

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: ESTREÑIMIENTO	CÓDIGO: CI-COLO-GM-08
 	UNIDAD: CLINICO QUIRURGICA		FECHA DE EMISIÓN: 01-10-2015
	PROCESO: CIRUGIA		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 9

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Brindar los parámetros e indicaciones correctas a los médicos tratantes del Hospital militar para el manejo y tratamiento de los pacientes que consultan al hospital militar central con estreñimiento, con el fin de mejorar sus síntomas de deposiciones duras con esfuerzo, sensación de evacuación incompleta y que tengan menos de 3 evacuaciones semanales para mejorar su calidad de vida.

2. METODOLOGIA

La presente guía se basó en el consenso médico del Hospital Militar Central y consultas bibliográficas.

3. ALCANCE

Definición, epidemiología, factores asociados al estreñimiento, mecanismos de producción, grupos de fármacos usados para el tratamiento del estreñimiento.

4. POBLACION OBJETO

Usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares con sus beneficiarios y/o público en general que presente esta patología.

5. RECOMENDACIONES

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE EVIDENCIA DISPONIBLE

Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado aleatorio.
IIa	La evidencia científica procede al menos de un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
IIb	La evidencia científica procede al menos de un estudio casi experimental, bien diseñado.

GUIA DE MANEJO	ESTREÑIMIENTO	CODIGO	CI-COLO-GM-08	VERSION	01
		Página:	2 de 9		

5. RECOMENDACIONES

III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.
GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.
X	Existe evidencia de riesgo para esta intervención.

DEFINICIÓN

Se considera estreñimiento las deposiciones dificultosas, infrecuentes o aparentemente incompletas con carácter persistente. Para fines de investigación, se han desarrollado unos criterios diagnósticos de estreñimiento que también pueden ser de utilidad clínica (Criterios de Roma III)¹.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (Roma III)

Presencia de 2 o más de los siguientes criterios durante al menos 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en los últimos 12 meses:

1. Esfuerzo deposicional en >1/4 de las defecaciones
2. Heces duras o "en bolitas" en >1/4 de las defecaciones
3. Sensación de evacuación incompleta en >1/4 de las defecaciones
4. Sensación de obstrucción/bloqueo anal en >1/4 de las defecaciones
5. Maniobras manuales para facilitar >1/4 de las defecaciones
6. < 3 deposiciones semanales.

Además, los sujetos no deben presentar deposiciones sueltas (poco consistentes), ni dolor abdominal (sugestivo de Síndrome del Intestino Irritable)¹.

GUIA DE MANEJO	ESTREÑIMIENTO	CODIGO	CI-COLO-GM-08	VERSION	01
		Página:	3 de 9		

5. RECOMENDACIONES

EPIDEMIOLOGÍA |

El estreñimiento tiene una prevalencia media de 16% en adultos en general, y de 33.5% en adultos de 60 a 105 años. Es más frecuente en la población no blanca y en mujeres (M:H 3:1)^{1,5,6}.

FACTORES ASOCIADOS AL ESTREÑIMIENTO

- Fármacos
- Estatus socioeconómico y nivel educativo bajo
- Baja ingesta de fibra
- Depresión
- Abuso sexual

GRUPOS DE FÁRMACOS CAUSANTES DE ESTREÑIMIENTO

1. Fármacos que frecuentemente se asocian a estreñimiento
 - Opiáceos
 - Anticolinérgicos
 - Antidepresivos tricíclicos
 - Fármacos antidiarreicos
2. Fármacos que pueden asociarse a estreñimiento ocasionalmente
 - Bloqueantes de los canales de calcio
 - Fármacos antiparkinsonianos
 - Simpaticomiméticos
 - Antipsicóticos
 - Diuréticos
 - Antihistamínicos
 - Antiácidos
 - Suplementos de calcio
 - Suplementos de hierro
 - Antiinflamatorios no esteroideos

Obstrucción mecánica intestinal (tumores, vólvulo, hernias, estenosis).

Alteraciones metabólicas (hipercalcemia, hipopotasemia, uremia).

GUIA DE MANEJO	ESTREÑIMIENTO	CODIGO	CI-COLO-GM-08	VERSION	01
		Página:	4 de 9		

5. RECOMENDACIONES

Enfermedades endocrinas (hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, diabetes).

Neuropatías (enfermedad de Hirschprung, traumatismo medular, meningocele, enfermedad de Parkinson, accidente vascular cerebral, tumores, esclerosis múltiple).

Miopatías (esclerodermia, dermatomiositis, amiloidosis).

Otras causas: depresión, alteraciones cognitivas, inmovilización, embarazo.

MECANISMOS DE PRODUCCIÓN

1. Obstrucción: Tumores, enfermedad Hirschprung, defecto expulsivo durante maniobras defecatorias...
2. Defecto de propulsión: Fármacos con acción anticolinérgica, inmovilización, neuropatías y miopatías, inercia colónica.
3. Mecanismo mixto

ESTUDIO DEL ESTREÑIMIENTO

Historia clínica completa, examen físico, TSH, T3, calcio, glicemia, Colon por enema con doble contraste, colonoscopia y tránsito con marcadores radiopacos IIB.

Si se confirma tránsito lento

Gammagrafía de vaciamiento gástrico. IIA

Si se confirma alteración evacuatoria

GRUPOS DE FÁRMACOS USADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO. IIA

1. Fibras e incrementadores del bolo fecal
 - Derivados de plantago ovata (psyllium)
 - Metilcelulosa
 - Salvado
 - Metilcelulosa
2. Laxantes osmóticos
 - Lactulosa o lactitol
 - Polietilenglicol

GUIA DE MANEJO	ESTREÑIMIENTO	CODIGO	CI-COLO-GM-08	VERSION	01
		Página:	5 de 9		

5. RECOMENDACIONES

Sorbitol

3. Sales

Hidróxido de magnesio.

Sulfato de magnesio

4. Antraquinónicos y senósidos

Ispaghula.

Cáscara Sagrada.

Derivados del Sen.

5. Estimulantes

Picosulfato de Sodio.

Bisacodilo.

6. Secretagogos

Lubiprostone

Linaclotide

7. Agonista del receptor 5HT-4

Prucalopride

TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO – RECOMENDACIONES PARA MANEJO POR ETAPAS IIB:

Al principio del estudio, se deberá definir la búsqueda de causas secundarias de estreñimiento (Hipotiroidismo, fármacos, tumores, etc.), con las ayudas diagnósticas correspondientes.

1. MEDIDAS HIGIENICOSANITARIAS:

- Intentar retirar los fármacos que favorecen el estreñimiento.
- Adecuar la ingesta de fibra de la dieta.
- Aumentar el ejercicio físico.
- Crear el hábito defecatorio regular preferiblemente postprandial.

GUIA DE MANEJO	ESTREÑIMIENTO	CODIGO	CI-COLO-GM-08	VERSION	01
		Página:	6 de 9		

5. RECOMENDACIONES

- No reprimir el deseo de defecar.

2. AGENTES QUE INCREMENTAN EL VOLUMEN DEL BOLO FECAL:

- Fibra: Cáscara de ispaghula (Psyllium) o Plantago Ovata.

3. FARMACOS REBLANDECEDORES DEL BOLO FECAL:

- Lactulosa, lactitol o polietilenglicol de 1 a 3 sobres al día.

4. Si se desea un efecto inmediato y de corta duración se recomiendan sustancias poco agresivas como los supositorios de glicerina o los enemas evacuadores.

5. Se recomienda el uso de laxantes agresivos como Bisacodilo o Cáscara Sagrada que no deben superar las 2 tomas por semana y raramente estan recomendados como manejo a largo plazo.

Si la respuesta a los puntos 2 y 3 es buena se puede mantener este tratamiento como manejo definitivo.

6. Si no hay respuesta a la prueba terapéutica con laxante, se recomienda realizar manometría anorrectal con test de expulsión de balón. Si es anormal, se debe ofrecer tratamiento específico del trastorno defecatorio (reentrenamiento de piso pélvico, psicología)⁸.

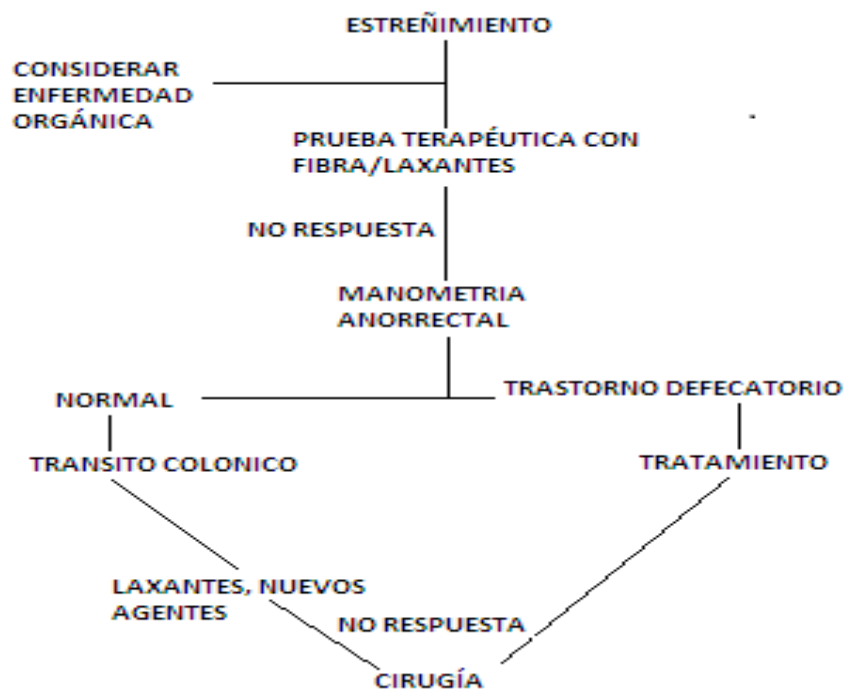
7. Si no hay trastorno defecatorio se deberá realizar un estudio de tránsito colónico e intentar manejo con agentes nuevos como lubiprostone, prucalopride y linaclotide¹⁰.

Si la respuesta es favorable se sugiere continuar el manejo instaurado.

8. Si no hay respuesta a las medidas de reentrenamiento en el caso de los trastornos defecatorios, o al manejo laxante y farmacológico en los otros casos, se considerará el manejo quirúrgico, cuya técnica se definirá según las particularidades de cada paciente (Ileostomía, colostomía, colectomía total), la cual se requiere en menos del 3% de los casos¹⁸.

GUIA DE MANEJO	ESTREÑIMIENTO	CODIGO	CI-COLO-GM-08	VERSION	01
		Página:	7 de 9		

6. ALGORITMO



7. CONTROL DE CAMBIOS

ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	No Aplica			

8. ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

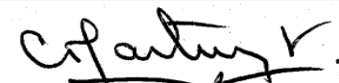
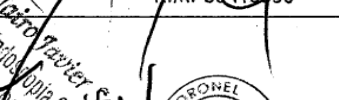
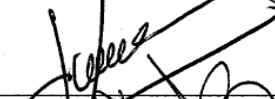
1. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American Gastroenterological Association technical review on constipation. Gastroenterology. 2013;144:218–238.
2. • Chiarioni G, Salandini L, Whitehead WE. Biofeedback benefits only patients with outlet dysfunction, not patients with isolated slow transit

GUIA DE MANEJO	ESTREÑIMIENTO	CODIGO	CI-COLO-GM-08	VERSION	01
		Página:	8 de 9		

8. ANEXOS

- constipation. Gastroenterology 2005; 129:86.
3. • Chiarioni G, Whitehead WE, Pezza V, et al. Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. Gastroenterology 2006; 130:657.
 4. • Lee BH, Kim N, Kang SB, et al. The Long-term Clinical Efficacy of Biofeedback Therapy for Patients With Constipation or Fecal Incontinence. J Neurogastroenterol Motil 2010; 16:177.
 5. • FDA approves Linzess to treat certain cases of irritable bowel syndrome and constipation. Available at: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm317505.htm> (Accessed on September 04, 2012).
 6. • Lembo AJ, Schneier HA, Shiff SJ, et al. Two randomized trials of linaclotide for chronic constipation. N Engl J Med 2011; 365:527.
 7. • Johanson JF, Ueno R. Lubiprostone, a locally acting chloride channel activator, in adult patients with chronic constipation: a double-blind, placebo-controlled, dose-ranging study to evaluate efficacy and safety. Aliment Pharmacol Ther 2007; 25:1351.
 8. • Lang L. The Food and Drug Administration approves lubiprostone for irritable bowel syndrome with constipation. Gastroenterology 2008; 135:7.
 9. • Roarty TP, Weber F, Soykan I, McCallum RW. Misoprostol in the treatment of chronic refractory constipation: results of a long-term open label trial. Aliment Pharmacol Ther 1997; 11:1059.
 10. • Wald A. Slow Transit Constipation. Curr Treat Options Gastroenterol 2002; 5:279.
 11. • Taghavi SA, Shabani S, Mehramiri A, et al. Colchicine is effective for short-term treatment of slow transit constipation: a double-blind placebo-controlled clinical trial. Int J Colorectal Dis 2010; 25:389.
 12. • Quigley EM, Vandeplasse L, Kerstens R, Ausma J. Clinical trial: the efficacy, impact on quality of life, and safety and tolerability of prucalopride in severe chronic constipation--a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Aliment Pharmacol Ther 2009; 29:315.
 13. • Müller-Lissner S, Rykx A, Kerstens R, Vandeplasse L. A double-blind, placebo-controlled study of prucalopride in elderly patients with chronic constipation. Neurogastroenterol Motil 2010; 22:991.
 14. • Camilleri M, Van Outryve MJ, Beyens G, et al. Clinical trial: the efficacy of open-label prucalopride treatment in patients with chronic constipation - follow-up of patients from the pivotal studies. Aliment Pharmacol Ther 2010; 32:1113.
 15. • Maria G, Cadeddu F, Brandara F, et al. Experience with type A botulinum toxin for treatment of outlet-type constipation. Am J Gastroenterol 2006; 101:2570.
 16. • Wofford SA, Verne GN. Approach to patients with refractory constipation. Curr Gastroenterol Rep 2000; 2:389.
 17. • Nyam DC, Pemberton JH, Ilstrup DM, Rath DM. Long-term results of surgery for chronic constipation. Dis Colon Rectum 1997; 40:273.
 18. • Knowles CH, Scott M, Lunniss PJ. Outcome of colectomy for slow transit constipation. Ann Surg 1999; 230:627.
 19. • Pikarsky AJ, Singh JJ, Weiss EG, et al. Long-term follow-up of patients undergoing colectomy for colonic inertia. Dis Colon Rectum 2001; 44:179.

GUIA DE MANEJO	ESTREÑIMIENTO	CODIGO	CI-COLO-GM-08	VERSION	01
		Página:	9 de 9		

APROBACIÓN					
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA	
ELABORÓ	Dr. Carlos Martínez	Coloproctologo	Octubre de 2015		
	Dr. Heinz Ibáñez				
	Dr. Nairo Senejoa				
REVISÓ	CR. Lina María Mateus Barbosa	Líder Área Coloproctología	Octubre de 2015		
APROBO	CR. MD. Juan Carlos Luque Suárez	Jefe de Unidad del Sector Defensa – Unidad Clínico Quirúrgica	Octubre de 2015		
	BG. MD. Clara Esperanza Galvis Díaz	Subdirector Sector Defensa – Subdirección Medica	Octubre de 2015		
PLANEACION –CALIDAD Revisión Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Octubre de 2015		