



Análisis de la decisión clínica.

Doctor: Luis Antonio González Méndez.

8° semestre segundo parcial.

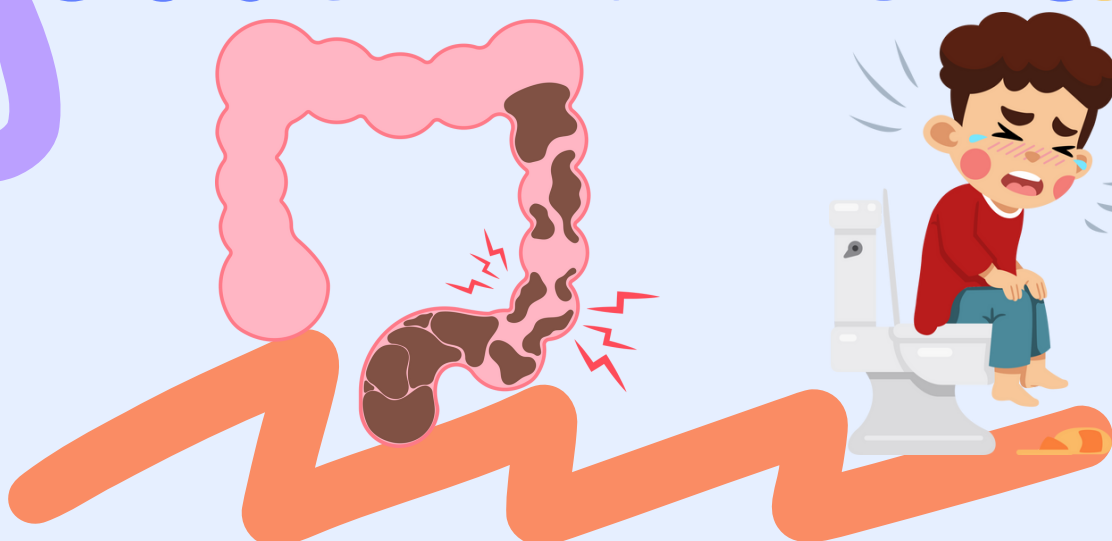
Ana Luisa Ortiz Rodríguez.

Actividad: infografía.

Tema: Constipación.

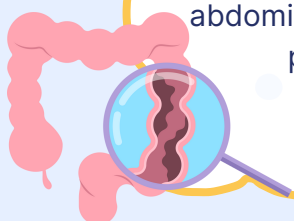
ANÁLISIS DE LA DECISIÓN CLÍNICA.

CONSTIPACION



DEFINICION

Trastorno funcional intestinal en el que predominan síntomas de defecación dificultosa, infrecuente o incompleta. Estos pacientes no deben cumplir criterios de síndrome de intestino irritable, aunque el dolor y/o la hinchazón abdominal pueden estar presentes, pero sin ser síntomas predominantes



ETIOLOGIA



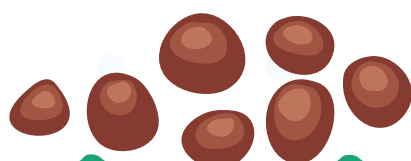
síndrome del intestino irritable con estreñimiento (IBS-C) y el estreñimiento inducido por opioides.

El estreñimiento crónico se observa con mayor frecuencia en mujeres, personas mayores y personas de nivel socioeconómico más bajo.

CLASIFICACION

Constipación aguda (<1 semana)

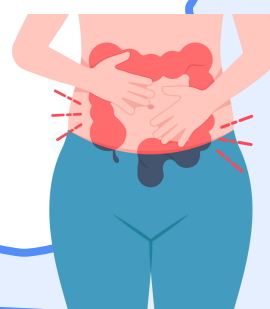
La mayoría de los episodios de constipación aguda son benignos y auto limitados y, en general, se deben a cambios en la dieta o a un efecto medicamentoso.



CLASIFICACION

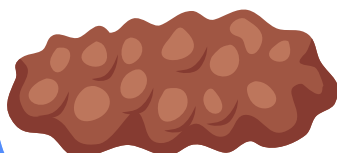
Constipación crónica (>4 semana).

1. Funcional o primaria.
2. Secundaria o extra colónica.



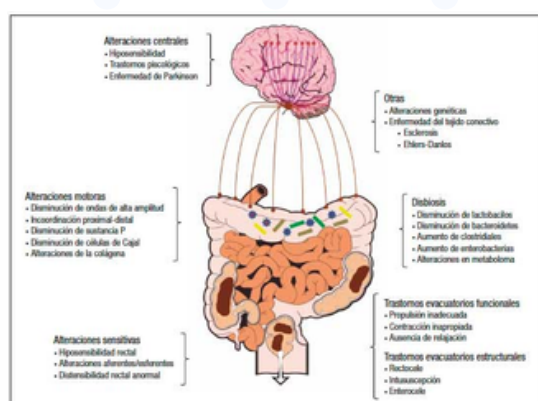
FISIOPATOLOGIA

Alteraciones en la motilidad y la capacidad contráctil del colon. Retraso del movimiento del contenido intraluminal a través del colon ascendente y transverso. Disminución en el número de las contracciones colónicas propagadas de alta amplitud, un aumento no coordinado de la actividad motora del colon distal, y anomalías en los circuitos peristálticos.



FISIOPATOLOGIA

Incapacidad para coordinar los músculos de la pared abdominal, recto anal y piso pélvico durante la defecación debido a la alteración de la fuerza de propulsión rectal y/o abdominal, la alteración en la relajación anal o el aumento de la resistencia de salida anal debido a la contracción del esfínter anal externo o puborrectal





CONSTIPACION

Tabla 2 – Criterios* de Roma IV para el diagnóstico de estreñimiento funcional³.

1. Presencia de dos o más de los siguientes criterios:
 - Esfuerzo excesivo al menos en el 25% de las deposiciones.
 - Heces duras al menos en el 25% de las deposiciones (tipo 1-2 de Bristol)
 - Sensación de evacuación incompleta al menos en el 25% de las deposiciones.
 - Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal al menos en el 25% de las deposiciones.
 - Maniobras manuales para facilitar la defecación al menos en el 25% de las deposiciones.
 - Menos de tres deposiciones espontáneas completas a la semana.
2. La presencia de heces líquidas es rara sin el uso de laxantes.
3. No deben existir criterios suficientes para el diagnóstico de SII.

*Los criterios deben cumplirse al menos durante los últimos tres meses y los síntomas deben haberse iniciado como mínimo seis meses antes del diagnóstico.

ESCALA DE HECES DE BRISTOL



TIPO 1 Trozos duros separados, que pasan con dificultad. **ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE**



TIPO 2 Como una salchicha compuesta de fragmentos. **LIGERO ESTREÑIMIENTO**



TIPO 3 Con forma de morcilla con grietas en la superficie. **NORMAL**



TIPO 4 Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda. **NORMAL**



TIPO 5 Trozos de masa pastosa con bordes definidos. **FALTA DE FIBRA**



TIPO 6 Fragmentos pastosos, con bordes irregulares. **LIGERA DIARREA**



TIPO 7 Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida. **DIARREA IMPORTANTE**



TRATAMIENTO NO FARMACOLGICO

Igual que con todos los trastornos gastrointestinales funcionales, los pacientes deben recibir una comprensión clara del diagnóstico y no simplemente decirles lo que se ha excluido. Una relación médico-paciente efectiva es fundamental en el manejo exitoso del estreñimiento crónico

CONSUMO DE AGUA

Un estudio controlado aleatorizado en pacientes con estreñimiento crónico encontró que aquellos asignados a 2 L de agua mineral por día tenían una mayor frecuencia de deposiciones en comparación con el grupo asignado a la ingesta de líquidos ad libitum (~1 L por día)



ANÁLISIS DE LA DECISIÓN CLÍNICA.

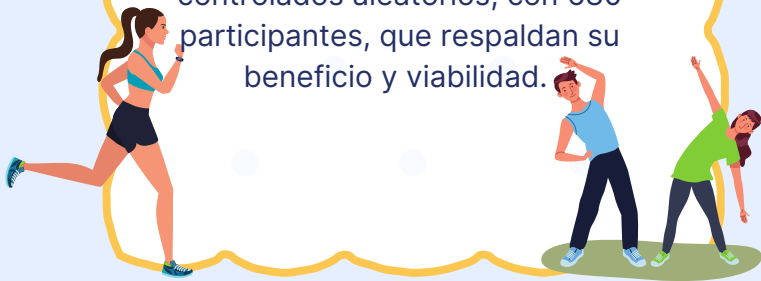
CONSTIPACION



TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

EJERCICIO FISICO

Se recomienda el ejercicio para el estreñimiento crónico, con una revisión sistemática y un metaanálisis de nueve ensayos controlados aleatorios, con 680 participantes, que respaldan su beneficio y viabilidad.



FIBRA DIETETICA

La suplementación con fibra dietética representa una intervención muy simple, segura y potencialmente efectiva para las personas con síntomas relacionados con el estreñimiento. La ingesta diaria recomendada de fibra varía de 21 a 25 g/d en mujeres y de 30a 38 g/d en hombres



DIETA BAJA EN FODMAP

Una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP) se ha estudiado principalmente en SII con diarrea y SII mixto, pero puede ser un complemento útil para controlar la hinchazón y el dolor abdominal en pacientes con CIC y SII-E

DIETA BAJA EN FODMAP

Los pacientes deben estar preparados para adherirse estrictamente a una dieta baja en FODMAP durante al menos 4a 6 semanas, y si no se ha informado una mejora notable de los síntomas dentro de este período de tiempo, se debe suspender la dieta

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

LAXANTES OSMOTICOS.

Polietilenglicol (PEG)

La eficacia de PEG 3350 en el tratamiento del estreñimiento crónico se ha establecido en múltiples ensayos controlados aleatorios de placebo y comparador de fármacos activos, y las revisiones sistemáticas/metaanálisis han respaldado el uso de terapias basadas en PEG en el tratamiento de CIC



SECRETAGOGOS

AGONISTAS DE LA GUANILIL CICLASA-C.
ACTIVADORES DE LOS CANALES DE CLORURO



PROGINÉTICA COLÓNICA

GONISTAS RECEPTOR 5HT4

