rics en fibra.....	22
Taula 5: Laxants vegetals que proporcionen un increment del bolus intestinal.....	27
Taula 6: Laxants vegetals estimulants.....	28
Taula 7: Interrelació entre els diagnòstics, objectius, intervencions TAC o avaluació.....	43
Taula 8: Tècnica de massatge abdominal.....	66
Taula 9: Diagrama reflex del sistema digestiu.....	105
Taula 10: Medicaments que s'associen al restrenyiment.....	116
Taula 11: Preparacions en fitoteràpia per a ús oral i/o tòpic.....	117
Taula 12: Base de dades de la metodologia.....	117

III LLISTA DE SIGLES I ABREVIATURES

ABVD: Activitats bàsiques de la vida diària

AEG: Associació Espanyola de Gastroenterologia

AEMPS: Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris

AINES: Antiinflamatoris no esteroides

AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària

AP: Atenció primària

CAM: Complementary and alternative medicine (Medicina complementària i alternative)

DI: Diagnòstic d'infermeria

Dr.: Doctor

EVA: Escala analògica visual del dolor

FDA: Food and Drug Administration

GI: Gastrointestinal

IEC: Institut d'Estudis catalans

MNA: Mini Nutritional Assessment

MT: Medicina tradicional

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

Nº: número

OMG: Organització Mundial de Gastroenterologia

OMS: Organització Mundial de la Salut

PAC-QCL: Patient Assessment of Constipation Quality of Life

SII: Síndrome de l'intestí irritable

TA: Teràpies alternatives

TAC: Teràpies alternatives i complementàries

VGI: Valoració geriàtrica integral

Veg.: vegades

IV AGRAÏMENTS

M'agradaria donar les gràcies a la meva tutora Carme Torres Penella, professora del Grau en Infermeria de la Universitat de Lleida, qui m'ha reconduït tot el treball des del principi fins al final, proporcionant l'ajuda necessària i els consells essencials que han estat útils per obtenir un bon resultat en el treball de fi de grau. A més, agrair el seu suport malgrat la distància per raons acadèmiques que hem tingut en la recta final del treball.

També donar les gràcies a les persones que han dedicat part del seu temps en proporcionar-me informació sobre les teràpies alternatives i complementàries en moments puntuals. Gràcies a ells/es he obtingut informació diversa que m'ha estat útil per poder avançar i continuar el fil de la redacció en moments de desànim.

Per últim, agrair a la meva família i amics la confiança dipositada en mi, els quals m'han demostrat una actitud positiva, plena d'interès i paciència durant els dies de l'elaboració del treball.

V RESUM

Restrenyiment i teràpies alternatives i complementàries és la base de la intervenció en persones grans, sent el grup de població amb més incidència de patir restrenyiment. En elles s'hi atribueixen factors de risc força recurrents: immobilitat, polifarmàcia, dieta pobra en fibra, ingesta hídrica inadequada, etc.

L'objectiu de la realització del treball és millorar el restrenyiment a través de l'aplicació de les teràpies alternatives i complementàries en persones grans institucionalitzades per tal d'aconseguir una millora del problema de salut i de la qualitat de vida mitjançant un tractament no farmacològic. El/la professional d'infermeria durà a terme la intervenció a partir d'un canvi en la dieta de la persona gran tot augment el seu contingut en fibra, potenciant la ingesta hídrica, l'aplicació de la fitoteràpia, la recomanació de la reflexologia podal, incrementar l'activitat física i la realització de tècniques de relaxació i de massatges abdominals per disminuir l'angoixa que aquest problema de salut genera a la persona i millorar el dolor abdominal que li comporta. El pla de cures d'infermeria es desenvoluparà en 12 setmanes consecutives en les quals s'aplicaran i s'avaluaran les diferents teràpies naturals de forma setmanal per poder observar l'evolució de la persona respecte a les activitats programades.

Per últim, esmentar que durant tot el treball s'ha contrastat l'evidència científica de diversos autors especialitzats en el restrenyiment i en les teràpies alternatives i complementàries. La cerca de tota la informació s'ha realitzat a partir de diverses bases de dades tot aplicant els criteris d'inclusió i exclusió que m'han permès l'obtenció d'articles, llibres, guies i protocols vàlids per utilitzar-los i plasmar-los en el treball.

1. INTRODUCCIÓ

El restrenyiment és una manifestació que presenta milions de persones a nivell mundial. Les persones que el pateixen, el viuen de manera molt desagradable, donat que no existeix cap tractament efectiu per curar-lo de manera definitiva. Els possibles problemes digestius que el provoquen incrementen amb l'estrès, sumant-li angoixa que de retruc genera i no fa més que empitjorar el malestar; por a menjar, sentir-se malament, inflamació, etc.

El restrenyiment és considerat un problema de salut important i força comú en la societat d'avui en dia. Afecta a tota la població en sí, indistintament de l'edat cronològica, però trobem un percentatge força elevat en les persones d'edat avançada. És considerat un símptoma geriàtric molt prevalent que va unit a una alteració en la qualitat de vida degut a les característiques subjectives que té l'acte de defecar respecte a la seva pauta habitual. A més, també pot considerar-se un signe, degut a les variables quantificables com són les característiques de la femta i la freqüència de les deposicions. La variable més utilitzada és la freqüència de les deposicions, considerant-se un hàbit defecatori normal entre tres deposicions no líquides al dia i una deposició cada 72 hores amb sensació d'evacuació completa.

L'estudi de M. Juarranz et al (1) determina que el 52% dels homes i el 62% de les dones majors de 65 anys, refereix restrenyiment tot i tenir un hàbit defecatori normal. A més, aquest problema de salut és la queixa més freqüent en les consultes d'Atenció Primària (AP), amb una presència estimada del 18%, sent un problema important en les persones d'edat avançada.

Aquest problema es defineix com la dificultat per defecar o una defecació infreqüent associada a una disminució de la motilitat intestinal. L'etiologia no sempre és evident, sinó que moltes de les vegades és la suma de diversos problemes de salut i hàbits de vida. Trobem causes diverses que donen lloc al restrenyiment: hàbits inadequats en el retràs de la defecació, espasmes del colon, contingut insuficient de fibra en la dieta, ingesta reduïda de líquids, estrès emocional, polifarmàcia, malalties neurològiques i metabòliques, immobilitat, deshidratació, etc.

Quan es parla de restrenyiment, automàticament ho relacionem amb l'administració de laxants i corregir les pautes dietètiques que hi estan associades. Tot i així, s'ha

observat que no està prou definit quin és el laxant adequat dins la població geriàtrica. Algunes persones restretes que han estat automedicant-se amb laxants durant molt de temps, han observat com un restrenyiment benigne es transformava en colitis irritativa (2). L'ús continu de laxants i/o purgants, amb el temps provoca un estat d'irritació i inflamació crònica de l'intestí que condueix a la degeneració del mateix i a un restrenyiment diari. El primer que ens ve a la ment són els laxants suaus i els de sals de magnèsia que afavoreixen la defecació. Tot i així, esmentar que moltes vegades la solució del problema no és ni un laxant ni cap fàrmac, sinó començar per un canvi en l'estil de vida, augment la mobilitat de la persona, incorporant nutrients i aliments rics en fibra i aconseguir una ingesta hídrica adequada a base d'aigua, brous, sucs, etc. Mesures i pautes que es poden adquirir a través de teràpies naturals a l'abast de tothom i de fàcil accés (3).

Aquest problema de salut està centrat dins la població gran de la nostra societat, sent un problema força recurrent i evident. Són persones amb gran sobrecàrrega i alguns d'ells/es amb patologies associades. Posaré de manifest mitjançant l'evidència científica un tractament no farmacològic per combatre el restrenyiment a través de les teràpies naturals; canvis dietètics, fitoteràpia, reflexologia podal i massatge que permetran millorar el restrenyiment en les persones grans.

En un aspecte mundial i un reflex de les necessitats emergents en salut, un dels principals objectius sanitaris per l'any 2010, era millorar de manera simultània tant els anys de vida saludables com la qualitat de vida de les persones a través de les teràpies alternatives (TA), considerant estratègies que poden ajudar als individus a aconseguir els seus propis objectius (4).

Amb la realització d'aquest treball, hem plantejo proporcionar una visió més amplia de com combatre el restrenyiment sense la utilització i l'administració de fàrmacs que trobem avui en dia. Al mateix temps, aconsellaré mecanismes a l'abast de les persones d'una manera còmoda i accessible per tothom, centrant-me principalment en les persones grans. Sempre em de tenir present que en qualsevol problema de salut, s'ha de vigilar els riscos que comporta i les complicacions que poden associar-se o desenvolupar-se a mesura que l'evolució del problema avança. Hi ha complicacions que seran silencioses i d'altres tot el contrari, es podran preveure i vigilar des del primer moment. En el restrenyiment hi ha una sèrie de complicacions

que poden desenvolupar-se si aquest no es tracta amb temps ni de la millor manera possible; hemorroides, fissures anals, incontinença fecal, afecció del colon i trastorns urològics. La complicació més freqüent és la impactació fecal, associada a un augment de la morbiditat i una disminució de la qualitat de vida.

Per últim, m'agradaria esmentar que en el treball s'ha incorporat informació i evidència científica de Xile, degut als mesos que he estat en aquest país els quals m'han permès poder veure i observar l'eficàcia i la utilització de les teràpies alternatives i/o complementàries (TAC) en el restrenyiment des d'una visió diferent a la qual estava arrelada.

2. MARC TEÒRIC

2.1 RESTRENYIMENT

2.1.1 Problema de salut

El restrenyiment és definit com la dificultat en la defecació, una expulsió de femta dura, seca i/o escassa, juntament amb l'alteració en la freqüència de les deposicions (5). Aquesta dificultat pot ser donada per una baixa freqüència en les deposicions escasses i dificultoses i l'esforç que es realitza alhora de defecar, anomenat també constipació (6). Es caracteritza no solament per la seva naturalesa subjectiva sinó també per la seva complexitat, ja que pot respondre a nombroses causes, mecanismes patògens i fisiopatològics i adoptar formes clíniques diferents (7).

Al voltant de set milions de persones a Espanya pateixen problemes de la motilitat digestiva. El restrenyiment és el problema més freqüent, afectant la salut i la qualitat de vida del 20-25% de la població, especialment al sexe femení sent tres vegades més freqüent que en homes i a persones grans (8). La incidència del restrenyiment augmenta amb l'edat, especialment en persones de 65 anys o més. En el nostre entorn, l'estimació de l'autopercepció és proper al 25% en zones urbanes. La prevalença anual de consultes és aproximadament del 1,2% (0,8% homes i 1,16% dones). La majoria dels pacients, un 31%, acudeixen a centres d'AP. Espanya es col·loca en la segona posició amb un 21,5% de persones que pateixen restrenyiment sent el país d'Europa occidental on més persones busquen consell mèdic per combatre aquest problema de salut (7). El Consens Llatinoamericà de Restrenyiment Crònic amb l'objectiu de promoure guies per millorar la identificació, diagnòstic i tractament d'aquest problema de salut, conclou que el restrenyiment té una prevalença estimada del 5 al 21% a Llatinoamèrica (9).

Poques persones són conscients del greu problema del restrenyiment, ja que els símptomes varien substancialment de moderats a greus, segons el Dr. Nicholas J. Talley (10), president de medicina interna de la Clínica Mayo de Jacksonville. Talley afirma que la majoria de la gent presenta símptomes moderats intermitents que no els hauria de preocupar, tot i que alguns/es persones si que ho fan de manera excessiva i d'altres ho sofreixen en silenci perquè els fa por parlar sobre la seva disfunció intestinal.

D'entrada s'hauria de determinar què és el que es considera restrenyiment. Segons l'estudi sobre el restrenyiment, *Valoración y tratamiento del estreñimiento en el anciano* (11), defineix els criteris de dues formes de presentació: funcional i de bloqueig (taula 1). El tipus més freqüent de restrenyiment és el funcional, que s'atribueix a un enlentiment del trànsit colònic. Són els pacients que poden romandre varis dies sense defecar. El segon tipus de restrenyiment és el bloqueig o disfunció anal, on el pacient refereix que té desig i necessitat de defecar però no pot per l'obstrucció anal que pateix. Cada individu viu el problema del restrenyiment de manera diferent, però en general, molts pacients ho perceben com una alteració en la seva qualitat de vida.

DIAGNÒSTICS	CRITERIS
<p align="center">Restrenyiment funcional amb trànsit intestinal lent</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Dolor o molèstia en el 25% de les deposicions -Femta dura i allargada, almenys en el 25% de les deposicions -Sensació d'evacuació incompleta, almenys en el 25% de les vegades -Dos o menys deposicions a la setmana <p>Dos o més dels següents criteris, durant almenys 12 mesos, en absència de tractament amb laxants</p>
<p align="center">Retràs en el buidament de l'ampolla rectal</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Bloqueig anal en més del 25% de les vegades -Defecació prolongada o necessitat d'evacuació manual

Taula 1. Criteris diagnòstics de restrenyiment (11).

Els criteris Roma III són un conjunt de criteris diagnòstics del restrenyiment. Aquests neixen després d'observar les diverses limitacions en els criteris Roma II publicats al 1999. El procés d'elaboració dels criteris Roma III ha durat 5 anys amb la participació d'un total de 87 d'experts en els diferents temes (12). En l'annex número (n^o) I es presenta la classificació de Roma III dels trastorns funcionals

digestius. Els criteris ROMA-III (9,13,14,8), com s'ha dit anteriorment, han estat desenvolupats per detectar trastorns funcionals gastrointestinals, entre ells el restrenyiment. Es considerarà que la persona pateix aquest problema de salut quan presenti mínim dos dels punts nombrats en la taula 2.

Criteris generals
<ul style="list-style-type: none"> • Presència durant al menys 3 mesos durant un període de 6 mesos • Una de cada quatre defecacions compleixen criteris específics • Criteris insuficients per síndrome d'intestí irritable (SII) • No hi ha deposicions o deposicions disminuïdes de consistència
Criteris específics: dos o més presents
<ul style="list-style-type: none"> • Esforç per defecar • Matèries fecals granuloses o dures • Defecació dura en un 25% de les deposicions • Sensació d'evacuació incompleta • Sensació de bloqueig o obstrucció anorrectal • L'individu recorre maniobres manuals o digitals per facilitar la defecació • Menys de tres defecacions per setmana

Taula 2: Criteris de Roma III per restrenyiment funcional (13).

Segons senyala la *Revista Española de Enfermería Digestiva* (5) es diagnosticarà a una persona de restrenyiment si realitza deposicions menys d'1 vegada cada 3 dies o té dificultat alhora d'evacuar més d'1 vegada de cada 4 que va a defecar.

Segons la durada i la intensitat el restrenyiment pot ser de dos tipus: agut o crònic. El tipus de restrenyiment agut apareix ocasionalment i la seva duració no ha de sobrepassar els tres mesos amb un caràcter lleu. En restrenyiment crònic es sobrepassa els tres mesos i incideix en la qualitat de vida del pacient (15). Tanmateix el restrenyiment també es podrà classificar segons l'evolució clínica:

- Restrenyiment de trànsit normal: història del pacient, dolor i distensió i sensació d'evacuació incompleta.
- Restrenyiment de trànsit lent: trànsit colònic lent i funció normal del solc pèlvic.

- Trastorn d'evacuació: esforç defecatori perllongat i/o excessiu, defecació difícil amb deposicions toves, pressió perineal / vaginal per defecar, maniobres manuals per ajudar a la defecació i alta pressió basal de l'esfínter.
- Restrenyiment idiopàtic/orgànic/crònic: efectes colaterals coneguts de medicaments, medicació que contribueix, obstrucció mecànica i exàmens de sang anormals (13).

2.1.2 Factors de risc

Valorant els factors de risc, és fàcil entendre que un dels grups en que la prevalença d'aquest problema és major sigui en persones grans, degut a la seva edat avançada, tendència al sedentarisme o inclús a l'allitament. A més, també s'ha de tenir en compte, la major prevalença de malalties cròniques, pèrdua de dentició i alteracions en el tracte digestiu, polifarmàcia, augment dels índexs de depressió, canvis de residència i/o domicili, alteracions en el nivell de consciència, hàbit d'ignorar el desig de defecació, etc. Esmentar que hi ha factors de risc que augmenten la problemàtica del restrenyiment com són la intervenció quirúrgica abdominal o perianal, mobilitat limitada, dieta pobra en líquids i fibra, pacients crònics i/o terminals, etc (16). Factors que afecten de primera mà a les persones d'edat avançada . No totes les persones grans amb restrenyiment precisen el mateix nivell d'investigació ni les mateixes proves diagnòstiques. S'haurà d'incidir en les persones grans amb restrenyiment de recent aparició i en el que no existeixin causes aparents (17).

2.1.3 Etiologia i formes clíniques del restrenyiment

Existeixen moltes causes de restrenyiment i en la majoria dels casos és funcional o idiopàtic. Segons la *Guía Práctica sobre Estreñimiento* de l'Organització Mundial de Gastroenterologia (WGO) (13), s'afirma que és útil distingir entre trastorns de la motilitat (sedentarisme), defecacions irregulars (a causa de l'estrès i la falta d'un ambient adequat per defecar), factors psiquiàtrics, alimentació (dieta pobra en fibra, ingestió inadequada de líquids i consum important d'aliments que causen enduriment de la femta i enlentiment del tub digestiu, per exemple la reposteria, el cafè, etc), polifarmàcia (antitussígens, antidepressius, antiepilèptics, antiemètics, diürètics, ferro, antiàcids, etc) i patologies del sòl pèlvic, diabetis miellitus, trastorns neurològics, obesitat, etc. Tot i així, la causa principal del restrenyiment és la dieta

pobra en fibra que pot anar associada a inèrcia colònica (restrenyiment funcional o restrenyiment amb trànsit lent), síndrome de l'intestí irritable (SII) i obstrucció anal (11).

La *Revista Española de Enfermería Digestiva* classifica les causes entre primàries i secundàries. En les últimes, trobaríem les malalties que estan relacionades amb l'intestí gros (pòlips, estenosis,...), les endocrines (diabetis, hipotiroïdisme,..) i les que es relacionen amb el sistema nerviós (Parkinson, demència, esclerosi múltiple...) (5).

Segons l'article *Valoración y tratamiento del estreñimiento en el anciano* de la *Revista española de Geriátria y Gerontología*, remarca factors locals anals o intestinals, alteracions dels hàbits alimentaris, polifarmàcia i alteracions metabòliques (deshidratació, hipercalcèmia, hipopotasèmia, etc), endocrines i neurològiques (tumor cerebral, compresió medular, infiltració dels nervis, etc), com les diferents causes de restrenyiment. S'estima que dins les causes més freqüents, destacar que la dieta pobra en fibra s'associa a una disminució del volum de la femta, així com un trànsit intestinal més lent. Recomana que la dieta d'una persona gran hauria de contenir uns 40g de fibra al dia. Un excés d'aquesta pot ser contraproduent en els casos de sospita d'obstrucció. Paral·lelament també trobem les malalties anorrectals, especialment les hemorroides i la fissura anal que produeix dolor local. Tot i així, sempre s'haurà de descartar davant un restrenyiment de nova aparició, una possible neoplàsia de colon i recte. De les malalties metabòliques associades amb el restrenyiment, destacaríem l'hipotiroïdisme i alteracions freqüents com la hipopotasèmia o la hipercalcèmia que enlenteix el trànsit intestinal. Algunes de les malalties neurològiques també causen restrenyiment alhora que produeix immobilitat i enlentiment de la musculatura llisa i malalties de la mèdula espinal. A més, un quadre confusional agut, l'angoixa i la depressió, juntament amb els fàrmacs, poden conduir a la persona a patir un restrenyiment. Per últim, destacar els opiàcis, antiinflamatoris no esteroides (AINES), ferro i antihipertensors, on hi ha més risc que la persona pateixi restrenyiment. En quadres crònics de dolor abdominal i restrenyiment d'anys d'evolució, s'ha de pensar en el síndrome del colòn irritable, freqüent en gent gran (11).

Encarna Castillo García i et al. (18), autores del llibre *Manual de fitoterapia* consideren tres formes clíniques diferents de restrenyiment:

- Restrenyiment per lesions estructurals del colon o recte que produeixen obstrucció mecànica que dificulta el trànsit colònic.
- Restrenyiment funcional secundari que respon a malalties sistèmiques, endocrines, metabòliques, neurològiques o traumàtiques que afecten el múscul llis del colon, els seus mecanismes de control nerviós i/o hormonal o el funcionament anorectal. A més també s'inclou el restrenyiment induït per fàrmacs.
- Restrenyiment crònic idiopàtic. És el de llarga evolució o crònic més freqüent i engloba varies situacions clíniques, sense especificar cap causa orgànica. Aquí s'englobaria el dèficit de fibra en la dieta, SII, etc (10).

2.1.4 Tractament farmacològic per combatre el restrenyiment

Els problemes relacionats amb fàrmacs en persones grans són causants directes del 30% de les admissions hospitalàries, el 35% de les consultes en AP i el 29% de l'excés de la utilització d'algun servei de salut estrictament associats a problemes previsibles. La gent gran consumeix el 34% de totes les prescripcions i aproximadament el 40% de fàrmacs no prescrits (19). L'avaluació de la qualitat de prescripció de medicaments és actualment una de les urgències d'intervenció més important i de grans beneficis per les institucions. Segons la Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología (OMGE), menciona els fàrmacs que s'associen amb el restrenyiment en la taula 10 de l'annex nº XII (13). Mary M. Burke i Mary B. Walsh, autores del llibre *Enfermería gerontológica*, analitzen els laxants més utilitzats. Els laxants productors de massa actuen en 24 hores, absorbint aigua, produint tumefacció i estimulants així el peristaltisme. Els efectes secundaris que s'han de tenir en compte són les flatulències, còlics, plenitud i obstrucció. Remarcar un aspecte beneficiós com seria la reducció dels nivells sèrics de lípids. Un exemple d'aquest tipus de laxants seria el mucíl·lag de psilio (Metamucil). Els ablanidors de femta, faciliten la barreja de substàncies aquoses i oleaginoses en la massa fecal. Aquest mecanisme fa que la femta no sigui dura i augmenti la secreció d'aigua en els intestins. No promou el peristaltisme, tot i que el procés fa que sigui més fàcil el pas de la femta. Aquests laxants poden tardar fins a 72h a fer efecte i són útils pel

tractament de restrenyiment agut. Ens ells podríem trobar el dioctil sòdic succinat o docusat. Els lubricants, envolten el contingut fecal i disminueixen l'absorció colònica de grassa, fent més fàcil el pas de la femta en 8 hores. S'ha de tenir precaució en pacients amb risc de pneumònia per aspiració, ja que pot ocasionat efectes tòxics en el teixit pulmonar. En aquest grup trobem els olis minerals. Els laxants osmòtics, atrauen els líquids a l'interior de la llum intestinal, produint un major volum intraluminal que estimula la motilitat intestinal. S'utilitzen supositoris de lactulosa, sorbitol, lactiol, polietilenglicol i glicerina per tractar el restrenyiment (20). La lactulosa tarda més en actuar, unes 24-48h i pot provocar flatulències, diarrea, còlics i desequilibris electrolítics. Per últim trobem els laxants estimulants, promouen la peristalsis de la paret del colon i els nervis que la innerven. Augmenta la secreció dels líquids en l'intestí prim i al colon. Pot prevenir una defecació a les 6-8h després de l'administració per via oral i uns 15-60' per via rectal. Aquests fàrmacs no s'han d'utilitzar durant períodes perllongats per la possibilitat de que produeixin còlics abdominals, lesions nervioses, etc. En aquest grup hi trobem els cenòcits, bisacòdils i piro-sulfats sòdics (21). La Unitat Gastroenterològica de l'Hospital Universitari Fundació Alarcón esmenta els diversos fàrmacs que podem trobar dins els mecanismes d'acció dels diversos laxants. D'aquesta manera, en els lubricants s'hi classifiquen els olis minerals (Hodernal i Emuliquen), en els laxants osmòtics hi ha la lactulosa (Duphalac), el lactiol (Oponaf), l'hidròxid de magnesi (Sals de magnesi), el carbonat de magnesi (Eupeptina), enemes de fosfat hipertònic (Casen), enemes de citrat sòdic (Micralax) i les solucions de polietilenglicol (Motivol, Omersal i Cassenglicol). En els laxants estimulants s'hi troba els cenòcits (Puntual, Agiolax), el bisacòdil (Dulco-Laxo) i el picosulfat sòdic (Evacuacol). Per últim trobem la fibra on s'hi classifica el Agiolax, Cennat granulat, Fibra Leo, Plantaben, Stimulant Multifibra Mix, Resource Benefibre i el Blevit Integral (22).

L'ús de laxants té múltiples efectes tòxics a llarg termini. Les conductes promotores de la salut, l'adequada alimentació i l'ingesta hídrica més l'exercici físic, ajuden a moltes persones grans a desenvolupar patrons regulars de defecació sense dependre de laxants. Esmentar que els laxants osmòtics i els estimulants són els més utilitzats en l'actualitat. El Polietilenglicol és un laxant utilitzat cada vegada més, tant per la desimpactació com en el tractament del seu manteniment. Els avanços en el funcionament del sistema GI han permès el desenvolupament de nous fàrmacs,

entre els quals trobem el Tegaserod, desenvolupant una funció en la regulació de la peristalsis i l'estimulació de la secreció intestinal però retirat per la Food and Drug Administration (FDA) al 2007. Trobem també la Lubiprostona que augmenta la secreció de líquids intestinals, facilitant el trànsit i alleugerint els símptomes de restrenyiment. Almivopan i Prucalopride, dos fàrmacs de poca evidència que encara no són aprovats per la FDA (22). L'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris (AEMPS) presenta un informe dels medicaments avaluats i considerats de major interès pels professionals sanitaris on hi trobem la Linaclotida, fàrmac amb capacitat de reduir el dolor i alleugerir el restrenyiment en gent d'edat avançada (23).

En persones grans utilitzar els laxants solament quan siguin realment necessaris i amb precaució degut a les interaccions amb altres fàrmacs i els seus efectes adversos. L'avaluació de la qualitat de prescripció farmacològica i la detecció de problemes relacionats amb medicaments, s'ha d'evidenciar en la prescripció, l'ús del fàrmac, detecció de reaccions adverses i la valoració d'adherència o compliments terapèutic (24). Segons Pablo Saz Peiró et al. (14) en l'article *Cuidados en el estreñimiento*, és té la sensació de necessitar noves opcions de tractament del restrenyiment (90%) i de no disposar de medicaments efectius per aquest pacients (60%).

2.1.5 El problema en les persones grans

El problema de salut d'aquest treball avarca a persones grans que entren dins la denominació d'ancians malalts, ja que presenten una afecció aguda o crònica del problema de salut sense incidir en altres manifestacions o problemes de salut que hi puguin estar relacionats. En el centre de dia s'atendrà a les persones grans aplicant tractament rehabilitador i/o de seguiment de problemes d'infermeria juntament amb el treball d'un equip interdisciplinari. Els seus objectius estaran encarats a la rehabilitació de pacients amb un deteriorament funcional reversible (25).

La decisió d'englobar aquesta població dins el problema, és degut a la gran incidència i freqüència del restrenyiment, sent de causa multifactorial i podent comportar complicacions mèdiques greus. La prevalença del restrenyiment en les persones grans és major que la resta de la població general, amb unes xifres situades al voltant del 15-40%. A més de fenòmens de neurogeneració entèrica, que

afecten a la funció epitelial, muscular i neuronal gastrointestinal (GI), conflueixen altres factors com la immobilitat física, dieta inapropiada, ús de fàrmacs amb acció anticolinèrgica, deteriorament cognitiu, comorbiditat, quadres depressius i situació psicosocial (8). El seu maneig i tractament forma part d'una de les pràctiques habituals dels professionals sanitaris.

En l'envelliment s'accentua aquest problema, ja que suposa la unió de factors que convergeixen en la seva aparició esmentat anteriorment. En la gent gran, el restrenyiment és 5 vegades més que en persones joves (11). S'ha observat en adults que pateixen restrenyiment i sedentarisme que l'activitat física, independentment del contingut de fibra en la dieta i de la ingesta hídrica, millora la necessitat de defecar i el temps de trànsit colònic. En persones grans enllitades i/o fràgils i amb un síndrome d'immobilitat, s'ha vist que el temps de trànsit del còlon pot estar molt perllongat.

En les persones grans, la disfunció anal es pot expressar de diverses formes, en forma d'incontinència de rebossament o pel fet que el pacient vagi diverses vegades al lavabo defecant amb petites quantitats i amb gran esforç. És possible que en moltes ocasions la debilitat muscular i la incoordinació neurògena provoquin una parcial evacuació del recte. Al persistir restes fecals i inclús en el canal anal, el pacient manifesta la necessitat imperiosa d'anar al bany.

2.1.6 Prevalença i incidència del problema

El restrenyiment representa un dels grans síndromes geriàtrics per la seva prevalença, les greus complicacions i la seva important incidència en la qualitat de vida de l'ancià. Tot i que és difícil conèixer la freqüència real del restrenyiment, ja que no totes les persones grans acudeixen al facultatiu mèdic, molts tenen una idea equivocada del ritme intestinal normal. Circumstàncies que emmascaren els resultats dels estudis epidemiològics i influeixen també en l'autoconsum de laxants entre els ancians (30-50% d'aquesta població en prenen de manera habitual o esporàdica). Tot i així, se sap que el restrenyiment és un dels problemes més freqüents en les persones d'edat avançada, de manera que entre un 2 – 12% dels majors de 65anys que viuen en la comunitat i fins un 80% dels institucionalitzats el sofreix. Percentatge que augmenta amb l'edat (26).

Esmentar que un 15% de la població pateix estrenyiment crònic, sent més freqüent en dones i en persones de més de 65 anys (5). Les persones grans són el grup de població més afectat amb una prevalença del 23 i 42% en homes i dones majors de 60 anys, respectivament (27). La seva prevalença varia segons el medi on es considera que aproximadament el 6% de la població major que viu en un medi comunitari ho pateix. En les persones majors sense disfunció física i cognitiva, solament en el 50% de les ocasions, es descobreix la causa i per tant la possibilitat d'intervenció sobre aquesta. Tot i l'edat, les persones saludables i actives, tenen una freqüència intestinal normal (28).

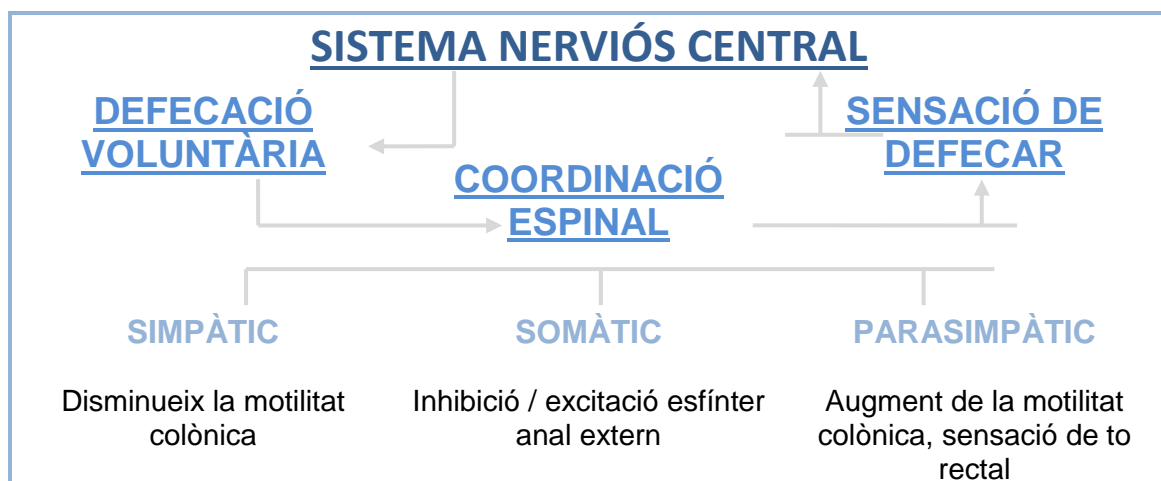
2.1.7 Fisiologia i canvis produïts per l'envelliment

Un sistema digestiu sa és la condició fonamental i indispensable per la capacitat de treball i vitalitat. Les molèsties que en particular es presenten amb més freqüència són la falta d'apetit, ardor d'estómac, vòmits i nàusees, sensació de pesantor, diarrea i restrenyiment. Moltes vegades aquestes molèsties no estan provocades per causes orgàniques, sinó per una mala nutrició, infecció o factors psíquics. El conducte digestiu reacciona molt sensiblement als estats d'inquietud, tensió i estrès. En l'envelliment, l'aparell digestiu experimenta modificacions causades pel seu propi ús i pel pas del temps, sumant-s'hi processos invasius i factors de risc que hagi pogut patir la persona en un passat. Aquestes modificacions fisiològiques pròpies de l'envelliment comporten uns trastorns en la deglució, digestió i absorció dels aliments ocasionant disfunció gustativa, dispèpsia funcional, malabsorció intestinal, alteracions metabòliques del fetge, incontinència fecal, restrenyiment, diverticulosi intestinal i de colon entre altres (27,29).

El tracte gastrointestinal (GI) és responsable de quatre funcions principals relacionades amb la ingestió dels aliments; digestió, absorció, secreció i motilitat. Els canvis biològics que es produeixen en el tracte GI de les persones grans són el resultat de canvis físics i mentals, però també de factors associats amb l'envelliment; immobilitat, desequilibri hídric, alteracions neuromusculars, problemes endocrins, etc (11). Aquests canvis comencen després dels 50 anys amb una disminució de la saliva i l'alteració del gust i l'olfacte combinats amb una masticació i deglució alterada, podent afectar la capacitat de menjar aliments rics en fibra i verdura o de realitzar una ingesta líquida adequada. A la cavitat bucal, hi ha una disminució de la

segregació de saliva juntament amb l'erosió de l'esmalt de les peces dentàries. L'estómac pateix una atrofia de la mucosa gàstrica i en l'intestí prim existeixen pocs canvis en quant a estructura o temps de trànsit. Tanmateix a l'intestí gros, les parets del colon es tornen més estretes augmentant el teixit connectiu provocant atrofia de la mucosa i hipertrofia de la seva musculatura. Pel que fa referència al fetge i al pàncrees, disminueixen de pes. Amb el pas dels anys, es pot apreciar una disminució de la sensibilitat rectal i del conducte anal, alterant la distensió rectal (17,21). La sensibilitat és fonamental per una correcta defecació i contenció fecal, havent més risc d'incontinència i de restrenyiment. A més, hi ha una alteració en l'eficàcia de la musculatura pelviana que pot afectar tant la defecació com la continència. No obstant, s'hi sumen els canvis dels mecanismes sensitius relacionats amb les ganes de defecar. La incapacitat de reconèixer la necessitat de defecar, l'ignorar repetidament els estímuls per defecar i/o tenir limitacions físiques per arribar al bany, contribueixen al deteriorament dels mecanismes sensorials que estimulen la necessitat de realitzar una defecació.

La defecació pot respondre a varis mecanismes fisiopatològics: peristaltisme, balanç hidroelectrolític i reflex de la defecació (taula 3) (30).



Taula 3: Fisiopatologia de la defecació (30).

Les pèrdues derivades del procés d'envellir afecten en major o menor mesura a l'organisme. Les pèrdues de claudicació simultània d'altres òrgans o sistemes són alts, per la qual cosa, el diagnòstic en una persona gran amb manifestacions digestives, requereix d'una avaluació exhaustiva que permet establir les bases per una adequada actuació terapèutica.

2.1.8 Complicacions

El restrenyiment d'una persona gran no sempre és un procés banal, ja que pot acompanyar-se de molèsties subjectives, d'incomoditat i de múltiples complicacions mèdiques. Un quadre de restrenyiment no tractat de manera adequada pot provocar diferents complicacions en l'evolució clínica, empitjorant l'estat de salut la seva qualitat de vida.

La complicació més freqüent és la impactació fecal o fecaloma, amb una prevalença al voltant del 60% en majors de 60 anys i amb una mortalitat associada fins al 16% (26). En moltes ocasions està afavorida per la deshidratació de la femta i la reabsorció de l'aigua. La impactació és la causa d'una exposició perllongada de la femta acumulada al colon i recte, de manera que ni el reflex d'evacuació ni la musculatura abdominal poden expulsar-la. Aquests fecalomes es manifesten amb dolor o bloqueig anal al defecar, com la sensació de plenitud. Serien pacients que després de defecar una petita quantitat de femta sòlida, posteriorment es produiria una distensió de l'ampolla rectal i una disfunció de l'esfínter anal provocant que surti femta líquida de manera contínua. Els síndromes típics associats amb la impactació serien l'anorèxia, síndrome confusional agut, nàusees i vòmits, diarrea per rebossament, distensió abdominal i dolor abdominal. Cal esmentar que la bufeta urinària també es pot veure compromesa si existeix una impactació fecal provocant pol·laciúria, retenció i incontinència urinària, infecció de les vies urinàries, etc (21,1).

El restrenyiment també pot provocar anorèxia (aparició de la sensació "d'estómac ple" i com a conseqüència augmenta la seva inapetència), empitjorament del reflux gastroesofàgic per augment de la pressió intraabdominal, hemorroides internes i externes provocades per la pressió abdominal, fissura anal com a conseqüència de l'esforç realitzat en la defecació, prolapse de la mucosa anal i obstrucció intestinal. El síndrome de Ogilvie també és una complicació greu i freqüent en pacients grans afectats de restrenyiment crònic que provoca la dilatació massiva i aguda del colon, especialment del colon ascendent (31). Vigilar en les úlceres colòniques secundàries a la necrosi del colon produïda per la pressió que exerceix sobre ell la massa fecal immòbil. No oblidar el dolor abdominal degut a l'esforç de la musculatura del colon pel pas de la femta. La majoria dels casos de dolor abdominal és degut a l'absència de deposicions per més de 24 hores (32).

2.2 TERÀPIES ALTERNATIVES I COMPLEMENTÀRIES

La salut de la població està determinada per les condicions de vida i de treball, nivell d'educació i d'informació, formes i hàbits de vida, entorn, etc. Es necessari protegir el cos davant qualsevol tipus de contaminació que no pugui assimilar o eliminar sense tenir conseqüències posteriors. Des de l'antiguitat fins als nostres dies, s'han utilitzat els remeis naturals en la terapèutica sent la base de la farmacologia actual (33). En aquest treball, es posarà èmfasi en la importància de la seva utilització i proposar una reflexió sobre l'aplicació de les cures a través de les TAC en infermeria. Malgrat això, s'observa que un dels factors que dificulta aquesta iniciativa és la lentitud en l'aprovació dels estudis científics relacionats amb l'ús de les TAC (34). La integració en un món natural era un fet que impregnava les costums i la forma de contemplar l'existència en el seu conjunt. L'arribada del renaixement i els seus descobriments, va fer reconduir l'home cap al seu propi poder, capaç de revelar els misteris més profunds i capaç de dominar el seu voltant. La medicina natural conserva l'esdeveniment ancestral dels segles i processos evolutius. Els antics, curaven la malaltia amb remeis a base de plantes, imposant moltes vegades les seves pròpies mans i inclús utilitzant el poder de la veu i el so per provocar transformacions en la mateixa matèria. En l'actualitat, hi ha un retorn a les fonts dels coneixements i tractaments d'antuvi. Poc a poc, la introducció i el desenvolupament de les tècniques alternatives de tractament, va consolidant-se en els diferents països on alguns posseeixen una tradició i cultura imminent i ininterrompuda en la seva pràctica. La gran majoria de teràpies naturals tenen les arrels a països com la Índia, Xina, Sud-Amèrica, etc. L'ayurveda hindú o la medicina tradicional xina, amb pràctiques representatives com la fitoteràpia i l'acupuntura, són punts de referència essencials en la història de la curació per mitjà de remeis naturals. Les tècniques de massatge, l'ús de plantes medicinals, els tractaments a base de colors o sons i altres tècniques, són un exemple de la capacitat de l'home per posar fi a les docències per mitjà de procediments naturals (35).

Les TAC, es refereixen a pràctiques amb finalitats terapèutiques que es desvien de la medicina convencional i que poden utilitzar-se de manera paral·lela a la medicina científica per resoldre un problema de salut, mantenir o millorar una situació de salut i benestar. A nivell mundial s'ha observat un interès progressiu per aquest tipus de

teràpies. M'agradaria posar de manifest la diferència entre la teràpia complementària i l'alternativa, aquesta última sent la clau del treball. La medicina complementària i alternativa (CAM) s'atribueix al terme utilitzat en la medicina no convencional, aquella que no forma part de les intervencions estàndards practicades pels diferents professionals de la salut, entre aquests els professionals d'infermeria. La medicina alternativa significa l'ús de tractament i intervencions diferents als estàndards, en canvi la medicina complementària indica l'ús de tractament alternatius juntament amb els estàndards (36). La medicina alternativa també es plantejada com una estratègia de promoció de la salut diferent a les proposades per la medicina al·lopàtica podent contribuir a la satisfacció de les persones, al seu benestar i qualitat de vida de la diversificació del concepte tradicional de pràctiques de la salut. Esmentar que l'OMS, d'acord a la seva: "Estratègia de l'OMS sobre medicina tradicional 2002-2005", defineix les TAC com un terme àmpliament utilitzat per referir-se als sistemes de Medicina Tradicional (MT). S'hi destaca el concepte no al·lopàtic de les intervencions, especialment indígenes, però no incorpora totes les alternatives existents que cada dia són més nombroses i diverses (4). Segons l'Associació Espanyola de Metges Naturistes (37), afirma que les TAC són un mètode terapèutic que té com a base dos principis: el fisioterapèutic i el metodològic. En el primer, es valora que la salut la manté el propi cos format per sistemes i aquest es posa en marxa per la curació i el reequilibri quan apareix la malaltia, i en el segon, es consideren aquelles teràpies basades en remeis naturals, on l'aplicació ha donat lloc a tècniques reconegudes i provades per la seva eficàcia terapèutica, com per exemple la reflexologia. Per últim, es classifiquen les TAC segons la British Medical Association (38) en quatre: sistemes complerts (Homeopatia, Osteopatia, Acupuntura, Medicina herbal i Quiropràctica), mètodes diagnòstics (Iridologia, Kinesiologia i Anàlisi capil·lar), mètodes terapèutics (Massatges i teràpies de contacte, Shiatsu, Reflexologia, Aromateràpia, Medicina Natural i hipnosi) i d'autocura (Meditació, Ioga, Relaxació i Tai-chi) (4).

2.2.1 Dietètica

Segons l'OMS (39), la dietètica la definim com la ciència que estudia l'alimentació en la salut o la malaltia, sent el coneixement de les necessitats nutritives indispensables per la determinació de l'alimentació ideal de l'individu en qualsevol etapa de la vida.

La salut és una de les principals aspiracions de l'ésser humà juntament amb una alimentació saludable a través d'una cocció suau per davall de 100°C destruint nombrosos tòxics, cocció en aigua, vapor i bany maria en sec entre altres que resulten saludables, naturals i nutritives. Alimentar-se és una part essencial de la vida diària dels éssers humans. La salut depèn en gran mesura dels nostres costums i hàbits alimentaris per prevenir problemes de salut tant comuns en la societat d'avui dia. L'estudi aprofundit sobre el restrenyiment, m'ha fet adonar que l'alimentació és la clau de l'èxit per combatre'l. Cuidar allò que mengem és tenir cura del nostre organisme físic i paral·lelament el de la nostra salut integral. Tot i així, la primera dificultat que ens trobem és la dificultat dels hàbits adquirits, ja que costa canviar-los i fins i tot modificar-los. Estem tant acostumats a menjar certs aliments amb una freqüència determinada, que resulta un esforç canviar la rutina dels àpats diaris.

Véronique Liégeois, dietista i nutricionista i Ljiljana Milosavljevic, chef de cuina biològica, autores del llibre *Bienestar intestinal, Cómo sentirse bien comiendo*, afirmen que l'alimentació vegetariana evita el restrenyiment, ja que a causa de l'abundància de fibra en la seva alimentació, els afecta menys aquest problema de salut (2). Pablo Saz-Peiró et al. en l'article "*La dieta vegetariana y su aplicación terapéutica*", han constatat que els vegetarians tenen una menor incidència en les malalties GI, entre elles el restrenyiment (40). Als països no industrialitzats es caracteritza una alimentació rica en substàncies de lastre (substàncies actives de les plantes que coordinen l'eficàcia dels remeis vegetals, accelerant o retardant l'assimilació de les substàncies actives en l'organisme recorrent el tub digestiu i tornant a sortir pràcticament intactes amb un augment en el volum de la femta (6)); fibra, midó i glúcids complexos. En el moment de consumir productes d'origen animal el millor és escollir aliments molt digeribles que no afavoreixin les fermentacions intestinals: peix blanc (bacallà, gall, llenguado, lluç, rap), carns de fibra curta (filets de pollastre, bistec de bou, gall d'indi) i formatges frescs (formatge blanc, mozzarella, de cabra o que hagin patit una maduració llarga) evitant els de tipus camembert o brie ja que la fermentació viva podria afavorir la inflamació del ventre(2).

2.2.1.1. La fibra

Després de fonamentar el meu criteri amb l'evidència científica (41- 47) penso que una de les causes més importants del restrenyiment és l'ús inadequat dels hàbits dietètics, en concret, la disminució de la quantitat de fibra en els àpats. La fibra és un conjunt de macromolècules d'origen vegetal no digeribles per les enzimes digestives, però que poden ser parcialment fermentades per les bacteries que habiten al colon. Dins les propietats de la fibra dietètica, destacar la resistència a la digestió, capacitat d'absorció i retenció d'aigua, fixació de substàncies orgàniques i inorgàniques i fermentació en l'intestí gros. La capacitat que té la fibra d'accelerar el trànsit intestinal i de retenir l'aigua, permet incrementar el pes i el volum de la femta, la qual proporciona una consistència adequada per una evacuació fàcil. Trobem dos tipus de fibra; soluble i insoluble. La fibra soluble accelera el trànsit intestinal, incrementa el volum de la femta, retarda el buidament gàstric, regulant els nivells de glucèmia i colesterol, augmentant la biomassa i la retenció d'aigua i la fibra insoluble augmenta la massa fecal afavorint el trànsit intestinal i ajuda a prevenir la concentració i el temps de contacte de potencials carcinogènics amb la mucosa del colon. L'augment del volum fecal i l'estirament de la paret intestinal, estimulen els mecanoreceptors i es produeix el reflex de propulsió i evacuació (48,49). Véronique Liégeois et al. (41) esmenten els diferents tipus de fibra que trobem en els nostres aliments (annex nº II): cel·luloses, hemicel·luloses i pectines. Dins les cel·luloses es troba el salvat de blat, sent el més efectiu per combatre el restrenyiment. Les hemicel·luloses i les pectines com certs glúcids (midó), tenen un efecte estabilitzador sobre el trànsit i completen l'acció de la cel·lulosa. La principal font de fibra dietètica en els aliments, es troba en el cereals, llegums, verdures i fruites (taula 4). La quantitat adequada de fibra dietètica per assegurar un bon funcionament intestinal, és de 15-25 g/dia, segons l'edat, hàbits alimentaris, patologies, etc (44,46,42).

TIPUS/GRUPS	ALIMENTS
Fruites	Poma, albercoc, raïm, nectarina, pera, pruna, maduixa, taronja, mandarina, cíndria, albobcat, coco, ...
Cereals integrals	Galetes, pa, arròs, pasta, ...
Llegums	Mongetes, cigrons, llenties, faves, ...
Verdures	Espàrrecs, mongeta verda, bròquil, cols de Brussel·les, col-i-flor, pastanaga, api, panís, ceba, patata, carabassa, ...
Fruits secs	Ametlles, cacaus, nous, ...

Taula 4: Aliments rics en fibra (42).

Les fibres dels cereals són les més eficaces, ja que absorbeixen i eliminen les toxines alhora que mantenen sa l'intestí. Els productes integrals, conserven el segó del gra (l'embolcall), la qual cosa facilita l'excreció dels contaminants que poden representar risc de càncer i evitar el restrenyiment. Els cereals integrals, contenen entre tres i quatre vegades més fibra que els cereals refinats i per consegüent estan directament implicats en la prevenció d'aquest problema de salut. Contenen sobretot cel·lulosa. Destacar el midó, mill, quinoa i arròs que són els de grans sencers i el bulgur com a cereal triturat. La resta de la fibra que ingerim prové de les verdures, hortalisses fresques, llegums, fruita i fruits secs. L'aportació hídrica de la fruita provoca una millora en la hidratació del contingut intestinal augmentant així el volum de la femta. Les pectines i lignines es troben a la pell de les fruites i posseeixen propietats hidròfiles. Les fruites més beneficioses són el kiwi, gerd, figues i raïm. En les verdures trobem fibra suau (pectines i hemicel·lulosa) que complementen l'acció de la cel·lulosa dels cereals. Entre elles trobem la col, porro, panís, api, etc (41).

La naturalesa de la fibra ingerida i les seves propietats fisicoquímiques influeixen de manera decisiva en els efectes sobre la fisiologia del colon. Les fibres menys fermentables, tenen un efecte prevalent com a laxant i en canvi les molt fermentades, augmenten el volum de la femta. L'evacuació i el temps de trànsit es veu afectat pel volum de la femta i els canvis en l'activitat contràctil i secretora de la paret còlica. Les fibres alimentàries no s'hidrolitzen en el tracte digestiu superior;

transiten, exercint diverses influències lligades a la quantitat. La fibra, al mateix temps, pot retardar el buidament gàstric, ja que al barrejar-se amb els components líquids de la dieta, augmenta la viscositat i alenteix el buidament dels components sòlids de la dieta (50).

Per reeducar l'intestí és important fer tres menjades diàries, sense oblidar l'esmorzar ja que un bon àpat després d'una nit de dejuni estimula la digestió i en especial el peristaltisme del colon. S'ha d'evitar picar entre hores perquè impedeix que l'aparell digestiu pugui descansar, fent que funcioni de manera continuada tot i el seu baix rendiment. La recomanació d'adoptar una alimentació senzilla per les persones que sofreixen de restrenyiment no significa que s'hagin d'eliminar totes les grasses, ja que aquestes desenvolupen un paper de primera importància en el funcionament del trànsit intestinal.

2.2.2 Fitoteràpia

L'ús de les plantes o substàncies vegetals amb finalitats medicinals és una pràctica molt antiga que avui dia té un gran renom a nivell mundial. En l'annex nº III hi ha un breu resum de la història de la fitoteràpia a nivell mundial. La fitoteràpia es basa en remeis vegetals, productes utilitzats amb finalitat mèdica, compostos de plantes, parts de les plantes, productes vegetals o combinacions d'aquests. La planta té infinitat de propietats, cadascuna extreta de manera diferent per tal d'obtenir el principi actiu que ens servirà per tractar el problema en sí. Henri Leclerc, metge francès, anomena per primera vegada el terme fitoteràpia en el seu llibre "*Précis de Phytothérapie*" a principis del segle XX, format per *phytón* (planta) i *therapeía* (tractament).

Actualment la fitoteràpia es defineix com la ciència que estudia la utilització dels productes d'origen vegetal amb finalitat terapèutica, ja sigui per prevenir, atenuar i curar un estat patològic. Existeix una base científica que recolza l'eficàcia dels productes fitoterapèutics per a determinades indicacions. L'eficàcia s'aconsegueix solament amb l'ús adequat dels preparats fitoterapèutics, tant en el que es refereix a les indicacions com a la seva forma d'administració (51).

L'OMS (39) estima que el 80% de la població en països en vies de desenvolupament, utilitza plantes medicinals tradicionals com una font primària de

medicaments per tractar i per controlar diverses malalties. En els països desenvolupats, el consum de plantes medicinals, vitamines i suplement minerals ha augmentat de manera important en les últimes dècades. A Europa l'administració de plantes medicinals representa el 25% del mercat global dels medicaments amb un creixement anual del 10%. A Espanya, una tercera part de la població en consumeix de manera habitual (52). En l'àmbit d'AP, un 19,6% reconeix el seu consum; el 34,7% pertany a pacients de consultes externes digestives; un 35,7% dels pacients tenen un consum ocasional d'alguna planta; el 57% pren productes fitoterapèutics en substitució del tractament convencional i el 37,5% ho fa com a complement del tractament prescrit pel facultatiu mèdic (33,51). La OMS recomana a les autoritats sanitàries que cada país inclogui les plantes medicinals en els sistemes de salut i en especial en AP de salut. Al ser utilitzades per productes d'ús humà, a Europa, les plantes medicinals s'han de sotmetre a normes i revisions molt exigents en matèria sanitària. A més, s'han de mantenir en condicions òptimes de desenvolupament, donat que alguna variació significativa en les seves condicions de cultiu, pot alterar les seves propietats i destruir els principis actius. Un dels enemics més importants de les plantes medicinals són els plaguicides químics alterant l'eficàcia terapèutica (53,35). Les plantes medicinals proporcionen uns avantatges que són útils i beneficiosos pel nostre organisme: reparació global de l'organisme (les herbes exerceixen una acció més efectiva que els medicaments a causa de la interacció entre els seus principis actius), un major efecte preventiu (les herbes tendeixen a estimular una acció protectora i reguladora de les funcions defensives de l'organisme, preparant-se contra l'activitat de possibles agents externs), menys efectes secundaris, efecte més durador a causa de la seva millor tolerància, acció polivalent (actuar sobre diferents símptomes) i complement segur ja que es poden utilitzar com a complement de tractaments convencionals (54).

La fitoteràpia s'utilitza tant en la prevenció i en la millora de la qualitat de vida com en el tractament de les malalties. El seu principal camp d'acció són les afeccions lleus i moderades, així com les malalties cròniques. És útil en la teràpia de més del 90% de les afeccions tractades habitualment en AP: sistema nerviós (angoixa, insomni, depressió, cefalees, trastorns cognitius i astènia), sistema circulatori (insuficiència cardíaca, hipertensió, estenosi venosa, malaltia arterial oclusiva i fragilitat capil·lar), sistema endocrí (sobrepès i diabetis miellitus), sistema urinari

(infeccions urinàries i litiasi), sistema locomotor (inflamacions osteoarticulars i artrosi), sistema reproductor (síndrome pre-menstrual, alteracions en la menstruació, símptomes associats a la menopausa i hiperplàsia benigna de pròstata), sistema digestiu (inapetència, estomatitis, gingivitis, dispèpsia, flatulències, gastritis, restrenyiment, diarrea, SII i hepatitis), afeccions dermatològiques (psoriasi) i sistema respiratori (grip, refredat, rinitis, sinusitis, bronquitis i asma) (18).

2.2.2.1 Formes d'administració de les plantes medicinals

Alhora de triar la forma més adequada per l'administració d'una planta medicinal, s'ha de tenir en compte l'objectiu terapèutic que nosaltres volem assolir. La major part de les plantes s'administren per via oral, aconseguint una acció sistèmica del principi actiu. Tanmateix no sempre és la via d'elecció, ja que alguns principis actius no s'absorbeixen per aquesta via o experimenten problemes en la seva administració, cas molt comú en persones d'edat avançada. L'administració de les plantes es pot realitzar utilitzant preparats galènics o formes farmacèutiques, aquestes últimes incidint en l'exactitud de la dosi, de la major estabilitat, eficàcia i seguretat. Em centraré parlant de la preparació i administració per via oral, comú en la població diana del problema de salut. S'ha de tenir en compte alhora d'elaborar un preparat fitoterapèutic per via oral, el color, sabor, olor i aspecte, ja que són factors importants que determina l'adherència de la persona al tractament. En la taula 11 de l'annex nº XII, s'esmenten les preparacions més comú d'ús oral i/o tòpic de les plantes medicinals tot mencionant els preparats més accessibles per la gent gran i aquells que no es relacionen ni deriven de productes i substàncies químiques. Els productes i/o substàncies que s'han exclòs serien els extractes fluids, suspensions integrals de planta fresca, licors, olis essencials, aigües aromàtiques, elixirs, pólvores, comprimits, càpsules, etc. M'agradaria fer èmfasi amb les tisanes, que són el preparat més habitual en fitoteràpia. Els seus avantatges giren al voltant de la seva preparació senzilla, l'utilització de poca quantitat de substància vegetal i la seva fàcil administració. Posar de manifest que les tisanes tenen poca estabilitat del preparat, fet que repercuteix en que la seva administració sigui immediata. En l'elaboració de les tisanes s'utilitzen plantes responsables de l'activitat principal (1 a 3 plantes), plantes complementàries (textura agradable) i correctores (millorar color i

sabor). S'ha de tenir especial cura amb el te verd o negre, perquè és astringent i té un retrocés en el trànsit intestinal (51).

2.2.2.2 Fitoteràpia per combatre el restrenyiment

Encarna Castillo García, professora del Departament de Fisiologia Farmacològica i Toxicologia de la Universitat de València, i Isabel Martínez Solís, professora de la Unitat Docent de Botànica de la Universitat de València, a través del llibre *Manual de fitoteràpia* (51) ens posen de manifest aquelles plantes amb propietats laxants que ajuden a combatre el restrenyiment. Segons aquestes estudioses del tema, classifiquen els laxants en laxants que augmenten el bolus intestinal, laxants osmòtics, laxants estimulants i per últim els laxants lubricants.

Els laxants vegetals que proporcionen un increment del bolus intestinal (taula 5) s'inclouen dins els laxants mecànics. Es caracteritzen per presentar en la seva composició polisacàrids heterogènics. Dins d'aquest grup trobem les gomes, exsudats d'origen patològic segregats per la planta a conseqüència d'una agressió externa i els mucíl·lacs, components fisiològics de les parets cel·lulars vegetals que apareixen entre les algues i els líquens. Veronique Liégeois et al. (41) corroboren que els laxants més naturals són els mucíl·lacs, ispagul o tamarinde que es troben en els complements alimentaris, sent els formadors de fibres toves sense presentar cap tipus de perill. Aquest polisacàrids capten aigua dels sucs gàstrics, s'inflen i formen gels viscosos o solucions lubricants que faciliten el trànsit de la femta. Retenen aigua i eviten l'enduriment del contingut intestinal, afavorint els moviments peristàltics que beneficia al tracte intestinal. L'efecte laxant tarda entre 12 i 72h i fins i tot pot arribar a un màxim de 3 setmanes fins aconseguir els beneficis esperats (18). Les plantes amb mucíl·lacs i gomes a dosis baixes actuen com a diarreics i a dosis altes com a laxants. Adriana Hoffmann i et al. (55) especifiquen les plantes d'aquest grup més conegudes a Xile; quinchamalí, sanguinaria, borraja, codony, avena, llantén, vira-vira, algarrobo entre altres.

Principals espècies vegetals que proporcionen un increment del bolus intestinal	
GOMES	MUCÍLAGS
Goma sterculia o goma karaya	Leguminosae
	Linaceae
	Plantaginaceae

Taula 5: Laxants vegetals que proporcionen un increment del bolus intestinal (18).

Els laxants estimulants (taula 6) es classifiquen en derivats antraquinònics, poligonàcies i oli de ricí, aquest últim restringit la venda al públic per la seva elevada toxicitat. Aquestes substàncies promouen la secreció d'aigua i electròlits dins de l'intestí i estimulen la motilitat intestinal. La seva utilització pot ser vàlida en cas de restrenyiment agut u ocasional i en persones que necessiten una defecació fàcil. L'efecte laxant tarda entre 10 i 12h en fer efecte per això es recomana l'administració d'aquest laxants a la nit on el seu efecte tindrà eficàcia a primera hora de matí. Si la dosi administrada és baixa s'obtindrà un efecte laxant, en canvi si la dosi administrada és alta, obtindrem un efecte purgant. S'ha de tenir cura alhora de la seva utilització ja que s'han d'evitar en persones amb malalties inflamatòries i obstruccions intestinals i sobretot vigilar si pot existir alguna associació amb fàrmacs digitàlics perquè afavoreixen l'aparició d'arítmies. En persones amb restrenyiment crònic, s'utilitzen substàncies que afavoreixen el trànsit GI. En aquest grup trobem els laxants mecànics: lubricants, emol·lients i incrementadors de la massa. Si relacionem la fitoteràpia amb aquest tipus de laxants observem que són totes les espècies vegetals que continguin en la seva composició polisacàrids actuant sobre el bolus intestinal. En canvi, si el problema és un restrenyiment de tipus agut, s'utilitzen laxants estimulants o irritants de l'intestí gros, com serien les plantes amb derivats 1,8-hidroxiantracènics (18).

Jordi Cebrián, escriptor, periodista i coordinador del llibre "*Remedios caseros con plantas medicinales*" (54) ens exposa en el seu llibre decoccions per combatre el restrenyiment, decoccions laxants i decoccions laxants en restrenyiments persistents. També parla sobre la fórmula d'un restrenyiment persistent, fórmula laxant, fórmula laxant pel restrenyiment puntual i la fórmula laxant per casos de pacients amb disminució de la mobilitat (annex nºIV). Aconsella la utilització de

figues contra el restrenyiment suau, l'ús del salvat de mill, infusió laxant de canya de fístula, xarop laxant d'espí cerval, neteja intestinal, tisanes per combatre el restrenyiment, tisana digestiva vàlida en restrenyiment suau i alleugerir la mala digestió, tisana laxant de arrel de *yezgo* en restrenyiment aguts i infusions per SII.

Laxants vegetals estimulants		
DERIVATS ANTRAQUINÒNICS	OLI DE RICÍ	POLIGONÀCIES
Sen	Ricinus communis	Llengua de vaca
Closca sagrada		
Àloe		
Fràngula		
Ruibarbre		

Taula 6: Laxants vegetals estimulants (18).

M'agradaria comentar que he introduït en aquest treball plantes medicinals d'ús comú a Xile per combatre el restrenyiment (annex nº V). La flora de Xile es destaca per la seva riquesa i diversitat. Es sap que la gran majoria d'espècies medicinals utilitzades a Xile són silvestres i que solament molt poques es cultiven. L'equip de Medicina Tradicional del PAESMI, inicia una sèrie de projectes per conèixer, avaluar i divulgar des de diverses perspectives la medicina tradicional xilena i l'ús de les plantes medicinals i la seva pròpia evolució. La Societat Xilena de Fitoteràpia (56) és una societat científica atorgada l'any 2006 per l'Estat de Xile que promou i desenvolupa la fitoteràpia, concebuda com a disciplina moderna on interessats en la matèria, investiguen esdeveniments entre la població nativa de Xile tot registrant un ampli nombre d'espècies i expressant la seva admiració per la saviesa del poble indígena. Malgrat això, no solament l'amplitud i l'experiència són abundants sinó també la seva riquesa simbòlica centrada en els contextos en la curació popular i en les pròpies plantes que hem serveix per poder descriure les plantes medicinals utilitzades en el restrenyiment; la ruda s'utilitza en molèsties digestives i la camamilla i el paico en cas de dolor d'estómac. Altres plantes recomanades serien l' *ajenjo*, l'all, *bailahuen*, *boldo*, *borraja*, *cachanlagua*, *ceba*, *eter*, *maiten*, *malva*, *melon* reuma, *natre*, *noguer*, *ortiga*, *pingo – pingo*, *quinchamali*, *radal*, *rosa mosqueta*, *sabanilla*, *til·ler*, *toronjil cuyano*, *vira – vira* i la *zorzamora* (annex nº V) (55).

2.2.3 Reflexologia podal

La reflexologia consisteix en buscar l'harmonització del cos a través de l'estimulació de centres nerviosos, circulatoris i energètics. Denominem reflexoteràpia a la utilització terapèutica de reflexes corporals, localitzats en diferents zones de l'organisme; peus, mans, crani, espatlla, tòrax i abdomen. La pràctica de la reflexologia podal es basa en l'aplicació de massatges específics en punts, zones i àrees reflexes dels peus amb la finalitat d'aconseguir l'estabilitat funcional, estructural i emocional de l'organisme. Està contemplada dins del camp de la medicina alternativa manual des de fa aproximadament 5.000 d'anys. En l'annex nº VI hi ha una breu introducció de la història de la reflexologia podal (57).

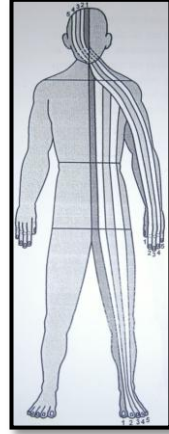


Figura 1: Divisions reflexes corporals

Les persones grans manifesten inseguretats davant l'exposició del propi cos. La majoria busquen millorar la sensació de benestar i són especialment receptius al tracte centrat en les seves necessitats individuals. També hi ha gran diferència entre sexes. Les dones, en general, coneixen més el tema i realitzen amb major freqüència tractaments amb reflexologia i en canvi els homes, solament assisteixen per alguna lesió prèvia o per recomanació mèdica (58) (4). Per poder ubicar la disposició reflexa dels òrgans en els peus, ens centrarem en les divisions anatòmiques que el Doctor (Dr.) Fitzgerald estableix i que serveixen de base per entendre el treball reflex, les quals seccionen el cos en deu bandes longitudinals i que acaben en cada una de les unions interdigitals de la mans i peus (figura 1). Aquests eixos longitudinals del Dr. Fitzgerald disposen de quatre eixos transversals que ajuden a delimitar més les zones reflexes, separant els tres blocs principals i localitzant exactament cap, tòrax i abdomen (figura 2). Cada banda representa una zona corporal en el seu pla vertical i els òrgans o estructures presents en cada una d'elles que a la vegada reflexen la mateixa línia de cada peu (59).

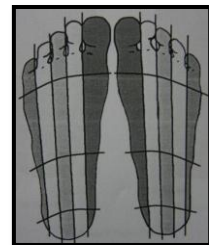


Figura 2: Divisions reflexes podals

2.2.3.1 Tractament pel restrenyiment

A través de la intervenció d' infermeria, es posen de manifest elements de cures essencials; cura centrada en la persona, concepte de benestar i procés d'autocura. Cada un d'aquests elements, són necessaris per poder aconseguir i desenvolupar un context a través de les TAC per fer front a la visió holística que envolta el problema. En el cos humà hi ha òrgans que se superposen, de la mateixa manera que les zones de projecció al peu poden aparèixer superposades en algunes ocasions. Els òrgans localitzats a la part dreta del cos es reflexa al peu dret i els situats al costat esquerre ho fan al peu esquerre.

La resta d'òrgans que es troben en ambdós costats de la línia mitja es reflexa ambdós peus. El tub digestiu, com estructura anatòmicament innervada, es reflexa particularment bé a nivell podal (figura 3). Mitjançant una adequada pràctica de la reflexologia podal, es pot influir beneficiosament sobre estats congestius, irritants o d'alteració del to muscular.

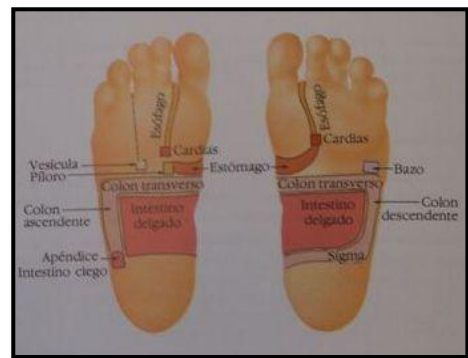


Figura 3: Zones de projecció reflexes de l'aparell digestiu

L'intestí prim es situa sota la planta del peu, en la concavitat central dels peus, trobant-se envoltat pel colon. L'intestí gros o colon, tot i la seva menor longitud, té un predomini en les ases intestinals. El recte i l'anus constitueixen la zona final de l'aparell digestiu. La seva zona reflexa en el peu és la mateixa, concretament per davall i molt endarrere del turmell intern. Aquesta zona és especialment sensible en el cas de restrenyiment, hemorroides i fissures anals. En reflexologia podal, convé manipular bé l'àrea de projecció del colon tot i que no s'aprecia dolor (60). Quan la persona pateix de restrenyiment, la part del sistema digestiu que es troba afectada (annex nº VII figures de la 5 a la 13) és la vàlvula iliocecal que uneix el intestí prim amb el colon, el punt apèndix i el punt del colon (60,61,35). La correcta detecció d'aquests punts i el seu tractament per mitjà del massatge, representen la base de l'eficàcia. L'avís més freqüent de que ens trobem davant un punt reactiu és la resposta de dolor o molèstia que manifesta el/la pacient davant la pressió exercida sobre el punt. En el moment que el/la terapeuta valora el peu de la persona gran a través del tacte, en la zona del colon transvers notarà un tacte granulat que indicarà

flatulències que produeixen inflamació i dolor. En la valoració del recte, la zona del peu estarà dura i amb tacte granulat i la zona on la persona gran manifestarà més dolor serà en el punt de la vàlvula ileocecal (61). El conjunt de manipulacions bàsiques en reflexologia podal (annex nº VIII) alhora de tractar un problema de salut són: tècniques de massatge d'escalfament, manipulacions exploratòries, manipulacions dirigides al tractament i manipulacions sedants del dolor (61,35,59).

Es recomana a la persona gran que entre sessió i sessió hagi un marge de 24 hores, sempre i quan el problema a tractar no sigui crònic ni greu. S'ha de deixar que l'organisme recuperi la seva normalitat progressivament, sense forçar o saturar el procés autocuratiu que s'ha de produir amb normalitat. Un, dos i fins i tot tres massatges setmanals, poden considerar-se necessaris a l' inici de qualsevol tractament. Tot i així, la pauta general és duna sessió setmanal, ja que és una tècnica molt profunda i l'organisme té que adaptar-se i processar tota la informació del tractament. Una sessió terapèutica dura al voltant d'uns 40 a 45 minuts per peu. Freqüentment, el peu esquerra necessita més treball que el dret, ja que està més carregat de tensions. El treball ha de ser complert i el terapeuta a de tenir en compte que s'ha d'equilibrar l'organisme, per tant es recorrerà cada un dels punts reflexes, insistint en aquells de major dolor. Es comentarà al pacient que el principi del desenvolupament d'una sessió pot ocupar més temps. Tot i així, en les persones grans, es recomanen sessions de durada més curta, ja que els seus peus són delicats, posseeixen menys massa muscular i òssia, són fràgils i lleugers i això simplifica el treball. Malgrat això, les persones grans són més receptives al massatge i s'aconsegueix uns resultats més efectius i gratificants. Després de la sessió de reflexologia podal, el cos ha d'eliminar totes les substàncies que han estat mobilitzades o bé reciclar-les per utilitzar-les de nou. La persona necessita un temps de descans i adaptació a la nova situació que pot ser més o menys llarg depenent de com es trobi l'organisme. S'ha de tenir en compte que cada cas es particular i cada organisme té la seva forma individual de reaccionar (57).

2.2.4 Activitat física, relaxació i massatges

Com ja s'ha dit, la causa més destacada del problema de salut seria la immobilitat de la persona. L'acció beneficiosa dels moviments i/o activitat física és general sobre tot l'organisme, actuant i modificant la fisiologia i la bioquímica cel·lular. La intensitat de

l'entrenament s'adapta cuidadosament a l'edat i a la capacitat física individual. Per altra banda, en el repòs, es pot fer referència al repòs nocturn però també s'ha de tenir en compte altres moments de repòs durant el dia, degut a la importància dels estats de relaxació per reduir l'estrès del dia. El repòs adequat, juntament amb una correcta alimentació i exercici, constitueixen els tres pilars fonamentals de la medicina natural i de l'estil de vida saludable des del naixement fins la mort (33). Les poblacions que han seguit amb un model de vida tradicional i una activitat física diària, generalment no presenten aquest tipus de problema. El sedentarisme afavoreix l'estancament dels aliments al colon i l'enlentiment de la velocitat en el trànsit. Els aliments que romanen molt temps en el tub digestiu són digerits amb excès i deshidratats. El bolus alimentari perd volum i les deposicions es fan menys freqüents. La falta d'activitat física causa una disminució de la massa muscular en l'abdomen, el que dificulta molt més la defecació. Una adequada elecció dels aliments combinada amb mètodes de relaxació, donarà uns resultats més duradors i sense tants efectes secundaris. Les activitats de la vida diària solen anar acompanyades de tensió muscular. Aquesta contracció permanent i involuntària dels músculs dificulta la circulació sanguínia i manté el sistema nerviós en un estat de tensió que acaba produint irritabilitat, major reacció davant els estímuls amb una major contracció muscular i un bloqueig en el trànsit. Els massatges al ventre i una relaxació agradable poden ser beneficiosos per la persona que pateix restrenyiment (2).

La tècnica de relaxació es pot practicar en qualsevol moment del dia tot i que s'aconsella abans d'anar a dormir, ja que d'aquesta manera la ment es prepara pel descans i s'obté una son més profunda i més satisfactòria. S'aconsella en una habitació tranquil·la sense que ningú pugui interrompre amb la llum tènue i les persianes i les cortines baixades per disminuir el soroll exterior. Una bona relaxació sempre va presidida d'un bon massatge.

El massatge combina el tractament dels punts dolorosos per obtenir un massatge relaxant i beneficiós. De forma esporàdica, ajuda a la persona a que el cos trobi l'equilibri, l'alliberi de sobrecàrregues i renovi la vitalitat de la persona. Cal tenir en compte alhora de realitzar aquest massatge que la persones no presenti edemes a les extremitats inferiors, hematomes, venes sinuoses, etc (15). Tanmateix la teràpia del massatge no avarca solament l'estabilitat de la persona per disminuir l'estrès

que li genera el restrenyiment, sinó també, tractar els dolors abdominals, símptoma característic de la persona que pateix restrenyiment. El dubte que experimenta el pacient respecte a la malaltia i al seu pronòstic li genera una ansietat que al mateix temps li provoca altres trastorns a llarg plaç. Les investigacions han indicat que l'angoixa és una de les principals causes de malaltia segura com la constipació i els desordres digestius. En els últims temps s'han incrementat l'ús de les TA per disminuir l'angoixa que genera un problema de salut, fet que ha provocat que infermeria es vegi amb la necessitat d' involucrar-se amb aquesta teràpia àmpliament acceptada per la població (62). Alhora de dur a terme la teràpia de massatge, s'ha de definir bé el tipus de massatge. Es parlarà de massatge clàssic i/o del tipus Mayr Kur (63) pel Dr. Mayr que han demostrat la seva efectivitat per al tractament del restrenyiment i recolza la regeneració i curació de l'aparell digestiu a través de moviments suaus i rítmics (14).

3. OBJECTIUS

3.1 Objectiu General

- Millorar el restrenyiment a través de l'aplicació de les teràpies alternatives i complementàries en persones grans institucionalitzades.

3.2 Objectius específics

1. Modificar l'estil de vida de les persones grans que pateixen restrenyiment
2. Aconseguir el benestar de la persona millorant la seva qualitat de vida
3. Prevenir l'aparició del dolor
4. Disminuir el malestar abdominal
5. Ensenyar pautes dietètiques per tal d'afavorir l'eliminació intestinal
6. Buscar els aliments més beneficiosos per combatre el restrenyiment
7. Establir un ritme d'evacuació a través de l'ús de la fitoteràpia
8. Especificar les diferents plantes amb les seves propietats i el seu ús en el restrenyiment.
9. Ensenyar l'aplicació de la reflexologia podal en el restrenyiment
10. Millorar l'evacuació amb l'aplicació dels massatges abdominals
11. Proporcionar pautes per aconseguir una bona relaxació
12. Potenciar la realització d'activitat física

4. METODOLOGIA

4.1 Població diana

S'aborda el restrenyiment en 25 persones grans de 110 que i consten al centre de dia institucionalitzat d'edats entre 65 a 75 anys. La decisió de tractar aquest problema de salut dins la gent gran ha estat la gran prevalença de persones que pateixen restrenyiment entre un 2 – 12% dels majors de 65 anys que viuen en la comunitat i fins un 80% dels institucionalitzats. No obstant, excloc la resta de la població ja que el restrenyiment afecta 5 vegades més en persones grans. Es porta a terme la intervenció d'infermeria dins un centre de dia institucionalitzat perquè crec que és un de molts espais on les persones grans poden rebre una atenció més personalitzada, directa i contínua dels professionals sanitaris per llarg períodes de permanència/temps i també el restrenyiment és on té una incidència més elevada. Voldria esmentar que les persones a les quals es plantegen aquestes intervencions, són persones autònomes i en el moment de la planificació de les activitats no s'han tingut en compte altres patologies de base o associades que poguessin presentar.

4.2 Coparticipants de la intervenció

Com s'ha dit, la intervenció es portarà a terme dins un centre de dia en el qual hi treballen diversos professionals del món sanitari, realitzant un treball interdisciplinari per part de tots els professionals, especificant sobretot les activitats planejades als diferents professionals d'infermeria. Malgrat això, contemplo el recolzament que aquest/es tenen amb altres professionals com serien els auxiliars d'infermeria, nutricionistes, fisioterapeutes, drs/es, psicòlegs, etc.

4.3 Metodologia de la recerca

La cerca de tota l'evidència científica esmentada al llarg del text, s'ha realitzat a través de diverses base de dades, les quals han permès l'obtenció d'articles, guies, protocols, revistes i llibres. Les bases de dades consultades (taula 12 de l'annex nº XII) al llarg del treball han estat Google Scholar, Catàleg de la biblioteca de la Universitat de Lleida, Universitat Rovira i Virgili, Universitat La Frontera, Intramed, PubMed, Cochrane, Cuiden i Scielo. He dividit la metodologia de cerca en dos

etapes, és a dir, primerament he realitzat una cerca generalitzada del problema de salut juntament amb la població diana en la qual es treballava i posteriorment he realitzat una cerca segmentada, incidint en buscar informació dels diversos apartats que consta el treball per tal de trobar evidència científica més específica i poder-hi profunditzar molt més. En la cerca generalitzada, la metodologia de recerca ha estat *restrenyiment or constipació* seguida de *restrenyiment and ancians*. Aquesta cerca m'ha permès centrar-me més en el problema de salut que volia desenvolupar ja que en ella he trobat dades epidemiològiques que han potenciat més la magnitud del problema dins la població a tractar. En el moment que he tingut una idea generalitzada dels conceptes i l'evidència del problema de salut, m'he centrat més en coses específiques i sobretot en les TAC, l'objectiu general del treball. M'agradaria esmentar que ha estat difícil la recerca de les diferents TAC en que es basa el meu treball, sobretot alhora de buscar evidència científica aprovada i contrastada. En aquesta recerca més segmentada alguna de la metodologia que he utilitzat ha estat la següent: *teràpies and alternatives, fitoteràpia and restrenyiment, fibra and restrenyiment, reflexologia or podal, cures infermeria and gent gran* entre altres. Durant tot el procés de recerca, els criteris d'inclusió han estat documents escrits amb idioma espanyol, català i anglès, publicats durant els últims 8 anys aproximadament a excepció dels llibres i documents enfocats a diagnòstic, tractament i avaluació. A més també cal esmentar altres criteris d'inclusió; restrenyiment o constipació, gent gran, restrenyiment relacionat amb l'envelliment, valoració d'infermeria en l'envelliment, TAC per combatre el restrenyiment, fitoteràpia, reflexologia podal i dietètica a més de les intervencions relacionades amb el restrenyiment. En canvi, en el criteris d'exclusió de la cerca s'han exclòs els altres grups de població, sobretot l'encopresi ja que molta informació trobada estava relacionada amb els infants, com també el restrenyiment associat a persones hospitalitzades, dependents, etc. S'ha descartat la informació trobada sobre les diferents TAC que no estiguin dins l'objectiu general del treball ni tinguin relació directa amb el restrenyiment com també altres documents escrits en idioma diferent al català, espanyol o anglès.

4.3.1 Síntesi de l'evidència

Tota la bibliografia consultada en les bases de dades anteriorment esmentades i citada en el marc teòric, confirma la importància del problema en les persones grans i les prescripcions de tipus no convencional al qual aquestes persones estan poc acostumades però malgrat això s'evidencia una disminució del problema de salut.

4.4 Preguntes que abordarà la intervenció

L'ús de les TAC millora el restrenyiment? Quines mesures higièniques -dietètiques ha d'adoptar la persona gran per tal de reduir i/o millorar el restrenyiment? Quins aliments rics en fibra podem incorporar a la dieta de la persona gran per combatre el restrenyiment? Quines són les plantes utilitzades en el tractament del restrenyiment i com utilitzar-les? La reflexologia podal combat el restrenyiment? L'exercici físic, els massatges abdominals i la relaxació els podem recomanar en aquest tipus de persones per combatre el restrenyiment?

5. INTERVENCIÓ

Cal saber cercar i diferenciar quines són les causes del restrenyiment per tal d'aconseguir un tractament individual i adaptat a la persona gran. En alguns usuaris no s'atribueix a cap causa justificada, per la qual cosa es diagnostiquen de SII o de restrenyiment idiopàtic. No obstant, davant un restrenyiment de nova aparició, estem obligats a descartar una causa estructural de colon i/o recte. El personal d'infermeria realitza un paper fonamental en l'entorn de les cures i en el manteniment de la defecació de les persones grans. El tractament d'infermeria comença amb la identificació del restrenyiment en la persona gran. Alhora de dur a terme una valoració íntegra i correcta, es realitzarà l'anamnesi, l'examen físic i si és al nostre abast, es tindran en compte els resultats de proves diagnòstiques. L'anamnesi és essencial per caracteritzar la presència i la gravetat dels símptomes, establint una bona relació amb la persona gran, seleccionant si procedeix algun procés diagnòstic per enfocar la intervenció de manera correcta (21,8). En l'anamnesi aconseguirem una orientació sobre el problema i tots els indicadors que hi puguin estar associats amb el restrenyiment. Haurem de reconèixer els antecedents familiars, tipus de restrenyiment, fàrmacs implicats, temps d'evolució, freqüència deposicional i característiques de la femta, signes i símptomes, tipus de dolor, hàbits dietètics i l'estil de vida de la persona (64,21,65,8). Alhora de dur a terme l'anamnesi, aprofitarem l'escenari per a incidir en la reeducació sanitària i la prevenció del problema de salut, aprofitant els beneficis d'una dieta rica en fibra, el consum hídric diari, la realització d'exercici físic regular, l'adquisició d'hàbits deposicionals, valoració del tractament farmacològic, etc (1). En el moment de dur a terme l'exploració física, inclourem una exploració general (valoració antropomètrica), valoració de l'estat de la boca i les peces dentals, exploració abdominal (existència de distensió i massa palpable), exploració neurològica i exploració anus-rectal (fissures anals, abscessos, hemorroides, etc). S'identificarà si hi ha distensió abdominal i disminució dels sorolls abdominals (66,28). Per últim, les proves diagnòstiques de cada pacient ens serviran per analitzar les condicions fisiopatològiques de la persona: alteracions en la progressió colònica del contingut fecal (restrenyiment de trànsit) i transport en l'evacuació rectal (restrenyiment distal o per obstrucció funcional del tracte de sortida) comú en el ancians on la seva clínica és el restrenyiment acompanyat d'impactació per fecalomes i falsa incontinència per

rebossament (65,27). La planificació íntegra anteriorment esmentada és vàlida per realitzar un diagnòstic de restrenyiment tenint en compte els paràmetres i resultats que varien segons la població diana en la qual es treballa. En aquest cas, on la població diana és un pacient geriàtric en una residència de persones grans, es recomana realitzar la valoració geriàtrica integral (VGI) (67). La VGI és un procés diagnòstic interdisciplinari que quantifica tots els atributs i les alteracions funcionals, mentals i socials de l'ancià, per així aconseguir un pla racional i coordinat de tractament i l'ús dels recursos disponibles. L'ús de la VGI és fonamental per abordar adequadament el maneig i tractament de la persona gran, juntament amb una avaluació final (67-69). L'aplicació en AP d'un protocol de la valoració geriàtrica integral en pacients geriàtrics de 65 anys o més permet diagnosticar problemes no coneguts que d'una altra manera haguessin continuat sent ignorats, bé perquè el pacient no els hagués considerat normals o simplement perquè no haguessin estat reconeguts a simple vista pel professional sanitari (70). Dins la VGI en la població diana d'aquest treball, inclourem l'índex de Barthel que ens permetrà avaluar l'evolució funcional de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) avaluant 10 activitats, l'índex de Katz valorarà la funcionalitat del pacient en les 6 ABVD. La valoració de la situació funcional pot ser realitzada amb recolzament d'infermeria i es vàlida la seva valoració per la detecció de pacient geriàtric amb risc de complicacions (67). L'escala de Lawton i Brody on obtindrem la valoració de les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) en les persones grans institucionalitzades, demostrarà la seva utilitat com a mètode objectiu i breu que permet implantar i avaluar un pla terapèutic recollint informació sobre 8 activitats (71), el qüestionari postal del Woodside Health Center (annex nº IX) per detectar els pacients fràgils, la prova *Get up and go* per l'aplicació pràctica per valorar la mobilitat en la gent gran com també l'avaluació de la marxa de Tinetti, l'afectiva anomenada Geriatric Depression Scale, la valoració mental de Pfeiffer per la detecció de deteriorament cognitiu i l'escala Mini Nutritional Assessment que permet una avaluació ràpida i sistematitzada de l'estat nutricional donant una correcta valoració nutricional sobre les dades antropomètriques, situacions de risc, enquesta dietètica i autopercepció de salut (69). Destacar l'escala per validar la qualitat de vida en el pacient amb restrenyiment, Patient Assessment of Constipation Quality of Life (PAC-QOL), és una avaluació breu però completa de la càrrega de la constipació en el funcionament diari dels pacients i el benestar. Estudis

multinacionals demostren que el PAC-QOL és internament consistent i reproduïble, vàlid i sensible a les millores en el temps (72,73). Utilitzarem l'escala GENCAT, una escala multidimensional dissenyada per obtenir el perfil de qualitat de vida d'una persona (74). S'ha vist que la forma de la femta es correlaciona amb el temps complet de trànsit intestinal per això amb l'escala de Bristol (annex nº IX), es mesura la forma de la femta, desenvolupada com una eina per mesurar el temps de trànsit còlic, tant en la clínica com en les investigacions. Aquesta escala ha estat aprovada i acceptada com inspecció epidemiològica en pacients que pateixen problemes GI, sent útil en la valoració del nostre problema de salut (68,67,8,11, 9).

Caldria tenir en compte que no tot pacient geriàtric requereix el mateix tipus de diagnòstic, ja que l'etiologia pot ser molt àmplia i moltes vegades poc clara. El seu diagnòstic requereix d'una avaluació exhaustiva que permet assentar les bases per una actuació terapèutica correcta. Vull posar de manifest la importància d'individualitzar la valoració diagnòstica segons cada criteri individual sobretot en la gent gran, ja que les alteracions pròpies de l'envelliment i factors associats varien d'una persona a una altra.

5.1 Pla de cures: Diagnòstics, objectius i intervencions d'infermeria

Des del meu punt de vista i davant la intervenció realitzada per combatre el restrenyiment, s'haurà de començar incidint en un canvi en l'estil de vida per tal d'irradiar tot el que és perjudicial i potenciar el que serà beneficiós pel problema de salut on al mateix temps descriurem el diagnòstic, pronòstic i tractament a seguir. El sofriment de les persones grans és real i el fet de no ser escoltats solament serveix per augmentar la seva angoixa. Aquest fet és força comú en pacients d'edat avançada, els quals s'aferren més als símptomes i no tant en el problema de salut en sí. Tot seguit, s'exposa el pla de cures d'infermeria en entorn de l'hipotètic problema de salut de restrenyiment dins un centre institucionalitzat. Com he dit anteriorment, engloba la població de gent gran dins un centre institucionalitzat, considerant-la autònoma i independent i solament fent èmfasi al problema de salut, deixant de banda qualsevol patologia o factor de risc que pugui estar associat a la persona. El pla de cures d'infermeria conté els diferents diagnòstics d'infermeria segons taxonomia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2009-2011 (75) amb els respectius objectius a través de la Nursing Outcomes

Classification (NOC) (76) i les intervencions amb el Nursing Interventions Classification (NIC) (77).

Aquesta intervenció es durà a terme durant 12 setmanes després de la detecció del restrenyiment en la persona gran a través dels criteris Roma III. En la taula 7 s'aprecia la intervenció d'infermeria on es relacionen els objectius que es volen assolir com a professional d'infermeria, els quals estaran relacionats amb els diferents DI, els objectius, les intervencions i l'avaluació d'aquests. La primera setmana es durà a terme la valoració geriàtrica integral, amb les escales esmentades anteriorment incidint amb l'escala de la qualitat de vida de la persona i l'escala de Bristol. Un cop el/la professional d'infermeria tingui totes les dades, es plantejaran uns diagnòstics d'infermeria amb els objectius i intervencions corresponents. La segona i la tercera setmana servirà perquè els professionals d'infermeria expliquin, eduquin i reconeguin juntament amb el pacient, tots els signes i símptomes característics del restrenyiment i la pròpia problemàtica, alhora que planifiquin horaris de defecació i estratègies per millorar l'accessibilitat al bany i facilitar l'evacuació. Durant aquestes dos setmanes, els professionals d'infermeria realitzaran un treball multidisciplinari amb els altres professionals del centre de dia. Es treballaran les intervencions 0450, 0440, 0430, 1804, 6480 i 5618. Després que el pacient conegui el seu problema de salut, en la quarta setmana es treballaran les intervencions 5820, 4130, 1020, 1100, 5614, 0200, 6040 i 1400 on s'introduiran canvis en l'estil de vida de la persona. Començarem amb canvis petits que aniran augmentant quan el/la professional d'infermeria observi una resposta satisfactòria per part de la persona. Introduïrem petits aliments rics en fibra com serien els cereals integrals, algunes fruites (raïm, prunes, kiwi) i també augmentarem la ingesta hídrica de la persona aconseguint d'1 a 1,5L de líquid al dia. El pacient ha de participar en totes les intervencions i juntament amb els professionals d'infermeria estructuraran un menú amb aliments rics en fibra però també adaptat a les preferències que tingui la persona. En les setmanes següents, de la cinquena fins l'onzena, es treballarà l'alimentació rica en fibra, la promoció de l'activitat física amb exercicis adaptats a la persona amb un mínim de 30 minuts al dia i l'evolució de la ingesta hídrica. També es contemplarà i s'explicarà al pacient, aproximadament en la vuitena setmana, l'alternativa de poder realitzar reflexologia podal tot especificant el seu objectiu i el seu desenvolupament. A més, s'incentivarà a la persona gran en disminuir l'angoixa

que aquest problema de salut li provoca al mateix temps que el dolor abdominal que li genera a través de tècniques de relaxació i massatges abdominals. En la última setmana, la dotzena, s'avaluarà tota la intervenció d'infermeria en relació als objectius plantejats a l'inici de la intervenció.

PROBLEMA DE SALUT:

El restrenyiment

OBJECTIU GENERAL:

Millorar el restrenyiment a través de l'aplicació de les teràpies alternatives i complementàries en persones grans.

OBJECTIUS ESPECÍFICS	DI (NANDA)	OBJECTIUS (NOC)	INTERVENCIONS (NIC)	AVALUACIÓ
<p>1. Modificar l'estil de vida de les persones grans que pateixen restrenyiment</p>	<p>(00011) Restrenyiment r/a funcional (debilitat dels músculs abdominals, negació habitual de la urgència per defecar, ús inadequat del vàter, hàbits de defecació irregulars i activitat física insuficient), mecànics (deteriorament neurològic, desequilibri electrolític) i fisiològics (canvi en el patró de l'alimentació, disminució de la motilitat del tracte GI i aportació insuficient de fibra) m/p dolor abdominal, presentacions atípiques en adults ancians, canvis en el patró intestinal, disminució de la freqüència, massa abdominal palpable, eliminació de femta dura</p>	<p><u>Control de símptomes</u> (1608) : 160801 Reconeix l' inici del símptoma, 160802 Reconeix la persistència del símptoma, 160804 Reconeix la freqüència del símptoma, 160806 Utilitza mesures preventives i 160807 Utilitza mesures d'alleugeriment. <u>Eliminació intestinal</u> (0501): 050101 Patró d'eliminació, 050102 Control de moviments intestinals, 050104 Quantitat de la femta en relació amb la dieta, 050112 Facilitat d'eliminació de la femta, 050113 Control de l'eliminació de la femta, 050110 Restrenyiment i 050128 Dolor en el pas de la femta. <u>Control intestinal</u> (0500):</p>	<p>En la primera setmana es durà a terme la VGI. En la segona i la tercera setmana es treballarà: <u>Maneig del restrenyiment / impactació (0450)</u> on s'introduiran les TAC perquè la persona tingui un breu contacte. <u>Entrenament intestinal (0440)</u> <u>Maneig intestinal (0430)</u> <u>Ajuda amb l'autocura: ús del vàter (1804)(77)</u></p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció observant una millora en els criteris Roma III i en les escales de la VGI; índex de Katz, índex de Barthel i l'índex de Lawton - Brody . Tanmateix dins aquest objectiu s'apreciarà totes les intervencions d'infermeria realitzades entorn al problema de salut observant els resultats obtinguts al llarg de tot el procés.</p>

	<p>i seca i incapacitat per eliminar la femta (75).</p>	<p>050008 Identifica l' urgència per defecar, 050003 Evacuació normal de la femta, almenys cada 3 dies, 050013 Ingerir quantitat adequada de líquids, 050014 Ingerir quantitat adequada de fibra, 050018 Controla la quantitat i la consistència de la femta. <u>Autocura: ús del vàter (0310):</u> 031002 Reconeix i respon a l' urgència per defecar i 031006 Buidament de bufeta i/o intestins (76).</p>		
<p>2. Aconseguir el benestar de la persona millorant la seva qualitat de vida</p>	<p>(00162) Disposició per millorar la gestió de la pròpia salut m/p l'elecció de la vida diària és apropiada per satisfer els objectius i descriu la reducció de factors de risc (75).</p>	<p><u>Qualitat de vida</u> (2000): 200001 Satisfacció en l'estat de salut i 200011 Satisfacció en l'estat d'ànim general <u>Coneixement: règim terapèutic</u> (1813): 181310 Descripció del procés de la malaltia, 181302 Descripció de les responsabilitats de les pròpies</p>	<p>En la segona i tercera setmana es treballarà: <u>Maneig ambiental</u> (6480) <u>Ensenyança: procediment / tractament</u> (5618) on s'incidirà amb les TAC i la resposta que tindrà la persona envers a elles incidint amb la fitoteràpia.</p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció observant una millora en els criteris Roma III i en les escales de la VGI; índex de Katz, índex de Barthel i l'índex de Lawton - Brody i el qüestionari de Pfeiffer. També s'observarà com la</p>

		<p>cures pel tractament actual i 181316 Descripció dels beneficis del tractament de la malaltia</p> <p><u>Nivell d'angoixa</u> (1211): 121130 Canvi en les pautes intestinals i 12131 Canvi en les pautes d'alimentació (76).</p>	<p><u>Teràpia de relaxació simple</u> (6040) on es treballarà el mètode de relaxació alhora que s'abordarà tècniques de respiració (77).</p>	<p>persona gran s'ha adaptat a les diferents tècniques de relaxació i la resposta satisfactòria que ha tingut en elles.</p>
<p>3. Prevenir l'aparició del dolor</p>	<p>(00092) Intolerància a l'activitat r/a intolerància a l'activitat, deteriorament cognitiu, disminució de la massa muscular, pèrdua de la integritat de les estructures òssies i deteriorament musculoesquelètic m/p limitació de la capacitat per habilitats motores i enlentiment dels moviments (75).</p>	<p><u>Control del dolor (1605):</u> 160502 Reconeix inici del dolor, 160503 Utilitza mesures preventives, 160504 Utilitza mesures d'alleugeriment no analgèsiques i 160509 Reconeix símptomes associats al dolor (76).</p>	<p>En la quarta setmana es treballarà on es potenciarà més durant la vuitena setmana:</p> <p><u>Maneig del dolor (1400)</u> a través de la reflexologia podal incidint sobretot en la seva recomanació i com es durà a terme. Alhora també es recomanarà la utilització dels cataplasmes (77).</p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció avaluant el dolor de manera subjectiva per part de la persona gran a través d'EVA juntament amb les teràpies de reflexologia podal, massatges abdominals i tècniques de relaxació destinades a la seva disminució.</p> <p>A través de l'escala de Bristol s'apreciarà la disminució que té la persona alhora de defecar.</p>

<p>4. Disminuir el malestar abdominal</p>	<p>(00092) Intolerància a l'activitat r/a intolerància a l'activitat, deteriorament cognitiu, disminució de la massa muscular, pèrdua de la integritat de les estructures òssies i deteriorament musculoesquelètic m/p limitació de la capacitat per habilitats motores i enlentiment dels moviments (75).</p>	<p><u>Control del dolor (1605):</u> 160502 Reconeix inici del dolor, 160503 Utilitza mesures preventives, 160504 Utilitza mesures d'alleugeriment no analgèsiques i 160509 Reconeix símptomes associats al dolor (76).</p>	<p>En la quarta setmana es treballarà que s'anirà potenciant al llarg de les setmanes: <u>Maneig del dolor (1400)</u> a través a de les tècniques dels massatges abdominals segons Mayr (77).</p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció a través de la teràpia de massatges Mayr.</p>
<p>5. Ensenyar pautes dietètiques per tal d'afavorir l'eliminació intestinal</p>	<p>(00163) Disposició per millorar la nutrició m/p seguiment d'un estàndard apropiat (75).</p>	<p><u>Coneixement: dieta (1802):</u> 180201 Descripció de la dieta recomanada, 180202 Explicació del funcionament de la dieta recomanada, 180204 Establir objectius per la dieta, 180206 Descripció de les menjades permeses per la dieta i 180210 Selecció d'àpats recomanats per la dieta. <u>Hidratació (0602):</u> 060215</p>	<p>En la segona i tercera setmana es treballarà: <u>Ensenyança: dieta prescrita (5614)</u> En la quarta setmana es treballarà: <u>Etapes en la dieta (1020)</u> <u>Monitorització de líquids (4130)</u> En totes elles s'incidirà en la recomanació de la fitoteràpia i</p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció a través de la millora del tipus de la femta en l'escala de Bristol juntament amb l'escala MNA. S'observarà la resposta i l'actitud que ha tingut la persona amb el canvi de dieta i l'acceptació de les TAC en la nutrició.</p>

		<p>Ingesta adequada de líquids <u>Estat nutricional: ingestió de nutrients</u> (1009): 100910 ingesta de fibra i 100905 ingesta de vitamines (76).</p>	<p>la seva pràctica a través dels laxants naturals a base de les propietats de les plantes. Es treballarà els diferents tipus d'administració; infusions, tisanes, brous, etc (77).</p>	
<p>6. Buscar els aliments més beneficiosos per combatre el restrenyiment</p>	<p>(00163) Disposició per millorar la nutrició m/p seguiment d'un estàndard apropiat (75).</p>	<p><u>Coneixement: dieta</u> (1802): 180201 Descripció de la dieta recomanada, 180202 Explicació del funcionament de la dieta recomanada, 180204 Establir objectius per la dieta, 180206 Descripció de les menjades permeses per la dieta i 180210 Selecció d'àpats recomanats per la dieta. <u>Estat nutricional: ingestió de nutrients</u> (1009): 100910 ingesta de fibra i 100905 ingesta de vitamines (76).</p>	<p>En la quarta setmana es treballarà: <u>Etapes en la dieta (1020)</u> estructurada a partir dels diferents aliments rics en fibra dietètica (77).</p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció a través de la millora del tipus de la femta en l'escala de Bristol juntament amb l'escala MNA. S'observarà la resposta i l'actitud que ha tingut la persona amb el canvi de dieta i l'acceptació de les TAC en la nutrició.</p>

<p>7. Establir un ritme d'evacuació a través de la fitoteràpia</p>	<p>(00163) Disposició per millorar la nutrició m/p seguiment d'un estàndard apropiat (75).</p>	<p><u>Estat nutricional: ingestió de nutrients</u> (1009): 100910 ingesta de fibra i 100905 ingesta de vitamines (76).</p>	<p>De la cinquena a l'onzena setmana es treballarà: <u>Maneig de la nutrició (1100)</u> juntament amb la incorporació de la fitoteràpia i els seus beneficis (77).</p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció a través de la millora del tipus de la femta en l'escala de Bristol juntament amb l'escala MNA. S'observarà la resposta i l'actitud que ha tingut la persona amb el canvi de dieta i l'acceptació de les TAC en la nutrició.</p>
<p>8. Especificar les diferents plantes amb les seves propietats i el seu ús en el restrenyiment.</p>	<p>(00163) Disposició per millorar la nutrició m/p seguiment d'un estàndard apropiat (75).</p>	<p><u>Estat nutricional: ingestió de nutrients</u> (1009): 100910 ingesta de fibra i 100905 ingesta de vitamines (76).</p>	<p>De la cinquena a l'onzena setmana es treballarà: <u>Maneig de la nutrició (1100)</u> juntament amb la incorporació de la fitoteràpia i els seus beneficis (77).</p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció a través de la millora del tipus de la femta en l'escala de Bristol juntament amb l'escala MNA. S'observarà la resposta i l'actitud que ha tingut la persona amb el canvi de dieta i l'acceptació de les TAC en la nutrició.</p>

<p>9. Ensenyar l'aplicació de la reflexologia podal en el restrenyiment</p>	<p>(00092) Intolerància a l'activitat r/a intolerància a l'activitat, deteriorament cognitiu, disminució de la massa muscular, pèrdua de la integritat de les estructures òssies i deteriorament musculoesquelètic m/p limitació de la capacitat per habilitats motores i enlentiment dels moviments (75).</p>	<p><u>Control del dolor (1605):</u> 160502 Reconeix inici del dolor, 160503 Utilitza mesures preventives, 160504 Utilitza mesures d'alleugeriment no analgèsiques i 160509 Reconeix símptomes associats al dolor (76).</p>	<p>En la vuitena setmana es treballarà: <u>Maneig del dolor (1400)</u> a través d'ela reflexologia podal i els diferents massatges que s'hi treballen (77).</p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció avaluant el dolor de manera subjectiva per part de la persona gran a través d'EVA juntament amb les teràpies de reflexologia podal tot valorant l'eficàcia de la disminució del dolor en els punts dolorosos en cada sessió.</p>
<p>10. Millorar l'evacuació amb l'aplicació dels massatges abdominals</p>	<p>(00092) Intolerància a l'activitat r/a intolerància a l'activitat, deteriorament cognitiu, disminució de la massa muscular, pèrdua de la integritat de les estructures òssies i deteriorament musculoesquelètic m/p limitació de la capacitat per habilitats motores i enlentiment dels moviments (75).</p>	<p><u>Control del dolor (1605):</u> 160502 Reconeix inici del dolor, 160503 Utilitza mesures preventives, 160504 Utilitza mesures d'alleugeriment no analgèsiques i 160509 Reconeix símptomes associats al dolor (76).</p>	<p>En la vuitena setmana es treballarà: <u>Maneig del dolor (1400)(77)</u></p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció a través del dolor relacionat en el moment de l'evacuació i també a través dels massatges Mayr com en l'objectiu número 4.</p>

<p>11. Proporcionar pautes per aconseguir una bona relaxació</p>	<p>(00162) Disposició per millorar la gestió de la pròpia salut m/p l'elecció de la vida diària és apropiada per satisfer els objectius i descriu la reducció de factors de risc (75).</p>	<p><u>Qualitat de vida</u> (2000): 200001 Satisfacció en l'estat de salut i 200011 Satisfacció en l'estat d'ànim general <u>Nivell d'angoixa</u> (1211): 121130 Canvi en les pautes intestinals i 21131 Canvi en les pautes d'alimentació (76).</p>	<p>En la quarta setmana es treballarà: <u>Teràpia de relaxació simple</u> (6040) (77)</p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció avaluant la resposta que ha tingut la persona gran en la disminució de l'angoixa i en l'escala de depressió geriàtrica de Yesavage en la qual haurà de sortir els ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 i 15 com a positius, obtenint una puntuació de 0 a 4 com a normal.</p>
<p>12. Potenciar la realització d'activitat física</p>	<p>(00092) Intolerància a l'activitat r/a intolerància a l'activitat, deteriorament cognitiu, disminució de la massa muscular i deteriorament musculoesquelètic m/p limitació de la capacitat per habilitats motores i enlentiment dels moviments (75).</p>	<p><u>Conseqüències de la immobilitat: fisiològiques</u> (0204) _____: 020402 Restrenyiment (76).</p>	<p>De la cinquena a l'onzena setmana es treballarà: <u>Foment de l'exercici</u> (0200) (77)</p>	<p>Es durà a terme en la dotzena setmana de la intervenció i s'avaluarà a través de l'escala de Tinetti.</p>

Taula 7: Interrelació entre els diagnòstics, objectius, intervencions TAC i avaluació

5.2 Descripció de les intervencions i activitats d'infermeria que avarca la intervenció

- Maneig del restrenyiment / impactació (0450)

Els professionals d'infermeria han de tenir present el coneixement de base que té la persona gran en relació al problema de salut per poder col·laborar amb la relació dels signes i símptomes que presenti el/la pacient envers el restrenyiment a través dels criteris ROMA-III que s'esmenten a l'apartat 2.1.1. S' haurà de tenir especial cura alhora d'observar la freqüència, consistència, forma, volum i color de la femta, alhora que és durà a terme un registre de les mesures antropomètriques. A més, es comprovaran els moviments intestinals, sobretot el peristaltisme per determinar s'hi ha moviment del contingut fecal i/o ganes de defecar. Altrament, els/les professionals d'infermeria hauran de tenir especial cura en els factors i l'etiologia del problema que hi puguin estar relacionats com molt bé es menciona en l'apartat 2.1.2 i 2.1.3 respectivament, ja que intervenen factors de l'envelliment que augmenten l'aparició de restrenyiment en persones grans. S'avaluarà la medicació per observar s'hi ha efectes gastrointestinals secundaris. Els laxants són la primera mesura de control contra el restrenyiment. Un abús pot comportar a un restrenyiment crònic. Hem de tenir en compte que la composició corporal de les persones grans varia d' un 20 a 40% més de grassa i d'un 10 a 20% menys d'aigua i múscul, provocant una reducció del volum de distribució dels fàrmacs (24). Alhora d'analitzar el tractament farmacològic del problema de salut, s'incidirà en el tractament no farmacològic constituït per les TAC que potenciarem al llarg de tota la intervenció; fitoteràpia i reflexologia podal, alhora que s'aconsellarà tècniques per disminuir els símptomes que pugui patir la persona. S'aprofitarà per argumentar la relació de la dieta amb l'ús de laxants no farmacològics introduint-se de manera progressiva dins la dieta de la persona. Cal tenir en compte que un augment brusc dels laxants pot comportar malestar a la persona i provocar efectes contraris als esperats. Pamela L. Swearingen (78), recomana començar primerament amb additius formadors de massa (salvat), continuar amb laxants suaus (suc de poma o pruna, llet de magnèsia, entre altres), agents per provocar que la femta no sigui dura i continuar amb laxants més potents (càscara sagrada entre altres).

- Entrenament intestinal (0440)

Es durà a terme amb una planificació d'un programa intestinal amb el pacient que pot anar lligat amb les pautes d'evacuació que s'hagin determinat. Es aconsellable evacuar l'intestí poc després d'aixecar-se i 30 minuts després dels àpats per aprofitar el reflex gastro-còlic. Si aquesta defecació té un predomini cap al vespre, farem que el pacient deambuli immediatament abans de l'hora prevista. L'estimulació digital de l'esfínter anal intern, pot facilitar la defecació (78,50,14). Dins del programa intestinal s'observarà i es durà el control dels exercicis i la mobilització de la persona, planificant un temps per la defecació coherent i sens interrupcions. El/la professional d'infermeria establirà una pauta d'evacuació, planificant de manera que les pautes i les activitats a seguir coincideixin amb els hàbits normals del pacient.

- Maneig intestinal (0430)

Per dur a terme un bon maneig intestinal de la persona, el/la professional d'infermeria prendrà nota de la data de l'últim moviment intestinal i/o evacuació, informant davant qualsevol augment de freqüència i/o sons intestinals aguts i la presència en la disminució dels sons intestinals i dels problemes. A més s'intentarà obtenir un estimulant per la femta com podria ser la disminució del dolor i/o pressió abdominal. La postura recomanada per l'Associació Espanyola de Gastroenterologia (AEG) en pacients amb problemes de restrenyiment és la posició de cuclilles (figura 4). Aquesta posició és la més fisiològica per la defecació donat que relaxa el múscul rectal, rectificanc l'angle anorectal el qual facilita l'expulsió de la femta. No obstant els professionals d'infermeria han de tenir en compte la dificultat d'aquesta posició en persones grans. Tanmateix aquesta dificultat és pot solucionar amb l'ajuda de tamborets que permetin elevar els peus durant l'esforç de defecació (8).



Figura 4: Posició de cuclilles

Els professionals d'infermeria identificaran un hàbit intestinal amb un patró regular. Aquesta recomanació es basa en conceptes fisiològics on el començament de l'evacuació pot desencadenar un reflex condicionat. Tenint en compte que l'activitat motora del colon es major a l'aixecar-se i després dels àpats, es considera útil reeducar als pacients per aconseguir un horari normal

de defecació, preferiblement al despertar-se i després de prendre l'esmorzar, durant períodes no superiors a 5 minuts (14).

- Ajuda amb l'autocura: ús del vàter (1804)

Alhora de dur a terme unes pautes d'evacuació, s'han de tenir en compte els recursos que disposa la persona gran. S'ha de considerar la intimitat que aquesta persona pugui tenir ja que és un factor clau alhora de poder complir els nostres objectius i en cas que fos necessari, s'haurà de proporcionar els dispositius convenients per tal d'aconseguir la màxima intimitat de la persona i l'accessibilitat al bany. S'instaurarà un programa de defecació que anirà molt relacionat amb l'organització del centre institucionalitzat i l'accés que aquesta persona tingui del vàter, lligat a les rutines d'evacuació anteriorment planificades. En la mesura del possible aquestes persones tindran accés directe al bany amb la disponibilitat de dispositius d'ajuda (tamborets, caminadors, paper de vàter, baranes, agafadors, etc) al seu abast i sobretot intimitat alhora d'anar-hi.

- Maneig ambiental (6480)

Per dur a terme una correcta evacuació un dels factors que ha de tenir en compte el professional d'infermeria, és crear un ambient segur pel pacient per proporcionarà confort, confiança i seguretat en la resolució del problema. S'identificaran les necessitats de seguretat de la persona gran segons la seva funció física i cognitiva en relació a les activitats bàsiques i/o instrumentals de la vida diària, avaluades en les escales de Barthel i Katz respectivament, per tal d'eliminar els factors de perill ambiental. Avaluarem la marxa a través de l'escala de Tinetti per determinar si existeix alguna anomalia i/o impediment en la realització de la deambulació. En cas afirmatiu, proporcionarem al/la pacient un caminador i/o dispositius d'ajuda per facilitar l'accés al lavabo. Tots els professionals sanitaris del centre institucionalitzat, col·locaran els objectes d'ús freqüent a la disposició del pacient per tal que qualsevol daltabaix no es vegi involucrat amb l'evolució del problema de salut. S'haurà de tenir especial cura per individualitzar la rutina diària de manera que s'adapti a les necessitats de cada persona sense exigir ni donar per suposat les activitats que nosaltres voldrem dur a terme. Es valoraran les possibles modificacions en les hàbits que

permetin establir un horari regular d'ingesta i eliminació. Informar dels efectes negatius de no satisfer el desig d'evacuació. S'establiran mesures necessàries per fer possible un ambient on es preservi la intimitat (79).

- Ensenyança: procediment / tractament (5618)

El/la professional d'infermeria, determinarà les expectatives del pacient i el seu nivell de coneixement respecte al restrenyiment. S'abordarà el propòsit del procediment i/o tractament incidint en l'afrontament del problema a través de les TAC i la seva eficàcia. Avaluarem la resposta del pacient a les TAC i la predisposició que la persona gran tingui tot argumentant la seva posada en pràctica. Els professionals d'infermeria explicaran els tractaments alternatius per combatre el restrenyiment; modificacions en la dieta, fitoteràpia i reflexologia podal. La fitoteràpia mencionada en l'apartat 2.2.2, recomana utilitzar laxants que siguin segurs, còmodes, eficaços i sense produir tolerància a la persona (11). Els professionals d'infermeria del centre explicaran a les persones grans els diferents tipus de laxants i quin és el que s'adequa més a les necessitats de la persona.

Es nombrarà per un costat l'ús terapèutic dels laxants vegetals estimuladors del bolus intestinal (salvat, metilcel·lulosa, plantago, plantaben,...) que estimulen l'evacuació a l'augmentar el volum de la femta per l'absorció de l'aigua. Duren entre 12 i 72h tot i que poden transcórrer fins a 3 setmanes abans d'arribar a l'efecte desitjat (80). S'explicarà a la persona que la ingesta d'aquest tipus de laxant s'ha de prendre preferiblement durant els àpats o mitja hora abans i no immediatament abans d'enllitar-se. Dins d'aquest grup es promocionarà l'ús de la saragatona, un laxant amb grans propietats mucíl·lags el qual s'aconsejarà d'1 a 2 cullerades dissoltes en un got d'aigua després dels àpats i també el *plantago* on les llavors s'administren en cullerades (1 a 2) en dejuni amb abundant líquid posterior i espaiar entre 30 i 60 minuts de la presa de medicaments (18). Les recomanacions que s'hauran d'advertir per aconseguir els efectes desitjats serà la utilització en un període d'1 a 2 setmanes. Segons Encarna Castillo García et al. (18) la utilització del salvat de blat i els preparats de *Plantago ovata*, es recomana en les persones grans amb dosis baixes (4<g/dia) i no administrar-ho en cas d'obstrucció, atonia o disfàgia. Per altra

banda, s'explicarà al pacient que a dosis altes, els laxants vegetals estimulants com serien els fruits del sen, canya de fístula, ruibard, àloe vera i closca sagrada actuen com a purgants i com efecte laxants en dosis baixes. Cal que el professional d'infermeria tingui cura dels efectes adversos d'aquest tipus de laxant, ja que poden irritar la paret intestinal estimulants el moviment peristàltic. Actuen entre 6 i 10h i s'utilitzaran quan interessarà que la persona tingui una evacuació total. Es recomanarà administrar-los per la nit. La àloe no es considera un laxant tant bo com la closca sagrada i el sen, ja que produeix més còlics i irritació. Cal tenir especial cura ja que l'ús continuat pot acabar produint restrenyiment crònic (80).

Dins dels laxants osmòtics es recomanarà a la persona l'ús de la lactulosa, la dent de lleó i les sals de magnesi, aquestes últimes les més utilitzades dins d'aquest grup (14,81). Explicarem a la persona que els laxants osmòtics fan augmentar el contingut d'aigua en la femta i augmenten el seu volum, incrementant el peristaltisme intestinal. Tenen una durada de 12 a 72 hores. L'ús d'aquests laxants pot produir flatulències i distensió abdominal.

Un altre tipus de laxants són els lubricants (oli d'oliva) que cobreixen la femta amb una capa de grassa que impedeix que perdin aigua afavorint l'evacuació. Els professionals d'infermeria han d'estar alerta ja que disminueixen l'absorció dels nutrients lipídics i en les persones grans no s'aconsellen pel risc d'aspiració d'oli de parafina i la possible aparició d'una pneumònia lipídica (80). Si fos el cas de la seva utilització, no administrar-los juntament amb els àpats ja que retarden el buidament gàstric ni tampoc juntament amb els laxants emol·lients. S'aconsella la seva administració quan la femta és molt dura i és basa més en un laxant profilàctic que terapèutic (80). S'ha d'evitar canviar bruscament de laxants a causa de que l'intestí de l'ancià sol respondre malament al canvi de tractament durant els primers dies i això provocaria l'aparició de la complicació més greu, la impactació fecal.

Els professionals d'infermeria a més, englobaran dins els tractaments alternatius l'ús de les cataplasmes, aconsellant l'embenat suau a la regió lumbar per proporcionar una agilitat de la digestió. S'explicarà les normes d'aplicació al pacient: aquest ha de doblegar una tovallola al voltant de la zona

lumbar i humidificar-la lentament amb 1L d'aigua calenta perquè la mateixa tovallola absorbeixi tota l'aigua. No obstant, al damunt, enrotllarem una tovallola seca. Li comentarem al pacient que realitzi repòs en un temps perllongat i li comentarem que en cas de fred es tapi amb una manta per evitar els canvis de temperatura que pot patir el seu organisme (82).

- Teràpia de relaxació simple (6040)

Per combatre l'ansietat i disminuir el dolor proporcionarem a la persona gran el foment de la relaxació i els seus beneficis, límits i el tipus. Considerarem la voluntat i la capacitat de la persona per participar alhora que es satisfan les seves preferències i experiències prèvies. Ajudarem a reconèixer les situacions estressants i la relació d'aquestes amb el restrenyiment on al mateix temps permetrem que la persona expressi les pors i els dubtes on posteriorment facilitarem mecanismes d'adaptació envers les situacions que presenti (79). Alhora que es recomanarà l'ús d'aquesta tècnica, s'oferirà una descripció detallada de la intervenció de la relaxació. Per dur a terme una correcta relaxació, s'haurà de proporcionar al pacient un ambient tranquil, sense interrupcions, to de veu baix amb paraules suaus i lentes, adoptant una posició còmoda, anticipar-se a la necessitat de l'ús de la relaxació, planificant una reafirmació regular i que la persona adopti la posició ideal que serà la de decúbit supí amb les cames aixecades i recolzant-les sobre un coixí. La teràpia de relaxació pot anar prescindida de la utilització de massatges que proporcionaran a la persona gran una disminució de la sobrecàrrega de dolor i angoixa que presenti.

S'afrontarà l'ansietat dels nostres usuaris, utilitzant un enfocament que doni seguretat al pacient, establint clarament les expectatives de comportament pel pacient i explicant tots els procediments, incloent les possibles sensacions que s'han d'experimentar durant el procediment per tal de reduir-la. Durant els processos s'ha de tractar de comprendre la perspectiva del pacient sota la situació estressant envers el problema de salut i proporcionar informació objectiva respecte el diagnòstic, tractament i pronòstic, incidint sobretot en els canvis que es duren a terme. Es romandrà amb el pacient per proporcionar seguretat i disminuir l'angoixa, fomentant la realització d'activitats recreatives encaminades

a la reducció de tensions, reforçant el comportament i ajudant al pacient a identificar les situacions que provoquin ansietat. A més, fomentarem l'ús de la relaxació per tal de disminuir l'angoixa que li genera a la persona tots els canvis i proporcionar una tranquil·litat física i mental que l'ajudaran a acceptar millor el problema i a tenir unes pautes d'insomni correctes. La realització de les tècniques de relaxació aniran dirigides als professionals d'infermeria i/o de teràpia ocupacional. Es comunicarà a la persona l'objectiu de la tècnica i quines seran les condicions adequades per poder-la realitzar (apartat 2.2.4).

Es proposarà com a forma de relaxació les tècniques de respiració, dutes a terme millor durant el matí espaiat entre els àpats. Els professionals ensenyaran a la persona la tècnica: s'indicarà que la persona fiqui una mà damunt el ventre i una altra a l'estómac. Es començarà a respirar amb la indicació de fer arribar l'aire a la part inferior dels pulmons i d'aquesta manera la persona gran notarà com la mà situada al ventre s'eleva i mentre l'altra mà no es mourà. Posteriorment haurà d'anar omplint la part mitja i superior dels pulmons, realitzat en tres temps, d'acord amb la part inferior, mitja i superior dels pulmons. Quan la persona gran arribi un domini d'aquesta respiració, ja no farà falta marcar els tres temps. Per acabar amb una relaxació, la persona es centrà en la pròpia respiració i amb una imatge que li produeixi mentre escolti música relaxant de fons. Aquest fet eliminarà els estímuls interferents i facilitarà a la persona una milloria en el seu ben estar (83).

- Ensenyança: dieta prescrita (5614)

La valoració de les necessitats nutritives dels residents, així com la planificació i l'administració dels aliments nutritius, és responsabilitat del professional d'infermeria juntament amb el/la nutricionista del centre. Una col·laboració i una comunicació entre ambdós professionals, és fonamental si es vol cobrir les necessitats nutricionals de la gent gran. Després d'explicar al pacient i corroborar el seu nivell actual de coneixements envers el restrenyiment, avaluarem el nivell actual davant la dieta prescrita. Els professionals d'infermeria hauran de conèixer els sentiments/actituds del pacient davant la dieta i del grau de compliment dietètic esperat. Es remarcarà el propòsit d'incidir en la importància d'introduir aliments rics en fibra en la seva alimentació

habitual. Tanmateix, explicarem al pacient que al colon, la fibra augmenta el bolus fecal, augmentant el contingut bacterià, d'aigua i sals i en conseqüència, produeixi grasses que incrementen aquest efecte. Com a resultat, les fibres realitzen un efecte laxant, accelerant el trànsit intestinal, augmentant el pes de la femta i reduint la pressió GI (21). S'explicarà que una bona masticació i els horaris regulars dels àpats afavoreixen la funció intestinal (79).

S'informarà al pacient del temps que haurà de dur a terme la dieta i les pautes dietètiques establertes. Per facilitar la incorporació dels canvis dietètics en l'estil de vida de la persona gran, s'ensenyarà a portar a terme un diari de menjades, alhora que s'introueix al pacient sobre els àpats permesos i prohibits. En l'annex nº X s'esmenta un diaris d'àpats que seguiria la persona gran que pateix de restrenyiment. Es tindrà la possibilitat de documentar al pacient amb els aliments ric en fibra proporcionant receptes amb alt contingut de fibra (annex nº XI).

- Etapes en la dieta (1020)

Alhora que prescriurem i recomanarem una dieta, s'haurà d'observar la tolerància a la progressió de la dieta que tingui la persona. Es bo saber que per suportar bé la fibra dels cereals s'ha d'acostumar el colon. Es començarà integrant la fibra a dies alterns i després cada dia en quantitats moderades. S'aconsellarà dur a terme sis menjades petites enlloc de tres abundants. Malgrat aquesta afirmació, vull destacar, arrel de la realització de la recerca bibliogràfica l'argument que defensen les autores Véronique i Ljiljana (41) les quals aconsellen realitzar tres menjades equilibrades durant el dia. Elles afirmen que s'hauria de començar el dia, hidratant l'organisme, fet que despertarà l'aparell digestiu. Els altres dos àpats aniran estructurats de manera que tinguin el mateix volum, sense sobrecarregar l'àpat del migdia. S'aconsellarà no menjar a hores fixes, sobretot a l'esmorzar, per estimular de manera regular l'aparell digestiu i restablir un ritme regular.

- Monitorització de líquids (4130)

Es determinarà la quantitat i la ingesta de líquids i hàbits d'eliminació que tingui la persona gran. S' aconsellarà al pacient ingerir una quantitat diària de 1 a 1,5L d'aigua i/o líquid. Mary M. Burke et al. (21) esmenta que la quantitat de líquid en persones grans sigui de 1,8 a 2L al dia, equivalent a 8 gotes diaris de 200ml al dia. No obstant, s'identificaran els possibles factors de desequilibri de líquids, juntament amb el control de la pressió sanguínia, freqüència cardíaca i respiratòria a més de la pressió sanguínia ortostàtica del balanç hídric. Cal tenir en compte que el nivell hídric en persones grans pot estar involucrat per la disminució del mecanisme de la set, el límit d'accés als líquids, la restricció terapèutica, la dificultat de la deglució i per últim l'augment de la micció (79). Es valorarà la disposició d'ingerir aigua que tingui la persona. En cas que no toleri bé l'aigua i no mostri disposició per aconseguir l'aportació necessària d'aigua, s'aconsellarà beure brous, sucs, infusions a base de boldo, sen, malva o afegir unes gotes de llimó en cada vas d'aigua (41). Infermeria potenciarà l'ús del boldo juntament amb la càscara sagrada ja que són més efectius en els símptomes relacionats amb el restrenyiment (84) com també el suc de patata indicat en el restrenyiment pel seu efecte laxant i purificador. A més el suc de patata junt amb el de llimó, són excel·lents reguladors de l'aparell digestiu (3). En les infusions es calcularà una bona quantitat per got, tot depenent de la planta i deixant reposar entre 5 i 7 minuts. Hi ha la possibilitat d'afegir una cullerada de mel estimulant, una de les indicades seria la mel de romer. S'aconsella el cafè com una beguda hídrica, ja que afavoreix el reflex de la defecació de dos a tres gotes diaris. Per altra banda, l'alcohol seria una beguda que s'hauria d'evitar perquè irradia els intestins, sent un tòxic d'acció directa sobre la mucosa intestinal (41).

Els professionals del centre durant a terme un control del repartiment del líquid diari. Intentaran que la persona begui abans de tenir sensació de set, ja que al ser gent gran i patir de restrenyiment, no hem d'oblidar que aquest tipus de persones no poden estar mai deshidratades. Es mantindrà la possibilitat de poder ingerir líquids i oferir-ne cada 2-3hores i implantar una pauta d'1 o 2 gotes de líquid en el moment d'aixecar-se (79) i de l'administració de líquid calent de 2 a 3 hores avanç d'anar a dormir (21). En cas necessari s'instauraran pautes i

estratègies de com potenciar la ingesta hídrica; es col·locarà una botella d'aigua sobre la taula o en un lloc de pas de fàcil accés. Al principi ho farem amb botelles mig plenes on posteriorment s'augmentarà la seva capacitat. D'aquesta manera s'estabilitzarà l'acte reflex de beure i progressivament es retornarà a sentir la sensació de set que tingui la persona. Hem de tenir present que mai s'ha d'oblidar les necessitats i les característiques de la persona, on els professionals d'infermeria s'adaptaran per tal d'aconseguir el propòsit i resoldre les mancances que aquests/a tingui (41).

- Maneig de la nutrició (1100)

En el moment de marcar i incidir en els aliments recomanats pel combatre el restrenyiment s'haurà de tenir en compte algun tipus d'al·lèrgia que pugui tenir la persona gran. Per aconseguir un bon maneig de l'hàbit nutricional, es determinarà les preferències de les menjades basant-se en els horaris del centre i la rutina diària de cada persona. S'ajustarà la dieta a l'estil de vida de la persona gran, facilitant la utilització de complements alimentaris, incidint més en com cuinar els plats (vapor, planxa i/o olla a pressió i forn) i posteriorment quin complement culinari haurem de potenciar. Avanç però, s'haurà d'avaluar la falta dels coneixements envers els aliments rics en fibra, la incapacitat o la baixa motivació o falta d'interès per fer front al canvi en l'estil de vida de la persona. Els professionals d'infermeria fomentaran la ingesta de calories adequades a l'estil de vida de la persona gran dins el centre institucionalitzat. Advertirem que consumir moltes grasses cuinades alenteix la digestió tot i que unes gotes d'oli verge i suc de llimona afegits després de la cocció, estimulen les funcions digestives (41). Els professionals d'infermeria recomanaran tant als pacients com també als responsables de cuina del centre institucionalitzat que integrin dins dels seus àpats aliments rics en fibra, tot proporcionant els aliments nutritius, rics en calories i proteïnes i begudes que poden consumir-se fàcilment esmentades en la intervenció anterior. La incorporació de 25 a 30g/dia de fibra a la dieta, s'ha recomanat durant molt de temps com una mesura important en el maneig dels pacients amb restrenyiment (14). Tanmateix el consum actual de fibra a Europa es troba al voltant del 18 a 20g per persona i dia, mentre que en els països en vies de desenvolupament el consum de fibra es situa entre el 60 i 120g/dia (47). Segons la Unitat de

Dietètica i Nutrició es recomana un aport entre 20 – 35g/dia o bé aproximadament d'10 a 14g de fibra dietètica per cada 1.000 kcal. Com a recomanacions pràctiques s'estableixen diàriament 3 racions de verdura, 2 racions de fruita, 6 racions de cereals en forma de pa, arròs, pasta preferiblement integrals i setmanalment de 4 a 5 racions de llegums (48). Quan s'utilitzen aliments rics en fibra per augmentar la massa, la recomanació típica és mig got de cereals integrals, augmentant a un got i mig després de varies setmanes.

En el moment que es parlarà d'introduir la fibra en la dieta de la persona gran haurem de tenir clar els diferents tipus de fibra que existeixen i els aliments que estan classificats dins de cada grup; cel·lulosa (farina integral de blat, cereals integrals, salvat de blat, col, la pela de les fruites, etc), hemicel·lulosa (salvat de blat, cereals integrals, polpa de vegetals, etc), gomes (avena, salvat d'avena, llegums, faves, etc), pectines (pomes, cítrics, maduixes, etc) i la lignina (vegetals madurs i fruites amb llavors comestibles). Infermeria desenvoluparà a la persona els diferents aliments rics en fibra; pa integral, semi integral o pa amb cereals i llavors de lli, gira-sol, arròs integral, quinoa o bulgur (tres cullerades aproximadament), farina integral en rebosteria i limitar el consum de farina de maicena i de fècula de patata, llavors oleaginoses dins les amanides, plats de pasta (pinyons i nous), arròs (cacauets i anacards) i pastissos (avellanes i ametlles) (41). El panís integral és més eficaç que el blat integral, mentre que l'avena integral és menys irritant i absorbeix millor les grasses. Es recomana prendre el pa integral amb llevat integral ja que això facilita el trànsit intestinal a la vegada que no impedeix l'absorció de calci i ferro produïda pel salvat (14). El salvat de blat es recomanarà alhora de preparar amanides, productes làctics, verdures o si més no afegir-lo als brous. Aquest complement s'introduirà de manera progressiva a raó de dos cullerades soperes diàries en un període de 10 a 15 dies. S'advertirà a l'usuari que aquest complement utilitzat en quantitats excessives pot produir inflamació del ventre i irritació de la mucosa digestiva. L'oli verge serà l'èxit de tots els plats culinàries que ens ajudarà a mantenir l'equilibri del trànsit i estimular-lo tot i així s'haurà d'estar alerta perquè disminueix l'absorció dels nutrients lipídics. S'utilitzaran les espècies senceres com el comí, safra, cardamom entre altres, de tal manera

que no siguin reduïdes en pols ja que són més estimulants per amanir verdures i cereals. S'instaurarà quantitats petites de sucre, un màxim de dos a tres cullerades al dia (41). S'aprofitarà per explicar que també serveix les llavors de lli, les prunes fresques, figues i els dàtils i en alguns casos persistents d'1 a 2 cullerades d'oli, segons Hans Wagner (82). El/la infermer/a motivarà a la persona a menjar tres fruites (taronja, llimó, mandarina, pinya natural, albercoc, poma, raïm, prunes, mores, grosselles, gerds, mandarina, pera, guayaba, maduixa, kiwi, meló, síndria, prèssic, figues, etc) fresques al dia, preferiblement crues i amb pela. En cas que el pacient mengi la fruita cuïta, fora bo afegir fruita seca per augmentar l'aportació de fibra; nous, figues, dàtils, festucs, etc. Pel que fa a les hortalisses la seva incorporació serà de manera gradual, classificades en: tubercles (patata, moniato, etc), bulbs (ceba, all, porro, etc), talls (cardo, espàrrec, col-i-flor, choucroute, etc), fulles (escarola, enciam, espinacs, bledes, carxofes, endívies, julivert, dents de lleó, etc) i fruits (olives, mongetes, cigrons, carbassa, carabassó, etc) (14,79). Les algues deshidratades es podran consumir varies vegades durant la setmana, juntament amb els cereals i les verdures o brous. En la mesura del possible, es recomanarà el consum de llegums una vegada al dia, alternant llegums més estimulants (mongetes) amb els més suaus (llenties, cigrons, etc) per evitar la irritació del colon. En cas de combinar-ho en petites quantitats amb verdures fresques i/o amanides, plats elaborats o qualsevol altre àpat, els seus efectes seran menys agressius i més regulars (41). Tanmateix, infermeria comunicarà a la persona gran diversos suplementos dietètics que aquesta pot ingerir al llarg del dia en els moments que presenti sensació de gana i/o set; 2 gots de mill més 2 gots de suc de poma i 1 got de suc de pruna sense sucre tot barrejat, es podrà prendre una cullerada de 2 a 3 vegades al dia. Un altre suplement seria 900g de panses, groselles, prunes, figues i dàtils tot barrejat on s'afegeix suc de pruna i que pot prendre's 30ml al dia fins tres dosis/dia (21).

Podrem proporcionar a la persona una guia d'àpat ric en fibra alhora que recomanarem la disminució d'aliments que afavoreixen el restrenyiment (arròs, formatge, xocolata, plàtan, poma, productes elaborats amb farines refinades, etc) (79).

Véronique i Ljiljana recomanen per esmorzar un vas gran d'aigua, suc de taronja o inclús una llimonada calenta. L'esmorzar consistirà amb pa integral de cereals, fruits secs i oleaginosos. El pa l'acompanyarem de mantega de cacauet o de sèsam i mermelada de prunes, figues o fruites roges ja que són les mermelades recomanades per combatre el restrenyiment. L'aportació de fibra es completarà amb un vas gran de llet vegetal natural o fermentada (soja, ametlles, etc) on s'hi pot afegir fruita fresca (kiwi, fruita roja, pera, figues, etc), complementant-se amb una infusió (41). Manuel Lezaeta Achará (3), investigador de la medicina naturista, advocat, professor i escriptor xilè, aconsella al pacient que ingereixi en dejuni una cullerada d'infusió de llinassa juntament amb 4 o 6 prunes, agregant una cullerada de mel perquè tingui un gust més agradable i un efecte més eficaç com a laxant natural. El suc de patata el recomana com a laxant i purificador de l'intestí.

- Foment de l'exercici (0200)

Es valorarà les idees que la persona gran tingui sobre l'efecte de l'exercici físic en la salut. En el mateix moment que s'informaria a la persona sobre la realització dels exercicis, també s'hauria de proporcionar els beneficis per la salut i els efectes beneficiosos que això comporta. Instruir a l'individu davant el tipus, freqüència, duració i ritme de l'exercici, controlant la resposta de l'individu al programa d'exercici i proporcionar-li una resposta positiva als esforços que li són beneficiosos. Si relacionem l'exercici físic amb el restrenyiment, s'intentarà que la persona compregui la seva importància quan se li comenti que la propulsió d'una massa al colon es pot veure correlacionada amb l'activitat física. La motilitat GI augmenta durant i després de la ingesta d'aliments. Aquests moviments apareixen solament en persones actives. Estudis epidemiològics indiquen una major prevalença de restrenyiment en poblacions sedentàries quan es compara amb individus que realitzin una activitat física regular (14). Infermeria valorarà la disminució de la capacitat cognitiva i la falta de motivació, la disminució d'alguns dels sentits, canvis esquelètics, per per la seguretat personal entre altres a través de les escales de valoració geriàtrica integral realitzades al començament de la planificació de la intervenció (21) on juntament amb professionals del centre institucionalitzat, ajudaran a l'individu a desenvolupar un programa d'exercicis adequats a les necessitats de la

persona. S'estimularan exercici de la marxa, passejades a l'exterior i/o anar a buscar el diari. Lezaeta (3) aconsella caminar 20-30 minuts al dia, ja que és una forma gratificant i no extenuant de fer exercici físic en la gent gran. Els professionals ajudaran a integrar el programa d'exercicis dins la rutina setmanal de la persona, aconsellant sessions de 30 o 45' al dia o si més no 1 hora de natació ja que així estimularíem la circulació general i desapareixerien els estancaments intestinals. Infermeria valorarà l'oportunitat de marcar dies concrets de passejades a l'exterior, alternant dies de natació si fos possible a la piscina més aprop del centre

- Maneig del dolor (1400)

Per poder tractar el dolor i reduir-ne les causes i la simptomatologia, realitzarem una valoració exhaustiva del dolor que inclogui la localització, característiques, aparició, freqüència, intensitat i severitat. Utilitzarem estratègies terapèutiques per reconèixer l'experiència del dolor i mostrar l'acceptació de la resposta del pacient amb la utilització de les TAC. S'instaurarà i es modificarà les mesures de control del dolor en funció de la resposta del pacient, disminuint o eliminant els factors que el precipiten i/o l'augmenten. Al mateix temps determinarem l'impacte de l'experiència del dolor sobre la qualitat de vida de la persona gran i modificarem les mesures de control del dolor en funció de la resposta del pacient. En aquest punt infermeria es centrarà molt en els resultats de l'escala GENCAT de la qualitat de vida de la persona.

Els professionals sanitaris han de tenir present que la persona gran referirà dolor en la zona abdominal per la dificultat en l'evacuació i la pressió que hi ha en la cavitat abdominal a causa de la presència del contingut fecal dur i immòbil. El/la professional d'infermeria posarà de manifest davant la persona gran les principals tècniques naturistes per disminuir i/o eliminar el dolor. Avanç però, infermeria explicarà a la persona gran que el dolor serà més intens a la nit, ja que l'absència de somatostatina que és una substància que s'allibera i es secretada normalment durant el son profund, s'ha trobat que quan existeix menor nivell de somatostatina el dolor s'intensifica (62). En les tècniques per disminuir el dolor, el/la professional d'infermeria parlarà de l'estimulació cutània

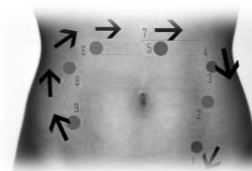
la qual estimularà la pell amb la finalitat d'alleugerir o suprimir el dolor a través dels massatges superficials, massatges de calor i fred entre altres. Altrament infermeria avaluarà amb la persona gran la disponibilitat d'iniciar sessions de reflexologia podal per disminuir el dolor i ajudar a combatre el restrenyiment. Esmentar que aquesta tècnica s'ha de dur a terme per un terapeuta especialitzat amb el tema. Infermeria motivarà a la persona tot argumentat els beneficis que provoca i en què consisteix. Aquesta tècnica s'esmenta en l'apartat 2.2.3 i es considera com una part integral de l'àrea d'infermeria, segons la American Nurses Association (ANA). Infermeria explicarà a la persona gran que al finalitzar les sessions de reflexologia i durant la seva pràctica pot obtenir un benestar corporal, estimulació de l'energia vital, millora de la circulació sanguínia i limfàtica a nivell local i general, equilibri de les transmissions nervioses, produint-se un perfecte ajust del sistema de retroalimentació i interconnexió entre tots les parts del nostre organisme, depura i neteja l'organisme de substàncies tòxiques, afavoreix la respiració i la nutrició cel·lular, redueix l'estrès, l'angoixa i la por, normalitza les funcions orgàniques, glandulars i hormonals i per últim és una bona teràpia per combatre el dolor (57). S'explicarà al pacient en què consisteix la feina del terapeuta i quins seran els punts i les zones a tractar, esmentades en l'annex VII. Durant les primeres sessions a la persona li serà gratificant la curiositat i la coneixença dels peus, ja que hi ha un apropament cap a la persona on al mateix temps la persona gran reconeix el seu propi cos a través de les plantes podals.

En la sessió de reflexologia podal, la persona gran s'acomodarà en una llitera de manera confortable, proporcionant la màxima comoditat corporal per tal de que la persona estigui còmoda i relaxada. En gent gran s'ha de tenir especial cura en la posició corporal i la mobilització de la persona tot posant un coixí sota els genolls per evitar les tensions innecessaris en la zona lumbar, proporcionant una postura tridimensional més natural i còmoda per el/la pacient. S'ha de tenir vigília en la temperatura corporal per tal d'evitar les pèrdues de calor que produeixen una desagradable sensació de desequilibri corporal. S'aconsella que la persona estigui en decúbit supí per tal de proporcionar una relació de la gesticulació facial amb el dolor que pugui tenir

ahora de treballar els peus com també gestos de molèstia, tensió, apuntant en direcció a àrees conflictives a tractar amb especial cura (57). El/la terapeuta aplicarà un minut de massatge en el punt de la vàlvula ileocecal. En el moment de treballar el punt apèndix, treballarà els massatges de forma ascendent i seguint el colon en la seva direcció normal. Per últim, en el punt del colon, el terapeuta primerament farà el massatge al peu esquerra per tal de que la massa del principi trobi el conducte biliar (61). Petra Almazan especialista en reflexologia podal i autora de diversos llibres (59), serà una de les guies que utilitzaran els professionals d'infermeria per explicar la reflexologia podal en el restrenyiment a les persones grans a través de les figures de la 14 a la 25 esmentades en l'annex VIII.

Una altra tècnica que es treballarà per disminuir el dolor seran els massatge suau al ventre amb oli estimulant (rosa mosqueta, llimona, etc) i en direcció al trànsit en el sentit de les agulles del rellotge. Proporcionaran una disminució del dolor i relaxació de la persona enfront les ganes de defecar al mateix temps que es potenciarà el correcte trànsit intestinal. Abans de realitzar el massatge, recomanarem a la persona ingerir un got d'aigua per fluïdifica el bolus fecals. Infermeria ha de tenir cura de no realitzar el massatge 2 hores després d'haver menjat. Els professionals d'infermeria realitzaran el massatge suaument imitant la mobilitat natural podent estimular els reflexes viscerals interrompent el moviment peristàltic. La postura de la persona serà en decúbit supí amb les cames estirades amb una durada màxima de 25 minuts (14). Prèviament a la realització del massatge, el professional d'infermeria explicarà en què consisteix la tècnica del massatge del Dr. Mayr i com es durà a terme. En la taula 8 s'especifica la tècnica del massatge. Els professionals d'infermeria han de tenir en compte que també és bo estimular les zones reflexes com seria la zona lumbar ja que indirectament l'exercici ens augmenta la motilitat intestinal. S'argumentarà a la persona gran els efectes favorables del tractament a partir d'aquest tipus de massatge; estimulació de l'activitat intestinal a través dels moviments suaus a l'abdomen que realitzarà la infermera al mateix temps que s'estimula el transport de les substàncies a nivell intestinal. El pacient notará una millora en al circulació de l'àrea abdominal i en la respiració (63).

1.	Es treballarà la respiració realitzant inspiracions profundes incorporant el moviment abdominal continuant amb carícies per estimular els receptors nerviosos de la zona i estimular la sensibilitat de la pell de l'abdomen, la intensitat anirà augmentant, el ritme es tornarà més lent i la direcció a seguir serà en el sentit de les agulles del rellotge.
2.	Es realitzarà un massatge tractant el recorregut del colon (imatge adjunta) a través de pressions circulars al sigma i al recte.
3.	Per últim realitzarem frecs en el sentit descendent del colon i es reduirà la intensitat retornant a realitzar els frecs suaus en sentit circular (14).



Taula 8: Massatge abdominal (14).

Lezaeta (3) ens exposa l'aplicació de cataplasma de fang sobre el ventre durant la nit, refrescant així l'intestí, descongestionant-lo, activant les seves funcions i disminuint el dolor que tot això comporta. També comenta aplicar una compresa abdominal per activar el treball intestinal. Esmentar que el/la professional d'infermeria ha de tenir una actitud relaxada donat que s'intenta transmetre tranquil·litat mitjançant el tacte al pacient però sense deixar de banda els aspectes ètics de la pràctica d'infermeria.

6. AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ

Una part integrant de l'èxit del pla de tractament és la freqüent i consensuada avaluació de les intervencions escollides d'acord amb els objectius plantejats. Per un costat tenim la consecució subjectiva de la satisfacció del pacient i per l'altre, l'assoliment dels objectius mitjançant les intervencions, els quals formen part de dos components vitals al llarg de tot el procés d'infermeria. No obstant, un registre de documentació centralitzat, ajudarà en el procés d'avaluació de la intervenció.

L'avaluació és la fase final del procés d'infermeria que ha de ser sistèmica i continuada, basant-se amb la resposta que té la persona gran durant l'execució de les diverses intervencions d'infermeria. En ella s'avaluen l'efectivitat de les actuacions en relació amb els objectius, comparant l'estat de salut de la persona gran que demostri en un inici de l'anàlisi amb els resultats obtinguts en un final (85). Les tècniques d'avaluació que s'utilitzaran seran les d'observació i les interrogatives a través de les escales d'avaluació i els informes dels diferents professionals sobre la persona. La tècnica d'observació ens servirà per recollir la informació sobre situacions o processos en el moment que es produeixen, generalment de manera natural, sense cap provocació externa. Cal vigilar perquè l'observació implica un risc de subjectivitat per part del professional que pot condicionar els resultats.

L'avaluació anirà enfocada en les 12 setmanes que es porta a terme la intervenció. No hi haurà una avaluació al finalitzar cada setmana, sinó que d'una setmana a una altra es tindrà en compte la resposta de la persona gran entorn a les activitats proposades per tal de poder realitzar una avaluació generalitzada al final de la dotzena setmana després de portar a terme totes les activitats d'infermeria planificades. Al finalitzar el temps establert de tota la intervenció, el professional d'infermeria avaluarà la resposta que té la persona gran amb el problema de salut. Si la intervenció ha estat correcta i ha sigut gratificant, la persona presentarà cap o menys de dos símptomes segons els criteris Roma III durant els 3 mesos aproximadament que es durà a terme la intervenció. Tanmateix en les escales de la VGI i en d'altres realitzades durant la primera setmana, s'observarà una millora en la puntuació. Amb l'índex de

Katz s'observarà una millora de les 6 ABVD (bany, vestit, ús del vàter, mobilitat, continència i alimentació) per tal de contrarestar que la persona no hagi disminuït la seva independència envers a elles i marqui la categoria G (69). Amb l'índex de Barthel s'avaluaran de manera més amplia les 10 ABVD (alimentació, bany, vestit, higiene, deposició, micció, lavabo, trasllat butaca – llit, deambulació i pujar i baixar escales) tot permeten una major sensibilitat als canvis. Té un resultat de 0 a 100 punts i els resultats també estan agrupats en 4 categories. Després de la realització de la intervenció es preveu que la persona romangui i/o no disminueixi de la dependència lleu (>60 punts) i/o de la dependència moderada (40-55 punts). M'agradaria comentar que l'índex de Barthel no és sensible per detectar petits canvis sinó per observar canvis a llarg plaç (25). Alhora d'avaluar l'escala de Lawton – Brody es recollirà la informació sobre 8 activitats assignant-se valor 0 o 1 tot depenent de si la persona les ha dut a terme o no. Es l'escala que ens servirà per valorar les AIVD però és una escala que es pot contemplar per poder planificar una intervenció quan la persona no estigui institucionalitzada. Amb el qüestionari de Pfeiffer valorarem l'estat cognitiu de les persones grans. No ha d'haver augment dels errors, ja que si fos així indicaria un retrocés en la intervenció atribuint-se a un mal pronòstic en al valoració. La puntuació normal minvaria entre 0 i 2 errors (69). En l'escala de Tinetti s'aprecia una millora de la deambulació de la persona quan infermeria ha tractat el diagnòstic de la mobilitat i l'activitat física. Aquesta millora en l'escala de Tinetti també s'ha vist relacionada amb la millora de la motilitat intestinal i la disminució en el restrenyiment, alhora que també es correlaciona amb un menor risc de caigudes (68). En l'escala de Bristol a l' inici de la intervenció s'apreciarà al tipus 1 i 2; femta de petit volum i seca associada a un augment del temps de trànsit colònic i una dificultat expulsiva amb una disminució del nombre de les deposicions. En canvi, al finalitzar la intervenció la persona presentarà tipus 3 i 4 de l'escala amb una femta normal i llisa, sense provocar dolor ni dificultat al defecar. A l'avaluar la MNA, integrarem tots els elements de la valoració nutricional: dades antropomètriques, situació de risc, enquesta dietètica i autopercepció de la salut. Amb aquesta escala observarem l'evolució que ha tingut la persona amb la seva necessitat de millorar el tipus d'alimentació. S'apreciarà si la persona ha integrat per complert la fibra dins del seu patró nutricional i la relacionat com a factor de risc previ al restrenyiment. a

més també es remarcarà en la millora de la ingesta hídrica que hagi pogut tenir la persona. Al realitzar la MNA, s'observarà una puntuació entre 24 i 30 punts esmentant que la persona està dins la normalitat. Si per contra, surt una puntuació per sota de 23 fins a 17 punts s'apreciarà que la persona està en situació de risc i no s'ha integrat bé la intervenció d'infermeria que es volia dur a terme alhora de treballar la disposició per millorar la nutrició (69).

Al comparar els resultats de les escales en un inici i al final de l'avaluació s'observarà si hi ha bons resultats tot integrant la resposta de la persona amb el restrenyiment. Ens centrarem amb l'escala de Bristol i els criteris Roma III per determinar la millora amb el restrenyiment i fer èmfasi amb la gratificació de les intervenció realitzada durant les setmanes posteriors a la VGI a través de la modificació de la dieta, la incorporació de la fitoteràpia com a tractament no farmacològic, la millora de la mobilitat, la disminució del dolor a través de la reflexologia podal i els massatges tot apreciand una millora en la qualitat de vida de la persona. Comentar que l'escala analògica visual del dolor (EVA) és un altre abordatge per mesurar el dolor subjectiu de la persona a través d'una escala del 1 al 10 on 1 és absència de dolor i 10 molt de dolor. La persona gran després de realitzar sessions de massatges segons la teràpia Mayr, arribarà a reforçar tots els sentits i podrà fixar els nous hàbits adquirits com la masticació, els sentiments de gana i de set. La persona es sentirà més sana i plena d'energia i amb una major capacitat de rendiment. Avaluarem sobretot la disposició de la persona i la seva evolució en les intervencions i sobretot la predisposició que tingui respecte a la pràctica de les TAC.

7. DISCUSSIÓ

Comparteixo les definicions i conceptualitzacions d'autors (5,7) així com les organitzacions IEC i OMG (6,10) respectivament que fan tant sobre el restrenyiment i els seus efectes, com en les intervencions que proposen. Crec que una de les urgències d'intervenció primordial és avaluar la qualitat de prescripció dels medicaments en persones grans i combinar-ho amb les TA. Aquesta és una tendència recomanada de fa temps per experts (24,81). Tanmateix reconec que és un tractament que està a l'abast de tothom però que la majoria de la gent el deixa com a última opció. La fitoteràpia és accessible a les persones grans i ben tolerada, en canvi la reflexologia podal té efectes beneficiosos però és una teràpia d'elecció més difícil a causa de la incertesa que pot provocar aquesta tècnica i la relació indirecta que té amb el restrenyiment envers la població diana de l'estudi.

Estic en clara sintonia amb l'afirmació de l'AEMN que les TAC són tant un mètode fisioterapèutic com metodològic (37), així com que les TAC s'han de recuperar i incloure-les dins la pràctica d'infermeria (34). Últimament s'ha progressat en aquesta visió i acceptació d'aquestes teràpies per part dels usuaris i dels diversos professionals sanitaris, entre ells els professionals d'infermeria.

L'OMS reconeix que ha augmentat l'ús de la fitoteràpia (39). Aquest augment és d'un 10% a Europa (33) i a Espanya una tercera part de la població en consumeix. La forma d'administració dels preparats fitoterapèutics per a les persones grans des del meu criteri són les infusions per ser una preparació ràpida i força comú. Tanmateix les tisanes són més habituals en fitoteràpia però el preparat té poca estabilitat, al contrari del que passa amb les infusions (3). Encara que es manifesti el poder de les decoccions per combatre el restrenyiment (54) crec que es tracta d'una preparació més difícil en les persones grans. El poder laxant l'aconsegurem del principi actiu de les plantes, un dels quals proporciona un increment del bolus intestinal (21). No obstant, s'ha de tenir cura amb les flatulències, els còlics i l'obstrucció que poden causar.

D'entre tots els tipus de laxants i després de tota l'evidència consultada penso que els laxants amb més resultats positius són els laxants incrementadors del bolus intestinal, sobretot els mucíl·lags pel seu poder natural i creador de fibres toves presents en la majoria dels aliments. Opino que són els que actuen més ràpid i on es pot determinar l'evolució del problema de salut en la persona gran. Malgrat això, m'agradaria comentar que l'ús d'aquests laxants i sense una hidratació adequada contribueixen al desenvolupament d'una impactació fecal, un risc que infermeria ha de valorar dins la gent gran.

Els laxants estimulants que són útils en cas de restrenyiment agut o de fàcil defecació amb un efecte laxant de 10 a 12 hores, recomanant la seva administració a la nit (18), no s'han d'utilitzar en llargs períodes per efectes abdominals i nerviosos (21). D'altra banda tenim els laxants lubricants que tenen un efecte molt actiu en 8 hores, hi ha però certes precaucions en pacients en risc de neumonia per aspiració. Per últim dir que no aconsellaria els laxants osmòtics perquè tarden més per actuar i causen, còlics, flatulències, diarrea i desequilibri electrolític. Després de tota l'evidència consultada penso que els laxants amb més resultats positius són els laxants incrementadors del bolus intestinal, sobretot els mucíl·lags pel seu poder natural i creador de fibres toves presents en la majoria dels aliments. Recomanaria però que s'acompanyin d'una bona hidratació per evitar la impactació fecal

Envers la informació cercada sobre la dieta, els més experts (41,43,40) afirmen que la dieta vegetariana és un bon factor de protecció contra el restrenyiment. Des del meu punt de vista, una dieta rica en fibra sí és un factor de protecció, ja que la fibra accelera el trànsit intestinal i reté l'aigua, augmentant el pes i el volum de femta al mateix temps que proporciona una consistència adequada per una evacuació fàcil. De les dues classificacions de fibra: soluble i insoluble convinc que la fibra soluble és més adequada per combatre el restrenyiment, accelerant el trànsit intestinal i incrementant el volum de femta (65). Contràriament a d'altres que classifiquen la fibra en cel·lulosa, hemicel·lulosa i pectines. Opino que els aliments rics en cel·lulosa; midó, mill, arròs, fruites i verdures són la millor font de fibra per combatre el restrenyiment.

En quan a la reflexologia podal mantenc amb d'altres autors (59,61,58,60) que la realització d'aquesta teràpia té efectes beneficiosos per la persona ja que tracta el problema de salut repercutida en els punts dolorosos a les plantes dels peus. No obstant, dir que és una tècnica més difícil i pragmàtica que no la fitoteràpia ja que no és tant comú dins la població de gent gran i sinó s'incideix ni s'explica bé el seu objectiu i funcionament pot ser rebutjada fàcilment. Dins el centre institucionalitzat el canvi d'hàbit entorn l'alimentació serà el més fàcil de dur a terme, ja que es modificarà la pauta nutricional que tingui la persona. No obstant, es pot incidir en la incorporació dels preparats fitoterapèutics com són els infusions, els brous i els diversos condiments que puguin satisfer a la persona. Donat que són aliments no comuns en els àpats diaris de la persona, costarà que la persona gran s'adapti a ells i alhora irradiar els fàrmacs utilitzats per combatre el restrenyiment.

7.1 Limitacions en l'estudi

Durant la recerca de informació d'evidència científica, he tingut dificultats en referència a les TA donat que són pocs els estudis clínics en el camp de la medicina natural.

8. CONCLUSIONS

La prevalença del restrenyiment en les persones grans és major que la resta de la població amb unes xifres situades al voltant del 15-40%. Circumstàncies que emmascaren els resultats dels estudis epidemiològics i influeixen també en l'autoconsum de laxants entre els ancians (30-50%).

La recerca aprofundida que ha comportat aquest treball, m'ha permès prendre consciència de la magnitud d'aquest problema de salut dins la societat. Tot i així, se sap que el restrenyiment és un dels problemes més freqüents en les persones d'edat avançada fins un 80% dels institucionalitzats. La incapacitat de reconèixer la necessitat de defecar, ignorar repetidament els estímuls per defecar i/o tenir limitacions físiques per arribar al bany, contribueixen al deteriorament dels mecanismes sensorials que estimulen la necessitat de realitzar una defecació.

M'he adonat també de l'amplitud del tractament no farmacològic per combatre el restrenyiment on la majoria de les vegades és de fàcil accés per la persona. Les intervencions estan encaminades a les persones grans i per tant, qualsevol recomanació que es vulgui potenciar dins un altre col·lectiu s'hauria de contrastar amb evidència científica.

Els professionals d'infermeria són indispensables en les cures de les persones grans institucionalitzades. L'ús d'aquesta planificació de cures ens ajuda a precisar la seva naturalesa, guiant-nos per triar les intervencions que ens ajudaran aconseguir els objectius, delimitant la nostra responsabilitat professional i clarifica el servei específic d'infermeria dins la comunitat.

Després de l'anamnesi s'aplica un pla de cures orientat a objectius comuns i unificant criteris en la gent gran per aconseguir una millor planificació i gestió dels recursos a través de la utilització de les TAC.

Es diagnosticarà de restrenyiment quan la persona gran realitzi deposicions menys d'1 vegada cada 3 dies o amb dificultat en la defecació. Factors de risc que hi contribueixen són immobilitat, disminució de la motilitat intestinal,

deshidratació, dieta, exercici físic i polifarmàcia. La complicació més freqüent és la impactació fecal o fecaloma, amb una prevalença al voltant del 60% en majors de 60 anys i amb una mortalitat associada fins al 16%.

Per prevenir i tractar l'estrenyiment proposo incorporar les TA en les qual s'aborda a l'individu de manera holística. Les intervencions d'infermeria aniran encaminades a un canvi en l'estil de vida de la persona gran.

Es millorarà la mobilitat amb activitats físiques d'uns 30 minuts al dia, alhora que es potenciarà una dieta rica en fibra. La ingesta diària de fibra és de 20 a 35g/dia i s'incorporarà de forma escalonada per evitar efectes secundaris. Inclourà cereals integrals, prunes, raïm, llegums, fruits secs i beure força líquids, ja sigui aigua, suc de fruites naturals, brous, infusions i tisanes.

Els laxants incrementadors del bolus intestinal són els que millor pronòstic tenen degut als mucíl·lags que contenen certes plantes. Els lubricants destaquen per la disminució en l'absorció colònica de la grassa. Els laxants osmòtics produeixen un augment del volum intraluminal que estimula la motilitat i els de tipus estimulants afavoreixen la peristalsis augmentant la secreció de líquid.

Amb restrenyiment crònic s'utilitzen substàncies que afavoreixen el trànsit GI; laxants mecànics: lubricants, emol·lients i incrementadors de la massa. Si el problema és un restrenyiment de tipus agut, s'utilitzen laxants estimulants o irritants de l'intestí gros, com serien les plantes amb derivats 1,8-hidroxiantracènics .

Es marcarà un ritme d'evacuació recomanant anar-hi després dels àpats per potenciar el reflex gastrocòlic. Incidir en el maneig del dolor a través de la realització de la reflexologia podal i el massatge abdominal. Es planteja el massatge com una alternativa que el persona d'infermeria pot oferir de manera comprovada, manifestada tant en les mesures subjectives com en les fisiològiques.

Amb la suposada realització d'aquesta intervenció i amb uns resultats òptims, s'aportarà mitjans per obtenir dades sobre els resultats dels pacients que ajudaran a dissenyar una pràctica d'infermeria basada en l'evidència científica sobre les TAC.

9. BIBLIOGRAFIA

- (1) Juarranz Sanz M, Calvo Alcántara M, Soriano Llorca T. Tratamiento del estreñimiento en el anciano. Rev SEMG 2003 Noviembre 2003;nº 58:603 - 606.
- (2) Liégeois V, Milosavljevic L. Bienestar intestinal. Cómo sentirse bien comiendo. 2ª ed. ed. España: Obelisco; 2011.
- (3) Lezaeta Acharán M. La medicina natural al alcance de todos. 1ª ed. ed. Santiago de Chile: Kier; 1999.
- (4) Cabieses V B, Mary Miner S, Villegas R N. Análisis reflexivo del cuidado en reflexología y masoterapia centrado en la persona por parte del profesional de enfermería. Cienc Enferm XVI 2010 25/01/2010;vol.1:59-67.
- (5) Moreira V F, López San Román A. Estreñimiento. Rev Esp Enferm Dig 2006;vol.98(nº 4):308.
- (6) Institut d'estudis catalans D. Diccionari de la llengua catalana. 2013; Available at: <http://dlc.iec.cat/>. Accessed 25 de novembre, 2013.
- (7) López Cara MA, Tárraga López PJ, Cerdán Oliver M, Ocaña López JM, Celada Rodríguez A, Solera Albero J, et al. Constipation in the population over 50 years of age in Albacete province. Rev Esp Enferm Dig 2006;vol. 98(nº 6):449-455.
- (8) Delgado Aros S, Soria de la Cruz, M.J. Sección III. 17: Estreñimiento idiopático simple. ; 2009. p. 187-200.
- (9) Godoy Z J, Morales O MA, Schlack V C, Papuzinski A C. Constipation prevalence and it's association with chronic disease at Centro de Salud Familiar Marcos Maldonado, Viña del Mar, 2010. Rev Anacem 2011 21 de octubre de 2011;vol 5(nº 1):32.
- (10) Crane S J, Talley N J. Chronic gastrointestinal symptoms in the elderly. Clin Geriatr Med 2007 Novembre 2007;vol.23(nº 4):721-734.
- (11) Mascaró J, Formiga F. Valoración y tratamiento del estreñimiento en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 2006 16-02-2006;vol. 41(nº 4):232.

(12) Mearin F. Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios de Roma III. Med Clin 2007 17-01-2007;vol 128(nº 9):335.

(13) Lindberg G, Hamid S, Malfertheiner P, Thomsen O, Bustos Fernández L, Garrish J, et al. Guía práctica sobre estreñimiento: una perspectiva mundial. Org Mundial Gastroenterol 2012 02 de abril de 2012:15.

(14) Saz Peiró P, Ortiz Lucas M, Saz Tejero S. Cuidados en el estreñimiento. Med Natur 2010;vol 4(nº 2):66-71.

(15) Argüelles Arias F, Herrerías Guitiérrez JM. Estreñimiento crónico. Med Clin 2004;vol.103(nº10):389-394.

(16) Mateo Barrientos M, Díaz Díez-Picazo L, Barquinero Canales C, Baños Pérez I. Valoración del anciano con estreñimiento. Jano 2003 Noviembre 2003;vol XV(Nº 496):57.

(17) Nuin orrio C, Pedraz Marcos A. Enfermería de la persona mayor. 1ª ed. ed. España: ed. Centro de estudios Ramón Areces, S.A.; 2011.

(18) Castillo García E, Martínez Solís I, Soriano Guarinos P. Capítulo 17: Fitoterapia para el estreñimiento. Manual de fitoterapia. 1ª ed. ed. Barcelona: Masson; 2007. p. 237-252.

(19) Díaz Nolazco MA, Roque Alvarado JP, Corimanya Capitán BN, Remón Malca ML, Puestas Sánchez PR, Díaz Vélez C. Calidad de prescripción de medicamentos en adultos mayores. EsSalud-2011. Rev Cuerpo Med 2012;vol 5(Nº 4):12-17.

(20) Dacendra Ramkumar MD, Satish SC. Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: Systematic review. Am J Gastroenterol 2005;vol.100:936-971.

(21) Burke Mary M, Walsh Mary R. Enfermería gerontológica: Cuidados integrales del adulto mayor. 2n ed. ed. España: Harcourt Brace; 1998.

(22) Barrio Merino A, Soria López M, Troné Nestal C. Tratamiento del estreñimiento funcional con polietilenglicol. Nuevos fármacos. Rev Pediatr Aten Primaria 2010 Enero/Marzo 2010;vol XII(Nº45):109.

(23) Ministerio de sanidad. Informe mensual sobre medicamentos de uso humano y productos sanitarios. AEMPS 2012 8 de octubre de 2012:10.

(24) Oscanoa J T. Diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos en adultos mayores al momento de ser hospitalizados. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2011 01-06-2011;vol 28(Nº 2):256-263.

(25) Gómez Pavón J. El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. Inst de Salud Pública 2003(4):44.

(26) Instituto Gerontológico. Estreñimiento ¿qué hacer y cómo manejarlo?. 2013; Available at: <http://www.igerontologico.es/salud/digestivo/estreñimiento-que-hacer-como-manejarlo/118>. Accessed Novembre/23, 2012.

(27) Álvarez Guerra OM, Ulloa Arias B, Fernández Duharte J, Castellanos Carmenatte T, González de la Paz, J. Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor. Medisan 2010;vol.14(nº 4):511.

(28) Nuin Orrio C, Pedraz Marcos A. Capítulo 18: Estreñimiento y incontinencia fecal. Enfermería de la persona mayor. 1ª ed. ed. España: ed. Centro de estudios Ramón Areces, S.A.; 2011. p. 215-226.

(29) Grassi M, Petraccia L, Mennuni G, Fontana M, Scarno A, Sabetta S, et al. Changes, functional disorders and diseases in the gastrointestinal tract of elderly. Nutr Hosp 2011;vol.26(nº4):659-668.

(30) Cofré P, Germain F, Medina L, Orellana H, Suárez J, Vergara T. Manejo de la constipación crónica del adulto: Actualización. Rev Méd Chile 2008;vol.136:507-516.

(31) Cárdenas de la M, R., Cárdenas L G, Heredia P C, Pizarro N P. Manejo del síndrome de Ogilvie. Rev Chilena de cirugía 2004 Abril;vol.56(nº 2):103-106.

(32) Instituto Gerontológico. Dolor abdominal. 2013; Available at: <http://www.igerontologico.es/salud/digestivo/dolor-abdominal/2265>. Accessed Novembre/26, 2012.

(33) Sorrosal Zumeta N. Guía de hábitos saludables. Med Natur 2011;vol. 5(nº 2):54-60.

- (34) Borges A, Ceolin T, Barbieri R, Heck R. La inserción de las plantas medicinales en la prácticas de enfermería: un creciente desafío. *Enferm Global* 2010 Febrero 2010;vol.18:1-8.
- (35) Enciclopedia de Medicina Natural y Salud. Tomo I: Medicinas naturales. 1ª ed. ed. Madrid: Rueda J.M; 2006.
- (36) Federación Internacional de Esclerosis Múltiple. Terápias Complementáries y Alternativas para EM. *MS in focus* 2010;nº 15.
- (37) Medicos Naturistas. Asociación española de médicos naturistas. 2013; Available at: <http://www.medicosnaturistas.es/>. Accessed Enero/25, 2013.
- (38) Sheila Hollins B, Hajioff S, Portes M. British Medical Association. 2013; Available at: <http://bma.org.uk/>. Accessed Enero/29, 2013.
- (39) Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. 2013; Available at: <http://www.who.int/es/index.html>. Accessed Març/15, 2013.
- (40) Saz Peiró P, Morán Del Ruste M, Saz Tejero S. La dieta vegetariana y su aplicación terapéutica. *Med Natur* 2013 Enero 2013;vol.7(nº 1):13-27.
- (41) Liégeois V, Milosavljevic L. Primera parte: Estreñimiento. Bienestar intestinal. Cómo sentirse bien comiendo. 2ª ed. ed. España: Obelisco; 2011. p. 9-70.
- (42) Rosas R M. Dietética y Salud. Dieta y estreñimiento. *Innova* 2009 Diciembre 2009;vol.26(28 - 30).
- (43) Saz Peiró P. Postura de la Asociación Americana de Dietética y de la Asociación de Dietistas de Canadá: Dietas Vegetarianas. *Med Natur* 2005;vol.8:379-414.
- (44) Silveira Rodríguez MB, Monereo Megías S, Molina Baena B. Alimentos funcionales y nutrición óptima. ¿Cerca o lejos?. *Rev Esp Salud Pública* 2003 Mayo-Junio 2003;vol.77(nº 3):317-331.
- (45) Bernadou F. Comer... y curarse. *IntraMed* 2008 12 octubre de 2008:1-4.

- (46) Olagnero G, Abad A, Bendersky S, Genevols C, Granzella L, Montonati M. Alimentos funcionales: fibra, prebióticos, probióticos y simbióticos. *Diaeta* 2007;vol.25(nº121):20-33.
- (47) López Román J, Martínez González AB, Luque A, Pons Miñano JA, Vargas Acosta A, Iglesias R, et al. Efecto de la ingesta de un preparado lácteo con fibra dietética sobre el estreñimiento crónico primario idiopático. *Nutr Hosp* 2008;vol.23(nº 1):12-19.
- (48) Escudero Álvarez E, González Sánchez P. La fibra dietética. *Nutr Hosp* 2006;vol.21(nº2):61-72.
- (49) Ruiz-Roso Calvo de Mora, B., Pérez - Olleros Conde, L. Avance de resultados sobre consumo de fibra en España y beneficios asociados a la ingesta de fibra insoluble. *Rev Esp Nutr Comunit* 2010;vol.16(nº 3):147-153.
- (50) Bixquert Jiménez M, López Nomdedeu C, Sastre Gallego A, Serrano Garijo P. Capítulo 5: Estreñimiento en geriatría. La consulta diaria en el estreñimiento crónico. 1ª ed. ed. Barcelona: Masson; 2000. p. 73-93-97-113.
- (51) Castillo García E, Martínez Solís I. Manual de fitoteràpia. 1ª ed. ed. Barcelona: Masson; 2007.
- (52) Sociedad Española de Fitoterapia. Asociación para el Desarrollo y Estudio de las Plantas Medicinales y sus Aplicaciones. 2013; Available at: <http://www.sefit.es/actividades/index.php>. Accessed Diciembre/2012, 2012.
- (53) Cañigüeral S, Dellacassa E, Bandoni A. Plantas medicinales y fitoterapia: ¿Indicadores de dependencia o factores de desarrollo? *Lat Am J Pharm* 2003 16 de marzo de 2003;vol.22(nº3):265-278.
- (54) Cebrián J. Remedios caseros con plantas medicinales. 1ª ed. ed. Barcelona: Integral; 2011.
- (55) Hoffmann A, Farga C, Lastra J, Veghazi E. Plantas medicinales de uso común en Chile. 3ª ed. ed. Santiago: Fundación Claudio Gay; 2003.
- (56) Sociedad Chilena de Fitoteràpia. SOCHIFITO. *Rev Fitoter* 2011;vol.11(nº1):87.

- (57) Almazán P. Bases, Fundamentos y Aplicación de la Reflexoterapia podal. 1ª ed. ed. España: Esencia de Caminos; 2007.
- (58) Velamazán Gómez A. Una revisión sobre la efectividad de la reflexología. Med Natur 2000;vol.1:9-16.
- (59) Almazán P. Capítulo XIV: Sistema digestivo. Bases, Fundamentos y Aplicación de la Reflexología Podal. 1ª ed. ed. España: Esencia de Caminos; 2007. p. 311-346.
- (60) Vinyes F. La respuesta está en los pies. 16ª ed. ed. Barcelona: Integral; 2005.
- (61) Fàbregas Capdevila S, Colell Mitjans F, Gil Vicent JM. Reflexoterapia podal. Conocer, aprender y tratar. 1ª ed. ed. Barcelona: Editorial Morales y Torres; 2004.
- (62) Silva Tovar E, Palomé Vega G. El masaje como alternativa para disminuir el estrés por hospitalización. Desarrol Científ Enferm 2007 Marzo;vol.15(nº 2):89 - 92.
- (63) Pezinni G. Terapia Mayr: Los cuatro principios fundamentales en la terapia Mayr. 2012; Available at: http://www.mayrtherapie.com/terapia_mayr4.php. Accessed Febrero/27, 2012.
- (64) Verdejo Bravo C. Protocolo diagnóstico y terapéutico del estreñimiento en el anciano. Protocol Prácti Asist 2006;vol.9(nº 69):4061-4064.
- (65) Pando Bravo MA, Carabaño Aguado I, Herrero Álvarez M, Medina Bernítez E. Grupo de Gastroenterología Pediátrica Zona Suroeste de Madrid. Guías Conjunt Act primaria - especializada 2012 Abril 2012:22.
- (66) Kristen L. Prevención del estreñimiento en personas de edad avanzada. Nursing 2006;vol.24(nº 9):48-49.
- (67) Karam Toumeh D. Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. Inst Mexicano Seguro Social 2010:69.
- (68) Kameyama Fernández L. Valoración geriátrica integral. Inst Nac de Salud 2010 15 de junio del 2010;vol.V(nº.2):55-65.
- (69) Rodríguez Benito C. Valoración geriátrica integral: Escalas. 2013; Available at: <http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>. Accessed Febrero/05, 2013.

- (70) Mussoll J, Espinosa MC, Quera D, Serra ME, Pous E, Villarroya I, et al. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002 18-09-02;vol.37(nº 5):249-253.
- (71) Trigás Fernín M, Ferreira González L, Mejide Miguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia clin 2011;vol.72(nº 1):11-16.
- (72) Marquis P, De La Loge C, Dubois D, McDermott A, Chassany O. Development and validation of the patient Assessment of constipation quality of life questionnaire. Scand J of Gastroenterol 2005;vol.40(nº 5):540-551.
- (73) Dennison C, Prasad M, Lloyd A, Bhattacharyya S, Dhawan R, Coyne K. The health-related quality of life and economic burden of constipation. Pharm Econom 2005 Mayo 2005;vol.23:461-476.
- (74) Verdugo Alonso MA, Arias Martínez B, Gómez Sánchez L, Schalock R. Manual d'aplicació de l'Escala GENCAT de Qualitat de vida. GENCAT 2008:72.
- (75) North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. 8ª ed. ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- (76) Moorhead S, Johnson M, L Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. ed. Madrid: Elsevier; 2005.
- (77) M Bulechek G, K Butcher H, McCloskey Dotcherman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. ed. Madrid: Elsevier; 2005.
- (78) Swearigen L P. Manual de enfermería médico - quirúrgica: intervencones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 6ª ed. ed. Amsterdam: Elsevier; 2008.
- (79) Vers Prat O, Bernaus Poch E, San Rafael Guitiérrez S. El estreñimiento como diagnóstico. Nursing 2007 Enero 2007;vol.25(nº 1):54-59.
- (80) M. P. Pérez Montero. Impacto de un protocolo sobre estreñimiento en la utilización de laxantes en la comunidad de Navarra. Pamplona: Universidad de Navarra; 2001.
- (81) Saz Peiró P. Medicina Naturista: Definiciones. Med Natur 2000;vol.9(nº 1):1-8.

(82) Wagner H. Los órganos digestivos y purificadores. Curas y tratamientos naturales con cataplasmas. 1ª ed. ed. Barcelona: Océano; 2003. p. 49 - 60.

(83) Gandoy Crego M, Millán Calenti JC, Antelo Martelo M, Jarret Mouris M, Mayán Santos JM. Intervención conductual en el insomnio del anciano. Rev de Psicol Gral y Aplic 2001;vol.54(nº 1):113-118.

(84) Barnes J, Aderson L, Phillipson D. Plantas medicinales. 1ª ed. ed. Barcelona: Editorial Pharma editores; 2005.

(85) P. Ledesma Ramírez. Proceso de enfermería aplicado a un paciente geriátrico en base a la teoría de Virginia Henderson. Mexico: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2006.

(86) Cebrián J. Trastornos digestivos: estreñimiento. Remedios caseros con plantas medicinales. 1ª ed. ed. Barcelona: Integral; 2011. p. 83-115.

(87) Méndez Hernández A, Hernández Hernández A, López Santiago MC, Morales López J. Herbolaria oaxaqueña para la salud. 1ª ed. ed. Mexico; 2009.

9.1 Bibliografía consultada

(1) Guilherme C, Carvallo E, Landeros López M. Relevancia de instrumentos de recolecta de datos en la calidad del cuidado. Enferm Global 2012 Julio 2012(nº27):318-327.

(2) Llor Vilà JL, Manresa Font A, Nogués Orpí I. Medicina natural basada en l'evidència. 1ª ed. ed. Barcelona: Camfic; 2007.

(3) Remes Troche JM. Síndrome de intestino irritable y estreñimiento funcional. Rev Gastroenterol Mex 2010;vol.75(nº2):112-117.

(4) Remes Troche JM. Estreñimiento e incontinencia fecal. Rev Gastroenterol Mex 2010;vol.1(nº75):48-52.

(5) Remes Troche JM. Estreñimiento: evaluación inicial y abordaje diagnóstico. Rev Gastroenterol Mex 2005;vol.79(nº3):313-322.

(6) Remes Troche JM, Gómez Escudero O, Icaza Chávez ME, Noble Lugo A, López Colombo A, Victoria Bielsa M, et al. Guías de diagnóstico y tratamiento del

estreñimiento en México. Tratamiento médico y quirúrgico. Rev Gastroenterol Mex 2011;vol.76(nº2):142-154.

10. ANNEXOS

ANNEX N° I: Classificació de Roma III dels trastorns funcionals digestius
(12).

- A. Trastorns funcionals esofàgics
 - A1. Piroxis funcional
 - A2. Dolor toràctic funcional de possible origen esofàgic
 - A3. Disfàgia funcional
 - A4. Glòbuls esofàgic
- B. Trastorns funcionals gastroduodenals
 - B1. Dispèpsia funcional
 - B1a. Síndrome del malestar pospandrial
 - B1b. Síndrome del dolor epigàstric
 - B2. Trastorn amb eructes
 - B2a. Aerofàgia
 - B2b. Eructes excessius d'origen no específic
 - B3. Trastorns amb nàusees i vòmits
 - B3a. Nàusees idiopàtiques cròniques
 - B3b. Vòmits funcionals
 - B3c. Síndrome de vòmits cíclics
 - B4. Síndrome de ruminació
- C. Trastorns funcionals intestinals
 - C1. Síndrome de l'intestí irritable
 - C2. Inflamació funcional
 - C3. Restrenyiment funcional
 - C4. Diarrea funcional
 - C5. Trastorns intestinals funcionals no específics
- D. Síndrome del dolor abdominal funcional
- E. Trastorns funcionals de la vesícula biliar i l'esfínter d'Oddi
 - E1. Trastorns funcionals de la vesícula biliar
 - E2. Trastorns funcionals biliars de l'esfínter d'Oddi
 - E3. Trastorns funcionals pancreàtics de l'esfínter d'Oddi
- F. Trastorns funcionals anorrectals
 - F1. Incontinència fecal funcional
 - F2. Dolor anorrectal funcional
 - F2a. Proctàlgia crònica
 - F2a1. Síndrome de l'elevador d'anús
 - F2a2. Dolor anorrectal funcional no específic
 - F2b. Proctàlgia fugaç
 - F3. Trastorns funcionals de la defecació
 - F3a. Defecació disinèrgica
 - F3b. Propulsió defecatòria inadequada

ANNEX N° II: Aliments rics en fibra

1. CEREALS INTEGRALS I LLAVORS DE PLANTES HERBÀCIES

Els cereals integrals contenen entre tres i quatre vegades més fibra que els cereals refinats i per consegüent, estan directament implicats en la prevenció d'aquest problema de salut. Una part del **midó** dels cereals no s'assimila i arriba intacte fins al colon, on es comporta com la fibra, afavorint el desenvolupament de la flora intestinal i estimulant el funcionament del colon. Els grans sencers, **mill, quinoa i arròs**, resisteixen davant els sucus gàstrics millor que els cereals triturats (**bulgur**) que són menys estimulants.

2. MISO, GOMASIO I ADEREZOS

Són condiments que aporten fibra als nostres àpats. Recomanats per iniciar una dieta amb alt contingut de fibra ja que desperten els nostre sistema digestiu. El **miso**, a base de soja fermentada, conté fibres i glúcids especialment susceptibles de fermentació. El **gomasio**, gràcies a les llavors de sèsam, aporta cel·lulosa i un complement de lípids que també ajuden a estimular la digestió. No oblidar les herbes fresques (**julivert, eneldo, cebolleta**) i les verdures aromàtiques (**ceba, all, chalote**) amb alt contingut en fibra. Per últim, les espècies, **pebre, guindilla, gingebre** entre altres, contenen substàncies estimulants i actuen sobre tot a l'aparell digestiu.

3. MEL I ALTRES SUCRES ALTERNATIUS

Al sucre refinat no deixa cap residu al colon. La mel no conté fibres però sí substàncies vegetals que estimulen la mobilitat intestinal. La presència d'àcids orgànics, enzimes i residus d'essències vegetals, explicaria les seves virtuts digestives estimulants. La **malta** és lleugerament laxant a causa de la seva concentració de fibres de magnesi. Les fruites seques (**albercoc, cireres, raïm, etc**) contenen alt contingut en fibra (un promig d'un 7% al 15%).

4. LLEGUMS

Els llegums s'impregnen d'aigua i augmenten el volum de la femta i per l'altre, contenen certs glúcids poc digeribles que arriben intactes al colon i provoquen fermentacions que estimulen els moviments peristàltics de l'intestí. Els cigrons són un bona font de fibra (al voltant del 7%). Les mongetes roges poden produir inflamació del ventre i flatulències. Són més preferible les mongetes blanques petites o les verdes que contenen menys glúcids fermentats i tenen un efecte beneficiós pel trànsit. Els pèsols gràcies a l'embolcall no són irritants. Les faves són un complement ideal, ja que són riques en fibra i en lípids que estimulen el trànsit.

5. FRUITA RICA EN FIBRA

La fruita té un efecte regulador. La seva aportació hídrica, millora la hidratació del contingut intestinal, augmentant així el volum de la femta. Les fruites més beneficioses pel seu alt contingut en fibra són els **kiwis, gerd, figues i raïm**. Les llavors que contenen superen inalterades l'atac dels sucus gàstrics i estimulen el trànsit en tot el recorregut fins al recte. Les

fruites roges, com les groselles i els gerds, són especialment riques en fibra per la seva pell i les seves llavors, sent uns laxants si es mengen senceres. Les cireres i les peres contenen també difenilisatina i sorbitol, que estimulen el trànsit. Aquesta mateixa virtut la trobem en les prunes. Remarcar que la fibra és menys efectiva en les fruites quan aquestes han passat un procés de cocció.

6. COL I VERDURES RIQUES EN FIBRA

Les verdures contenen sobretot fibres suaus (pectines i hemicel·lulosa) que complementaran l'acció de la cel·lulosa als cereals. La col és interessant per la seva aportació en fibra, però també, per la seva concentració de sofre, un antisèptic natural que equilibra la flora intestinal. A més, també hi ha la possibilitat d'introduir en els nostres menús altres hortalisses com el hinojo, porro, api, panís, etc. El pebrot i al tomata on la seva pell és rica en cel·lulosa, estimula el trànsit tant cru com cuit.

7. AIGUA

La hidratació del bolus alimentari és el punt que tenen oblidat les persones que pateixen restrenyiment. No obstant, no serveix l'augment exagerat d'aportació d'aigua però sí, corregir les pautes hídriques de la persona. Recomanen beure almenys 1,5L repartit al llarg del dia. En cada àpat s'intentarà beure dos vasos d'aigua, aproximadament de 300ml, ja que d'aquesta manera la hidratació dels aliments, permetrà que aquests es conservin el volum i d'aquesta manera s'estimularà el tub digestiu. L'aportament hídric, es complementarà amb dos vasos d'aigua entre els àpats més un got d'infusió per completar les necessitats diàries. S'intentarà escollir aigua amb un elevat contingut de magnesi, un element que augmenta la velocitat del trànsit i millora la tonacitat dels músculs intestinals. No obstant, aquest tipus d'aigua s'haurà d'alternar amb altres de més lleugeres.

8. PURES AMB LLAVORS OLIAGINOSES

Els pures de **sèsam**, **d'ametlles** o **de cacauets** són bones fonts de fibra, sobretot de cel·lulosa. Per altra banda, equilibren el trànsit intestinal gràcies a la seva aportació de grasses que estimulen la vesícula i el pàncrees. També les **llavors oleaginoses** (ametlles, pinyons, nous, etc) tenen un contingut elevat en fibres, un promig d'un 8% i tenen efecte laxant. La **nou de coco** ratllada té les mateixes virtuts amb un 17% de fibra que enriqueix fàcilment els aliments dolços.

9. INFUSIONS ESTIMULANTS

Begudes en forma d'infusió, augmenten les aportacions d'aigua al llarg del dia. l'ideal que es recomanaria seria prendre dos vasos diàries (matí i tarda) de manera regular. Es poden associar diverses plantes laxants i barrejar-se entre elles; **til·la**, **flor de azhar**, **berbena**, entre altres que s'especificaran més endavant en l'apartat de fitoteràpia.

10. COMPLEMENTES ALIMENTARIS

Són els complementes que poden acabar de donar un sabor especial als nostres plats i proporcionar-nos la qualitat nutritiva que volem aconseguir. El **salvat de blat** conté una

proporció elevada de cel·lulosa, un 70% aproximadament. El germen de blat és molt menys agressiu per la mucosa digestiva i conté menys fibra, un 10%, però esmentar que és un complement interessant per la seva riquesa en vitamines, minerals i àcids grassos insaturats. Pel que fa referència a les **algues deshidratades**, aquestes s'hauran d'hidratar abans d'utilitzar-se. Contenen mucíl·lags i són importants perquè alimenten a la flora bacteriana de l'intestí i garantitzen el seu desenvolupament i equilibri. **L'agar-agar** és un producte que s'extreu de les algues roges que contenen mucíl·lags, tenint la capacitat de saturar-se d'aigua i en conseqüència provoquen l'efecte estimulant desitjat. Aquest complement és efectiu en cas d'inflamació del ventre i resulta molt vàlid per lluitar suament contra el restrenyiment, augmentant el volum de matèria fecal i equilibra la flora intestinal, afavorint d'aquesta manera la regularitat del trànsit intestinal (2).

ANNEX N° III: Història de la fitoteràpia

Les plantes medicinals formen part de les històries més antigues de les civilitzacions humanes. Diferents civilitzacions han relacionat les espècies vegetals amb diferents divinitats o esperits guardians encarregats de la pròpia protecció de la planta. Fins al segle I aC, l' utilització de les plantes estigué estrictament lligada a cerimònies rituals o màgiques. Amb el temps la medicina racional comença a adquirir major importància. La malaltia comença a ser considerada un fenomen natural on la seva cura no estava lligada a cerimònies màgiques o rituals. D'aquest fet, la medicina herbal es separa del símbol característic de les creences ancestrals. Entre els anys 2.500 y 3.000a.C, l'emperador Sheng-Nung prova una llarga sèrie de plantes per conèixer de primera mà els efectes que tenien sobre l'organisme. L'Emperador Roig afirma que el jengibre era la millor planta i afavoria el retràs de l'envelliment. La herbologia segueix sent un aspecte important de la medicina xina tradicional, en la que es prescriuen herbes segons els principis d'aquesta medicina, inclosa la teoria Wu Xing dels cinc elements i el reequilibri de l'energia. L'antiga medicina egípcia, fa referència a les pràctiques curatives habituals al voltant de l'any 3300aC. La medicina tradicional índia, l'Ayurveda, considera que tant les herbes com la dieta tenen una importància fonamental i diverses de les principals herbes ayurvèdiques segueixen utilitzant-se avui dia. En les civilitzacions mesoamericanes, des de l'any 2.000aC fins la conquesta de Mèxic, els metges de l'imperi asteca utilitzaven moltes herbes per prevenir, tractar i curar malalties. Els grecs foren els primers en sistematitzar els coneixements adquirits fins llavors. L'any 400 a.C, Diocles escriu el primer llibre sobre herbes conegut a Occident. Durant el segle I, es prepara el primer herbolari il·lustrat. Al segle IX, els monestirs es converteixen en els centres més importants d'estudi de les plantes medicinals. En el segle XVII, els immigrants europeus que conquistaren Amèrica descobrien els remeis medicinals herbals i els introdueixen a Europa. Tot i així, a partir del segle XVIII i XIX amb el descobriment de la fabricació de fàrmacs curatius, es provoca una decadència a l'herboristeria, encara que aquesta no desapareix del tot, establint institucions que remarquen la importància i la continuïtat d'aquesta medicina natural. Avui dia trobem un desenvolupament i una divulgació permanent d'aquesta teràpia,

la recerca d'un espai cada vegada més ampli per l'ús de les plantes medicinals dins els problemes de salut, dins d'una teràpia alternativa i/o complementària (55,35).

El coneixement de les propietats curatives de les plantes i els seus efectes sobre les diverses malalties, es transmet de generació en generació, a través de la història i dels escrits. Les plantes han ajudat a les persones i continuarà sent una forma natural i eficaç de curar la malaltia i preservar la salut de l'ésser humà (35). El professor soviètic Pavlov, afirma que no solament hi ha curació en les plantes, sinó també prevenció manifestada en el seu caràcter fortificador. Per altra banda, el professor R. Willstätter, afirma que les fulles de les plantes medicinals són una petita fàbrica de productes químics que constitueixen la font de la vida. L'investigador Volgyesi revela que malgrat els nous avanços dels productes químics, els materials actius d'origen natural encara estan sota vigència on actualment no es posa en dubte els valors curatius o preventius de les plantes medicinals. El professor L. Buga sosté que les plantes i les mesclades que se'n deriven, tenen un efecte complex que no es pot aconseguir amb cap altre producte químic. Els resultats dels últims anys es manifesten amb la importància i les possibilitats de les herbes en el seu impacte positiu als òrgans, els quals tendeixen a defensar-se davant els processos patològics, buscant la recuperació i/o restitució. Adriana Hoffmann, biòloga i botànica xilena i et al. autors del llibre "*Plantas medicinales de uso comun en Chile*", confirmen l'efectivitat de les plantes al mencionar el fet que molts productes sintètics han desaparegut després d'un període curt d'aparició, mentre que les plantes medicinals han resistit al pas del temps i avui dia encara continuen estant vigents (55).

ANNEX N° IV: Remeis casolans amb plantes medicinals per combatre el restrenyiment (86).

DECOCCIÓ PEL RESTRENYIMENT	
Ingredients	10g d'escorça de freixe, escorça de fràngula, escorça de sauco i fruits d'espí cerval.
Preparació	Proporció d'1 cullerada sopera de tots els ingredients per cada got d'aigua. Bullir 10' i deixar reposar 15' més
Freqüència i precaucions	2 gots al dia i l'última abans d'anar al llit. No prendre 3 o 4 de seguits. Acompanyar amb consum d'aigua.

FIGUES CONTRA EL RESTRENYIMENT SUAU	
Freqüència	Prendre dos figues o bé, 3 cullerades de xarop al dia.

FÓRMULA PEL RESTRENYIMENT PERSISTENT	
Ingredients	A parts iguals, pastanaga, fràngula, malva, dent de lleó i polioli.
Preparació	Bullir durant 2' 1 cullerada sopera per cada got d'aigua i deixar reposar 10'.
Freqüència i precaucions	Prendre 3 gots al dia després dels àpats, començant a dosis baixes i augmentant-les gradualment. Reforçar amb dieta rica en fibra vegetal.

FÓRMULA LAXANT	
Ingredients	Quantitats de 40g, llavors de pastanaga, ispàgula i lli més 10g de fenoll.
Preparació	1 cullerada sopera per cada got d'aigua. Bullir la mescla i mantenir una hora en maceració i anar removent. Filtrar evitant que no hi hagi cap tipus de partícula sòlida.
Freqüència	Prendre 3 gots al dia.

DECOCCIÓ LAXANT	
Ingredients	20g de rizoma fresca de ruibard per mig litre d'aigua
Preparació	Bullir dos minuts, deixar 10' més en infusió i prendre 1 got calent cada nit, 1 hora abans d'anar a dormir.
FÓRMULA LAXANT PER RESTRENYIMENT PUNTUAL	
Ingredients	Arrel de malvavisco i fràngula en quantitats de 40g per planta més 20g d'anís verd.
Preparació	1 cullerada sopera per cada 250ml d'aigua. Bullim 3' i deixem reposar 10. Després ho filtrem.
Freqüència	Beure'l solament a la nit, abans d'anar al llit.

TISANA PEL RESTRENYIMENT	
Ingredients	15g de fulla d'achicoria, grosella negra i flor de til·ler per cada litre d'aigua.
Preparació	Bullir les herbes i deixar reposar 10' i filtrar-ho.
Freqüència	Es recomana un got al dia, una hora abans d'anar-se'n a dormir.

INFUSIÓ CONTRA EL RESTRENYIMENT	
Ingredients	1 cullerada de llavors de lli per cada got d'aigua.
Preparació	Quan l'aigua comenci a bullir, tirar les llavors. Retirar-les del foc i mantenir 10' en infusió. Filtrar-les i afegir 1 cullerada de mel per millorar el sabor.
Freqüència	Prendre un got en dejú i el segon a la nit

ANNEX N° V: Glossari de plantes medicinals per combatre el restrenyiment (53).

<u>AJENJO</u>	
NOM CIENTÍFIC	<i>Artemisia absinthium</i>
FAMÍLIA	<i>Compuestas</i>
DESCRIPCIÓ	La família de les Compostes és a Xile la més àmplia, amb 157 gèneres i casi 1.000 espècies. El mal gust de l'ajenjo fa que tingui un potencial terapèutic elevat.
PROPIETATS MEDICINALS	El seu principi amarg fa que provoqui una forta estimulació sobre l'aparell GI, augmentant les secrecions.
RECOMANACIONS	Infusions: Una cullerada petita de fulla i flors per un got d'aigua bullida. Beure 1 o 2 veg/dia.
PRECAUCIONS	No consumir en quantitats elevades ja que pot produir convulsions i indigestions.

<u>ALL</u>	
NOM CIENTÍFIC	<i>Allium sativum</i>
FAMÍLIA	<i>Al·liàcies</i>
DESCRIPCIÓ	
PROPIETATS MEDICINALS	L'all té qualitats antibiòtiques i antimicòtiques, que fan que sigui un excel·lent tractament per problemes del tracte digestiu.
RECOMANACIONS	Administrat com a condiment d'alguns àpats, com a enema i/o tintures. L'enema consistirà en triturar un o dos alls barrejar-los en un got d'aigua. Introduir el líquid via anal o sinó en forma de supositori.

<u>ÀLOE VERA</u>	
NOM CIENTÍFIC	<i>Aloe ferox</i>
FAMÍLIA	<i>Aloaceae</i>
DESCRIPCIÓ	És una família d'àmplia difusió, especialment abundant en regions tropicals i subtropicals on la gran majoria de les espècies s'han

	utilitzat com a laxants. Els antraglucòsids es concentren principalment a l'escorça.
PROPIETATS MEDICINALS	Laxants estimulants. Com a laxant s'utilitza l'acíbar, suc de les fulles de les plantes.
PRECAUCIONS	Pot produir més còlics i irritació que altres laxants estimulants.

BAILAHUEN

NOM CIENTÍFIC	<i>Haplopappus</i>
FAMÍLIA	<i>Compostes</i>
DESCRIPCIÓ	El gènere Haplopappus té 160 representants a Amèrica. És una planta popular i una de les més antigues com a beneficiosa en teràpia medicinal.
PROPIETATS MEDICINALS	Efectes tòncics en l'aparell digestiu, per la seva capacitat d'estimular la funció gàstrica.
RECOMANACIONS	Bullir mig litre d'aigua i dos cullerades de bailahuen. Prendre un got en cada àpat.

BOLDO

NOM CIENTÍFIC	<i>Peumus boldus</i>
FAMÍLIA	<i>Monimiàcia</i>
DESCRIPCIÓ	Les fulles són persistents i aromàtiques, la part utilitzada de la planta. La seva propagació es veu dificultosa per la lentitud de la germinació de les llavors. Espècies xilena més difosa a nivell mundial.
PROPIETATS MEDICINALS	Estimulant de la digestió. S'utilitza per tractar afeccions digestives lleus com el restrenyiment entre altres.
RECOMANACIONS	Infusió: Bullir fulles de boldo. Prendre calent i sobretot després dels àpats.

Un excés de boldo pot provocar irritació renal causada per l'oli essencial

BORRAJA

NOM CIENTÍFIC	<i>Borago officinalis</i>
FAMÍLIA	<i>Boragináceas</i>

DESCRIPCIÓ	La borraja està estesa per tota Europa i Amèrica. La planta és àspera, arruga i coberta de vellositat blanca. El fruit consisteix en quatre petites nous.
PROPIETATS MEDICINALS	Trastorn GI sobretot laxant, ja que el seu component actiu principal és el mucíl·lag.
RECOMANACIONS	Infusió: una cullerada sopera de fulles seques i triturades per un got d'aigua. Beure de tres a quatre gots al dia.

CANYA DE FÍSTULA

NOM CIENTÍFIC	<i>Cassia fístula</i>
FAMÍLIA	<i>Fabaceae</i>
DESCRIPCIÓ	Arbre natiu d'Àsia Tropical. La droga és la polpa del fruit dissecada.
PROPIETATS MEDICINALS	Laxants estimulants i força recomanat en gent gran pel seu baix contingut en antracènòsids i el seu alt contingut en mucíl·lags i pectines.
RECOMANACIONS	De 4 a 8g/dia actua com a laxant suau i 30 o més grams/dia ho fa com a purgant.
PRECAUCIONS	No utilitzar la Canya de fístula més de 5 dies. Vigilar perquè pot ocasionar escalfred estomacal.

CEBA

NOM CIENTÍFIC	<i>Allium cepa</i>
FAMÍLIA	<i>Aliaceas</i>
DESCRIPCIÓ	Originària de Pèrsia però difosa a nivell mundial. La ceba és una planta perenne on del bulb surten les fulles de la planta.
PROPIETATS MEDICINALS	Alleuja els trastorns intestinals i gàstrics, elimina els paràsits intestinals i desinfecta l'aparell digestiu.
RECOMANACIONS	Es cuina a foc lent un parell de cebes trossejades amb un litre d'aigua on s'agrega una mica de llet.

CLOSCA SAGRADA

NOM CIENTÍFIC	<i>Rhamnus purshiana</i>
FAMÍLIA	<i>Rhamnaceae</i>
DESCRIPCIÓ	Es caracteritza per les seves flors petites i verdoses i els fruits de color negre. La substància vegetal utilitzada és l'escorça de les rames i el tronc, dissecada, sencera o fragmentada. Els antraglucòsids són els responsables de la major part de l'activitat.
PROPIETATS MEDICINALS	L'efecte laxants estimulants i purgant és més dràstic que els de la fràngula. També presenta activitat colagoga i hipercolesterolèmia. Actua a l'intestí gros augmentant el peristaltisme.
RECOMANACIONS	Una sola dosi de 0.3 a 1g d'escorça seca polvoritzada o bé amb infusió de 1,5 a 2g d'escorça seca amb 150ml d'aigua calenta.

El 2004, el Ministeri de Sanitat espanyol va prohibir la venda lliure per raons de toxicitat.

DENT DE LLEÓ

NOM CIENTÍFIC	<i>Taraxacum officinale Weber</i>
FAMÍLIA	<i>Compostes</i>
DESCRIPCIÓ	És una planta àmpliament difosa a nivell mundial. Les fulles es recol·lecten abans de la floració i les arrels durant la primavera i la tardor.
PROPIETATS MEDICINALS	És un laxant osmòtic suau. És una planta amb propietats depuratives, utilitzada per combatre el restrenyiment.
RECOMANACIONS	Decocció de les arrels i les fulles: una cullerada sopera per got i bullir dos minuts. Tres gots al dia abans dels àpats.
PRECAUCIONS	Pot provocar molèsties gàstriques.

ETER

NOM CIENTÍFIC	<i>Artemisia abrotanum</i>
FAMÍLIA	<i>Compuestas</i>
DESCRIPCIÓ	Arbust petit que desprèn una olor particular.

PROPIETATS MEDICINALS	Dolències digestives i estimula l'apetit.
RECOMANACIONS	Infusió: una cullerada sopera de planta per un got d'aigua bullida. Beure una o dos vegades al dia.

FRÀNGULA

NOM CIENTÍFIC	<i>Frangula alnus</i>
FAMÍLIA	<i>Rhamnaceae</i>
DESCRIPCIÓ	Planta abundant en boscos de zones humides. Com a laxant s'utilitza l'escorça del tronc i les rames.
PROPIETATS MEDICINALS	Laxants estimulants.
RECOMANACIONS	Preparacions diàries de 20 a 30mg.
PRECAUCIONS	L'escorça s'ha de guardar durant un any i s'ha d'envellir per mètodes tèrmics per l'oxidació de les antrones.

GOMA STERCULIA

NOM CIENTÍFIC	<i>Sterculia</i>
FAMÍLIA	<i>Sterculiaceae</i>
DESCRIPCIÓ	Posseeix una escassa solubilitat en aigua, però s'infla fins obtenir diverses vegades el seu volum original.
PROPIETATS MEDICINALS	Laxants que proporcionen increment del bolus intestinal
RECOMANACIONS	Dosis de 8g fins 3 vegades al dia, sola o associada a àloe, fràngula, sals de magnesi, etc.

ISPÀGULA

NOM CIENTÍFIC	<i>Plantago ovata</i>
FAMÍLIA	<i>Plantaginaceae</i>
DESCRIPCIÓ	És l'espècie dins d'aquesta família on les llavors contenen major contingut en mucíl·lags.
PROPIETATS MEDICINALS	Laxants que proporcionen increment del bolus intestinal

RECOMANACIONS	La dosi oral és de 7 a 30g/dia de llavors repartits en 2-3 preses. Es pot utilitzar macerada en dejú, depositant una cullerada sopera de llavors triturades en mig got d'aigua i deixar macerar durant una hora.
PRECAUCIONS	Tarda entre 12 i 72h a produir efecte.

LENGUA DE VACA

NOM CIENTÍFIC	<i>Rumex crispus</i>
FAMÍLIA	<i>Polygonaceae</i>
DESCRIPCIÓ	S'utilitza l'arrel de la planta.
PROPIETATS MEDICINALS	La planta té propietats purgatives i lleugerament colaginoses. S'utilitza des de temps remots per tractar el restrenyiment i específicament la psoriasis acompanyada de restrenyiment.
RECOMANACIONS	Arrel seca: 2 a 4g o per decocció tres veg/dia

LLANTÉN

NOM CIENTÍFIC	<i>Plantago major L.</i>
FAMÍLIA	<i>Plantagináceas</i>
ALTRES NOMS	Pillunhueque, llengua de vaca, plantago, etc
DESCRIPCIÓ	Planta perenne de petita alçada que creix en zones ombrívoles. Les flors estan agrupades en una espiga de tall llarg.
PROPIETATS MEDICINALS	Aquesta planta conté mucílags, laxants que proporcionen increment del bolus intestinal. La ingestió de llavors crues combat el restrenyiment.
RECOMANACIONS	Prendre una cullerada de llavors amb els àpats i ingerir abundant aigua perquè d'aquesta manera les llavors es convertiran em massa fecal.

LLÍ

NOM CIENTÍFIC	<i>Linium usitatissimum</i>
FAMÍLIA	Linaceae
DESCRIPCIÓ	La substància vegetal que s'utilitza és la llavor dissecada i madura, coneguda com a linaza.

PROPIETATS MEDICINALS	Mucílag àcid. Laxant que incrementar del bolus intestinal.
RECOMANACIONS	5g/dia de llavors juntament amb abundant ingesta hídrica. També es pot utilitzar macerada: 3 cullerades en maceració durant 8-12h i prendre dos vegades al dia amb aigua.
PRECAUCIONS	No mastigar per evitar l'alliberació de l'oli i els heteròsids.

MALVA

NOM CIENTÍFIC	<i>Malva parviflora</i>
FAMÍLIA	<i>Malvaceas</i>
DESCRIPCIÓ	La malva és nativa a Europa. Herba perenne, coberta de pels simples. Floració primaveral.
PROPIETATS MEDICINALS	El component actiu de la malva és el mucílag. Propietats antiinflamatòries i descongestionant. El seu efecte laxant té la capacitat d'actuar lubricant les parets internes dels intestins.
RECOMANACIONS	Infusió: quatre cullerades d'herba seca bullida amb aigua. Mantenir en repòs de 5 a 20 minuts. Prendre tres gots diaris. Menjada: Es bull fulles fresques amb aigua i s'amaneix amb oli i sal. Menjar dos vegades al dia.
PRECAUCIONS	Els mucílags a dosis baixes, disminueixen els moviments peristàltics.

MELÓ REUMA

NOM CIENTÍFIC	<i>Ecballium elaterium</i>
FAMÍLIA	<i>Cucurbitáceas</i>
DESCRIPCIÓ	Nativa del mediterrani. Herba perenne d'arrel carnosa amb talls ramificats i fulles aspres. El fruit és un cogombre verd, recobert de pès blanques i triangulars.
PROPIETATS MEDICINALS	Utilitzant com a purgant.

RECOMANACIONS	Prendre en forma de suc, premsant els fruits abans de la seva maduració. Beure una cullerada tres vegades al dia.
PRECAUCIONS	Té un efecte intens com a purgant. Vigilar la seva administració.

NOGUER

NOM CIENTÍFIC	<i>Juglans regia</i>
FAMÍLIA	<i>Juglandáceas</i>
DESCRIPCIÓ	Els seus fruits són les nous on contenen les llavors comestibles i riques en olis.
PROPIETATS MEDICINALS	Té un efecte depuratiu.
RECOMANACIONS	Infusió: és bull les fulles de l'arbre. Beure dos gots al dia.

PINGO-PINGO

NOM CIENTÍFIC	<i>Ephedra andina</i>
FAMÍLIA	<i>Efedráceas</i>
DESCRIPCIÓ	Habita en zones seques. És un arbust de floració agost i febrer amb el fruit carnós, de color rosat i comestible.
PROPIETATS MEDICINALS	Depurativa
RECOMANACIONS	Infusió: es prepara amb les rames i/o arrel en una cullerada plena per un got d'aigua bullida. Beure tres a quatre gots al dia.

<u>PLANTAGO</u>	
NOM CIENTÍFIC	<i>Plantago</i>
FAMÍLIA	<i>Plantaginaceae</i>
DESCRIPCIÓ	Les llavors tenen alt contingut de mucíl·lags àcids.
PROPIETATS MEDICINALS	Ús en colon irritable i restrenyiment habitual crònic. També té efecte protector de la mucosa. Laxants que proporciona increment del bolus intestinal.
PLANTES	Saragatona, ispàgula, entre altres.

<u>SARAGATONA</u>	
NOM CIENTÍFIC	<i>Plantago psyllium</i>
FAMÍLIA	<i>Plantaginaceae</i>
DESCRIPCIÓ	Les llavors d'aquesta planta són riques en mucíl·lags àcids.
PROPIETATS MEDICINALS	Laxants que proporcionen increment del bolus intestinal
RECOMANACIONS	La dosi oral diària és de 10-30g de llavors, ingerides seguidament d'aigua.

<u>SEN</u>	
NOM CIENTÍFIC	<i>Cassia</i>
FAMÍLIA	<i>Fabaceae</i>
DESCRIPCIÓ	Àmplia distribució en els tròpics d'Àfrica, Amèrica i Àsia. Arbust petit amb fulles complexes on el fruit de la planta és un llegum.
PROPIETATS MEDICINALS	Tant les fulles com els fruits presenten activitat laxants estimulants.
RECOMANACIONS	La dosi individual d'infusió es adequada és la més petita necessària per produir l'efecte laxant. La dosi recomana és de 15 a 30mg, administrats a la nit. També es pot utilitzar en forma de tisana.
PRECAUCIONS	Alhora d'utilitzar el fruit, s'ha d'eliminar la llavor ja que es considera irritant. No administrar si existeix alguna inflamació intestinal.
La OMS, al 1999, aprova el Sen en la seva utilització en el tractament del restrenyiment ocasional durant curts períodes de temps	

<u>RUIBARBE</u>	
NOM CIENTÍFIC	<i>Rheum officinale</i>
FAMÍLIA	<i>Polygonaceae</i>
DESCRIPCIÓ	Plantes herbàcies de dos metres d'altura i originàries de Sibèria, Àsia oriental, Xina i el Tibet.
PROPIETATS MEDICINALS	Laxants estimulants derivat antraquinònic en dosis altes i en dosis baixes té efecte antidiarreic.
RECOMANACIONS	A dosis altes, 200-500mg de pols al dia té un efecte laxant. També utilitzables en forma d'infusió amb 0,1-0,2g/150ml d'aigua.

(53- 55, 87).

ANNEX N° VI: Història de la reflexologia podal

La reflexologia podal és un mètode practicat a la Xina, Egipte, Índia, Kenya i certs tribus d'indis americans, la qual cosa fa pensar en algun tipus de vinculació que sobrepassa el lògic enteniment racional. Alguns autors citen certs sistemes de pressió de peus i mans que eren utilitzats com a tècnica terapèutica per alguns metges centreeuropeus en l'Edat Mitjana, mencionant un personatge famós, Benvenuto Cellini (1500-1571) qui utilitzava aquest procediment per pal·liar els seus dolors reumàtics. Fou a principis del segle XX quan retorna la nova reflexologia podal. El seu autor fou William H.Fitzgerald, dr. en otorinolaringologia qui descobreix aquest mètode Xinès de teràpia. El fet d'atreure l'atenció del col·lectiu mèdic, va ser que pressionant o realitzant massatges sobre certes zones del cos, produïa un efecte en les funcions fisiològiques. El Dr. Fitzgerald desenvolupà el seu treball dividint el cos en 10 zones longitudinals i 3 transversals, donant origen als primers mapes d'anatomia reflexa (57).

ANNEX N° VII: Parts del sistema digestiu afectades en el restrenyiment a nivell podal

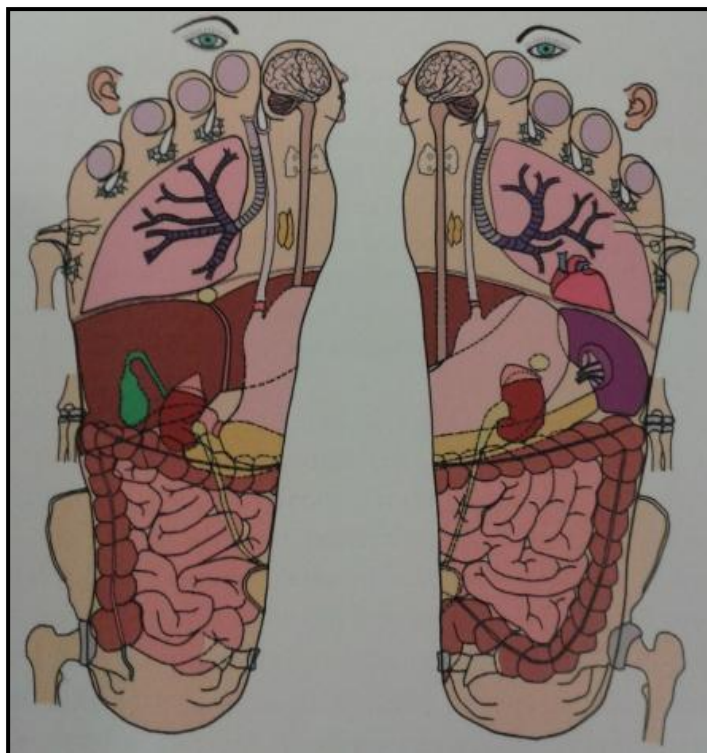


Figura 5: Diagrama reflex de la visió anatòmica plantar

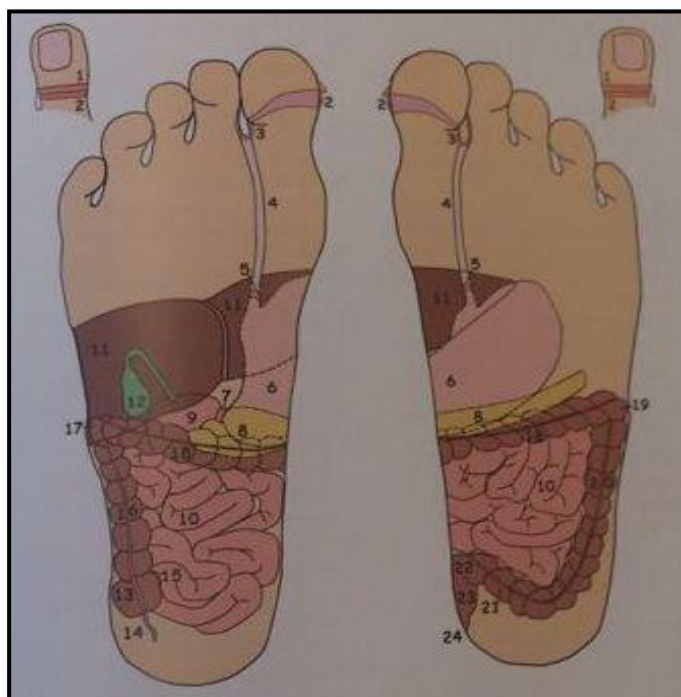


Figura 6: Diagrama reflex del sistema digestiu

1	Maxil·lar superior	13	Cec
2	Maxil·lar inferior	14	Apèndix
3	Faringe	15	Vàlvula ileocecal
4	Esòfag	16	Colon ascendent
5	Càrdias	17	Curva hepàtica
6	Estómac	18	Colon transvers
7	Pílor	19	Curva esplènica
8	Pàncrees	20	Colon descendent
9	Duodé	21	Colon sigmoide
10	Intestí prim	22	Curva sigmoidea
11	Fetge	23	Recte
12	Vesícula biliar	24	Anus

Taula 9 : Diagrama reflex del sistema digestiu



Figura 7: Punt vàlvula ileocecal



Figura 8: Punt apèndix



Figura 9: Punt colon ascendent



Figura 10: Punt colon transvers dret



Figura 11: Punt colon transvers esquerra



Figura 12: Punt colon descendent



Figura 13: Punt recte – anus

ANNEX N° VIII: Manipulacions bàsiques en reflexologia podal

- Tècniques de massatge d'escalfament: s'aplicarà oli per tota la superfície podal. Posteriorment es realitzarà friccions digitals de manera circular des dels dits del peu fins la cama i amb els polzes es traçarà espirals des dels dits fins als talons. A més, friccionarem el peu amb les dos mans, girant cada una en sentit contrari, des de la zona del taló fins als dits. Posteriorment es realitzarà la maniobra de Sándwich, friccionant a la vegada el dors i la planta del peu alhora que fan moviments ascendent i descendent. La mà que baixa pel dors serà sempre la més extensa i l'altra serà la que queda en la part interior. Per últim, es subjectarà el peu amb ambdós mans col·locades en la zona metatarsofalàngica i es realitzaran moviments lliscants des del l'interior fins a la zona dorsal.

- Manipulacions exploratòries: El polze és el dit més adequat per explorar i trobar punts reflexes de molt petita extensió. La tècnica es basa en moments de repòs i pressió del dit sobre la superfície del peu per localitzar els possibles punts reactius. Són fases alternades de pressió i relaxació i avançant en la direcció i sentit que va de la base del peu als dits. Al pressionar sobre un punt o zona reflexa, es produeix una sensació de dolor de tipus punxant.
- Manipulacions dirigides al tractament: Diferenciar en quatre tipus diferents de manipulacions terapèutiques: manipulacions exploratòries (de manera ràpida, intensa i pressionant un instant sobre els punts reflexes), moviments circulars o en espiral (moviments circulars amb la punta del dit polze), moviments vibratoris (sobretot quan el dolor està en el dors o a la planta del peu) i el frec lent i profund (amb la punta dels dits com si es vulgues esborrar tots els punts reflexes).
- Manipulacions sedants del dolor: Quan hi ha presència de dolor intens, l'alleugerim a través de la pressió de la zona reflexa uns segons per disminuir el dolor de manera gradual. La gran pressió que es descarrega, proporciona una inhibició del dolor. Té una finalitat més simptomàtica que pròpiament terapèutica (59,35,60).



Figura 14: Digital dors

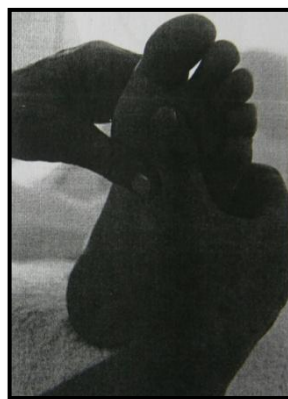


Figura 15: Digital planta podal



Figura 16: Friccionar el peu



Figura 17: Sandwich 1



Figura 18: Sandwich 2



Figura 19: Sandwich 3

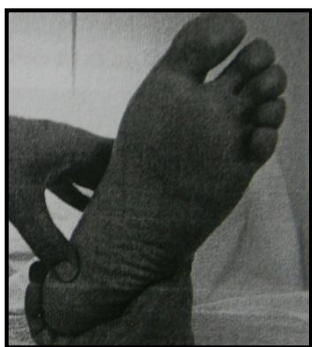


Figura 20: Colon sigmoide



Figura 21: Colon ascendent

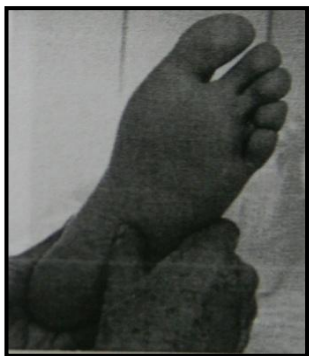


Figura 22: Colon transvers



Figura 23: Colon descendent



Figura 24: Recte



Figura 25: Anus

La preparació de l'ambient per realitzar aquesta pràctica, és un component central de l'èxit de la intervenció, donat que recolza el procés de relaxació de la persona i la creació d'un ambient de confiança i privacitat. Es destaca l'utilització d'olis naturals per aplicar durant el massatge amb una temperatura recomanada entre 22 i 24°C, propiciant un ambient còmode, agradable, tranquil, lliure d'interrupcions o distraccions (4). Durant el desenvolupament de la teràpia, es crea un clima de cooperació i empatia entre el/ terapeuta i el pacient, afavorint de manera natural i espontània una comunicació terapèutica (59). El nombre de sessions va en funció de les pròpies necessitats/resposta del pacient i de la patologia que es tracti. El normal és que oscil·lin entre 6 i 12, però el tractament no s'ha d'aturar tot i que continuï havent-hi dolor o molèsties dels punts reactius. Cada punt dolorós es treballarà entre 4 i 6 vegades, sempre de manera cíclica o alterna. La freqüència setmanal de les sessions augmentarà si es tracta en aquest cas de restrenyiment crònic. No es recomanable efectuar el massatge durant el temps de la digestió del pacient, sinó efectuar-lo passats uns 45'. S'aconsella que el/la pacient no dugui objectes

metàl·lics ni ulleres ni lents de contacte. En les zones molt doloroses a la palpació, efectuar un massatge suau, sense provocar excessiva reacció dolorosa (60).

ANNEX N° IX: Algunes de les escales de valoració del restrenyiment en la persona gran

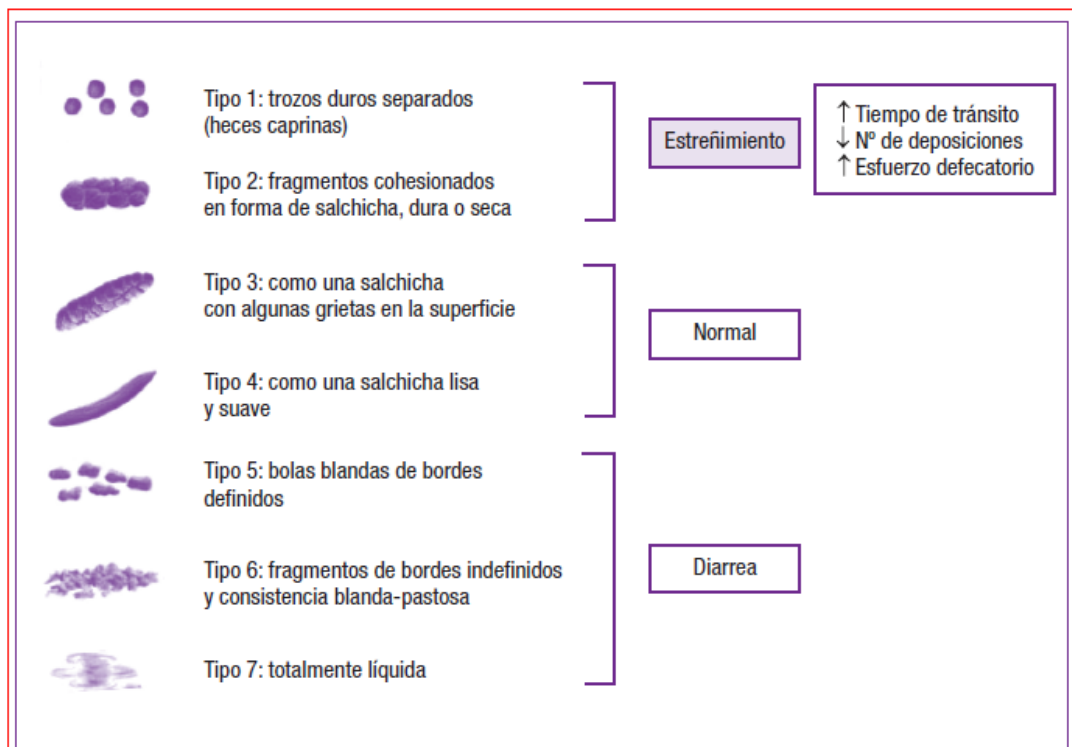
**CUESTIONARIO POSTAL DEL WOODSIDE HEALTH CENTER
(BALBER ET AL.)**

Cuestionario empleado universalmente para detectar ancianos frágiles (desde el punto de vista sanitario "de alto riesgo")

1. Vive solo.
2. Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda.
3. Hay más de dos días a la semana que no come caliente
4. Necesita de alguien que le ayude a menudo.
5. Su salud le impide salir a la calle.
6. Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo.
7. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.
8. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.
9. Ha estado ingresado en el hospital durante el último año.

Si hay una o más respuestas: "anciano de riesgo".

(8).



(69).

ANNEX N° X: Diari d'àpats d'una persona que pateix de restrenyiment

ESMORZAR

- 🌿 1 llimona calenta amb mel
- 🌿 1 llesca de pa de cereals amb mermelada de figues
- 🌿 1 tassa de muesli amb llet de soja i 2 prunes
- 🌿 ½ pomelo

DINAR

- 🌿 1 plat de verdures amb oli verge
- 🌿 2 ous
- 🌿 Quinoa i col tallada a tires
- 🌿 Postre de soja

- 🌿 Macedonia de fruites fresques i avellanes triturades
- 🌿 Pa integral
- 🌿 Infusió estimulant

SOPAR

- 🌿 Sopa de tomata i faves
- 🌿 Amanida composta per panís, api, cogombre entre altres amb oli verge
- 🌿 Formatge
- 🌿 Pera
- 🌿 Pa amb llavors de girasol
- 🌿 Infusió estimulant

(14,41).

ANNEX N° XI: Receptes amb alt contingut de fibra

SALSES I CONDIMENTS

<p style="text-align: center;"><u>MAIONESA SENSE OU AMB PURÉ D'AMETLLES</u></p> <p>Barrejar el puré d'ametlles amb la sal, el suc de llimona i el cafè. Afegir l'oli molt lentament al mateix temps que es va barrejant tota la mescla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 4 cullerades soperes d'oli de càrtam ● 1 cullerada sopera de puré d'ametlles ● 1 cullerada de cafè ● 1 cullerada sopera de suc de llimó ● Sal
<p style="text-align: center;"><u>BEIXAMEL AMB OLI D'OLIVA</u></p> <p>Amb l'oli calent es fica la farina perquè adquireixi color. Es fica en un recipient i es deixa refredar. Barrejar aquesta farina en mig litre d'aigua freda o en el brou. Escalfar al foc i deixar coure entre tres i quatre minuts mentre es va remonent. Afegir sal al gust.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 4 cullerades soperes de farina semintegral ● 2 cullerades soperes d'oli de sèsam o d'oliva ● 1/2L d'aigua o brou de verdures
<p style="text-align: center;"><u>SÈSAM DOMÈSTIC</u></p> <p>Es torra el sèsam amb sec, remonent contínuament. Es sap quan les llavors estan fetes perquè s'aixafen amb facilitat amb els dits i a la boca tenen un sabor a torrat i han perdut el</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 12 cullerades de sèsam integral ● 1 pisca de sal marina gris fina

gust de llavor crua. Es necessari provar les llavors varies vegades durant la cocció (entre 10 i 15 minuts). Quan estan, s'apaga el forn i es passa el sèsam ràpidament a un recipient fred, ja que les llavors una vegada han arribat al punt de cocció òptim, es cremen molt ràpid i es tornen amargues. En el mateix recipient es posa a torrar la sal durant uns 2-3 minuts per treure la humitat. Es barreja la sal amb el sèsam i es xafa la mescla amb un morter de tal manera que tot quedi ben barrejat. Així és com s'aconsegueix el sèsam. Aquest pot guardar-se uns 8 – 10 dies.

AMANIDES I PRIMERS PLATS

AMANIDA DE CHOUCROUTE SENSE VINAGRETA

- 1 remolatxa cuita
- 3 patates cuites
- 2 pastanagues cuites
- 1 ceba
- 100g de choucroute crua natural

Tallar les verdures en talls petits. barrejar-les amb el choucroute cru, preferiblement amb una mitja hora avanç perquè les verdures tinguin temps d'impregnar-se de sal i l'acidesa del choucroute.

AMANIDA DE COL

- 1 col petita
- 1 poma
- ½ llimó
- 1 pruna
- 2 cullerades d'oli

Tallar a tires fines la col, deixant de banda la part dura de la base. Pelar la poma, buidar-la i tallar-la en làmines fines. Barrejar-la amb la col. Preparar la vinagreta amb una pruna, el suc de mig llimó i l'oli. Afegir l'amanida i deixar reposar unes minuts avanç de servir.

ARRÒS AMB LLENTIES I CEBES

- 200g d'arròs semintegral
- 100g de lleties
- 3 cebes
- 3 o 4 fulles de sàlvia
- Comí (1 culleradeta de cada)
- Oli d'oliva o sèsam

Es calenta un litre d'aigua amb una cullerada soperada d'oli i dos o tres fulles de sàlvia. en un altre recipient es bull les lleties durant 5 minuts. Es renta l'arròs amb aigua per treure el midó. Es barreja l'arròs amb les lleties on s'afegeix aigua calenta amb oli i sal. S'afegeix mitja cullerada de comí en pols. es barreja i es posa a bullir entre 40 i 50 minuts. Es tallen les cebes per la meitat en làmines fines. Escalfar bé l'oli i daurar la ceba. Es col·loca la ceba sobre la barreja de l'arròs i les lleties ben calentes.

<p><u>TRUITES D'ARRÒS</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 400g d'arròs semintegral ● 1 ceba ● 1 pebrot roig ● 1 cullerada de llavors de fonoll ● 1 cullerada sopera de maicena ● Oli i sal
<p>Es talla la ceba i el pebrot i es dauren juntament amb oli. Es barregen amb l'arròs, el fonoll, la sal i la maicena. Amassar fins aconseguir una massa amb resistència. Escalfar bé en una paella amb poc oli. Amb les mans es forma unes boles i després aplanar-les i fregir-les 2 o 3 minuts per cada costat.</p>	
<p><u>ARRÒS VEGETARIÀ</u> (Ingredients per a 4 persones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 250g d'arròs ● ¼ de mongeta verda ● 3 dents d'all ● Aigua o brou de verdures ● 2 pastanagues i pebrot ver o roig ● Xampinyons ● 1 carabassó ● Algues Iziki ● Oli, orenga i sal
<p>Es posa a remullar les algues amb aigua freda on al mateix temps en una olla es fregeix la ceba amb el pebrot. S'afegeix els alls, els xampinyons i el carabassó. Es talla la mongeta i la pastanaga i s'afegeix on posteriorment s'afegeixen les algues i l'arròs. Es deixa bullir ¾ d'hora a foc lent. Abans d'acabar de coure s'afegeix l'orenga.</p>	

VERDURES

<p><u>PLAT VERDURES</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 2 porros ● 2 pastanagues 1 ceba ● ¼ d'api ● ¼ de carabassa ● Oli ● Llorer ● Sal
<p>Es salteja la ceba tallada durant 5 a 6 minuts en dos cullerades soperes d'oli de gira-sol i d'oliva. S'afegeix la pastanaga i l'api. S'afegeix dos vasos d'aigua, es porta a ebullició i es deixa coure a foc sua durant 10 minuts. S'afegeix els porros, un vas d'aigua bullitn5 minuts. Finalment s'afegeix la carabassa, dos vasos més d'aigua, les herbes i es porta altra vegada a ebullició i es cou a foc sua durant 5 minuts. En aquest punt s'afegeix mig litre d'aigua i quan</p>	

comenci a bullir es deixa coure suaument 30 minuts.

POSTRES

GRATINAT DE FIGUES

- 2 cullerades soperes de farina de soja
- 2 rovells d'ou
- Sal
- Llavors: sèsam, pinyons i festucs.

Passar per la batidora les figues amb la farina, els rovells i una mica de sal. Estendre en un recipient, espolsar les llavors i coure 20 minuts al forn.

BEGUDES

INFUSÍO ESTIMULANT

Escalfar un litre d'aigua fins aconseguir el bull. S'afegeix dos pessics de cada planta: anís, sàlvia, camamilla i alfàbrega. Es cobreix i es deixa reposar 5 a 8 minuts. Es beu calent, possiblement sense sucre. Beure una o dos gots diaris.

SUC DE VERDURES DE FERMENTACIÓ LÀCTICA

Suc de remolatxa, pastanaga, mixt de verdures i de choucroute. Beure un got al començament dels àpats.

(2).

ANNEX N° XII: Diverses taules referenciades en el text

MEDICAMENTS DE RECEPТА	AUTOMEDICACIÓ MEDICAMENTS DE VENTA LLIURE
<ul style="list-style-type: none"> - Antidepressius - Antiepilèptics - Antihistamínics - Medicació antiparkinsoniana - Antipsicòtics - Antiespasmòdics - Bloquejadors dels canals de calci - Diürètics - Inhibidors de la monoamino oxidasa - Opiacis - Simpatomimètics - Antidepressius tricíclics 	<ul style="list-style-type: none"> - Antiàcids - Agents antidiarreics - Suplements de calci i ferro - Agents antiinflamatoris no esteroides

Taula 10: Medicaments que s'associen al restrenyiment (13).

PREPARACIONS LÍQUIDES	CARACTERÍSTIQUES
SUCS	<p>Alt contingut en nutrients. Obtinguts per expressió mecànica de la droga vegetal.</p> <p>Presenten problemes d'estabilitat i es recomana administrar-los recentment després de la seva obtenció.</p>
MACERAR	<p>Maceració del principi actiu a temperatura ambient, utilitzant aigua, oli o alcohol com a dissolvents. El temps varia segons el dissolvent a tractar.</p>
INFUSIONS	<p>Preparats líquids obtinguts per infusió de la planta. Generalment s'utilitza les fulles i les flors de la planta. S'utilitzen com a beguda i també per la realització de gargarismes.</p>
DECOCCIONS	<p>Preparats obtinguts per decocció. Útil quan es vol obtenir els principis actius de les parts dures de les plantes</p>
	<p>Conegut com el té. Preparats obtinguts per maceració, infusió o</p>

TISANES	decocció de la substància vegetal amb aigua. Es diferència de les infusions, no es deixen reposar.
VI MEDICINAL	Maceració de la droga fresca o seca amb vi. Vi negre per potenciar les propietats astringents de la planta i vi blanc per les propietats diürètiques.
XAROP	De l'extracte de la planta es prepara xarops caracteritzats per la seva elevada concentració en sacarosa.
COMPRESSES	Gasas o cotó humit d'una decocció o infusió d'una planta, aplicant damunt la pell.
CATAPLASMES	Textures espesses de diversos components naturals d'herbes, flors i/o olis d'aplicació tòpica.

Taula 11: Preparacions en fitoteràpia per a ús oral i/o tòpic (51).

BASE DE DADES	ESTRATÈGIA DE CERCA	REVISTA	INSTITUCIÓ	GUIA/ PROTOCOLO	LLIBRE
Google Scholar	<i>Colonoscòpia</i>	Revista chilena de cirurgia (2004)			
	<i>Constipación and ancianos</i>	Revista Española Enferm. Digestiva (2006)			
	<i>Criterios Roma III</i>		Servicio de Aparato Digestivo. Instituto de trastornos Funcionales y Motores Digestivos		
	<i>Cuidados and estreñimiento</i>	Revista Medicina Naturista (2010)			
	<i>Dieta and vegetariana</i>	Medicina Naturista (2013) (2005)	Organització Mundial de la Salut		
	<i>Diente de León</i>				Herbolaria oaxaqueña para la salud (2009)

	Estreñimiento and ancianos	Nursing (2006)		Protocolo diagnóstico y terapéutico del estreñimiento en el anciano (2006) Instituto de Salud Pública (2003)	
	Estreñimiento and laxantes	Revista pediàtrica de Atención primaria (2010)		Impacto de un protocolo sobre estreñimiento en la utilización de laxantes en la comunidad foral de Navarra (2001)	
	Estreñimiento and prevalencia	Medicina Clínica (2004) Revista de la SEMG (2003)			
	Estreñimiento or constipación	Revista española enfermedades digestivas (2006) Revista de la SEMG (2003) Medicina clínica (2009) Revista Anacem (2011) Nursing (2007)	Instituto gerontológico Scandinavian Journal of Gastroenterol	Guía conjunta de actuación Primária – Especializada (2012)	
	Fibra	Nutrición hospít. (2008) (2006) Innova (2009) Rev Esp de nutrición comunit. (2010)			

		Diaeta (2007)			
	Fitoteràpia	Latin American Journal of Pharmacy (2003) Revista de fitoteràpia (2011) Enfermería global (2010)	Sociedad Española de fitoteràpia		
	Medicamento and ancianos	Revista cuerpo médico (2012) Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (2011)	Ministerios de sanidad, servicios sociales e igualdad: Informe mensual sobre medicam. de uso humano y productos sanitarios (2012)		
	Medicina and Natural	Desarrollo Cientif. Enferm. (2007) Medicina Naturista (2011)	Organización Mundial de la Salud Ginebra (OMS) Associació Española de Médicos Naturistas		
	Reflexología podal	Revista Medicina Naturista (2000)			
	Proceso and enfermería		British Medical Association		
	Terapias and alternativas		Instituto gerontológico Organització Mundial de la Salut	MS in focus: Terapias Complementarias y Alternativas para EM (2010)	
	Valoración geriàtrica integral	Revista Española de Geriátrica y Gerontol. (2002)	Instituto de Geriátrica. Institutos Nacionales de Salud	Guía de práctica clínica: Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica (2010)	

				Manual d'aplicació de l'Escala GENCAT de Qualitat de vida (2008)	
--	--	--	--	--	--

BASE DE DADES	ESTRATÈGIA DE CERCA	REVISTA	INSTITUCIÓ	GUIA/ PROTOCOLO	LLIBRE
Universitat Rovira i Virgili (Cuidatge)	<i>Ancianos and estreñimiento</i>	Medisan (2010)			
	<i>Valoración and ancianos</i>	Galícia clínica (2011) Jano (2003)		Proceso de enferm. aplicado a un paciente geriátrico en base a la teoría de V.H (2006)	

BASE DE DADES	ESTRATÈGIA DE CERCA	REVISTA	INSTITUCIÓ	GUIA/ PROTOCOLO	LLIBRE
Catálogo Universidad la Frontera	<i>Ancianos and constipación</i>				Enfermería gerontológica: cuidados integrals del adulto mayor (1999)
	<i>Diagnòsticos enfermería</i>				Clasificació de resultados de enfermería (NOC) (2005) Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (2005) Manual de enfermería-quirúrgica: intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios (2008)

BASE DE DADES	ESTRATÈGIA DE CERCA	REVISTA	INSTITUCIÓ	GUIA/ PROTOCOLO	LLIBRE
Catàleg de la Universitat de Lleida	<i>Diagnósticos enfermería</i>				North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2009)
	<i>Estreñimiento</i>				La consulta diaria en el estreñimiento crónico (2000) Curas y trataminetos naturales con cataplasmas (2003)
	<i>Fitoterapia and constipación</i>				Manual de Fitoterapia (2007) Plantas medicinales (2005)
	<i>Medicina natural</i>				Medicina natural al alcance de todos (1999)
	<i>Reflexología and podal</i>				Bases, fundamentos y Aplicación de la reflexología podal (2007) La respuesta está en los pies (2005) Reflexoterapia podal. Conocer, aprender y tratar (2004)

BASE DE DADES	ESTRATÈGIA DE CERCA	REVISTA	INSTITUCIÓ	GUIA/ PROTOCOLO	LLIBRE
Pubmed	<i>Constipation and therapies</i>	American Journal of Gastroenterology (2005)			
	<i>Chronic and constipation</i>	Clínical Geriatric Medical (2007)			

BASE DE DADES	ESTRATÈGIA DE CERCA	REVISTA	INSTITUCIÓ	GUIA/ PROTOCOLO	LLIBRE
Cuiden	<i>Masaje and cuidados</i>	Revista de Psicología General y Aplicada (2001)			
		Ciencia y enfermería (2010)			

BASE DE DADES	ESTRATÈGIA DE CERCA	REVISTA	INSTITUCIÓ	GUIA/ PROTOCOLO	LLIBRE
Scielo	<i>Constipación</i>	Revista Medicina Chilena (2008)			
	<i>Fibra</i>	Revista Española de Salud Pública (2003)			
	<i>Medicamentos and ancianos</i>	Anales de Facultad de Medicina (2005)			
	<i>Personas and mayores</i>	Nutrición Hospitalària (2011)			

BASE DE DADES	ESTRATÈGIA DE CERCA	REVISTA	INSTITUCIÓ	GUIA/ PROTOCOLO	LLIBRE
Cochrane	<i>Valoración and geriatría</i>	Revista Española de Geriatria y Gerontologia (2006)			

BASE DE DADES	ESTRATÈGIA DE CERCA	REVISTA	INSTITUCIÓ	GUIA/ PROTOCOLO	LLIBRE
IntraMed	<i>Fibra</i>	Comer ... y curarse (2012)			
	<i>Estreñimiento</i>			Guía práctica sobre estreñimiento (2012)	

Taula 12: Base de dades de la metodologia de la cerca.