



Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología:

Estreñimiento: una perspectiva mundial

Noviembre de 2010

Equipo de revisión: Greger Lindberg (Presidente), Saeed Hamid (Pakistán), Peter Malfertheiner (Alemania), Ole Thomsen (Dinamarca), Luis Bustos Fernández (Argentina), James Garisch (Sudáfrica), Alan Thomson (Canadá), Khean-Lee Goh (Malasia), Rakesh Tandon (India), Suliman Fedail (Sudán), Benjamin Wong (China), Aamir Khan (Pakistán), Justus Krabshuis (Francia) y Anton Le Mair (Países Bajos)

WGO Practice Guideline. Constipation: A Global perspective
Official Spanish translation of the WGO

Contenido			
Contenido	22	4.3 Dieta y suplementos.	27
Lista de tablas	22	4.4 Medicación.	27
Figura	22	4.5 Cirugía.	27
1. Introducción	23	4.6 Resumen basado en la evidencia.	27
1.1 Cascadas-un abordaje sensible a los recursos		4.7 Opciones en cascada para el tratamiento del estreñimiento crónico.	28
En las regiones y países donde se disponga de toda la gama de exámenes diagnósticos y opciones de tratamiento médico para el manejo de todos los tipos y subtipos de estreñimiento. Es factible utilizar un enfoque de patrón oro.	23	4.8 Opciones en cascada para el tratamiento de los trastornos de la evacuación.	28
2. Definición y patogenia	23		
2.1 Patogenia y factores de riesgo.	23	Lista de tablas	
2.2 Condiciones y medicamentos asociados.	24	Tabla 1 Fisiopatología del estreñimiento funcional.	23
3. Diagnóstico.	24	Tabla 2 Posibles causas y condiciones asociadas al estreñimiento.	24
3.1 Criterios diagnóstico para el estreñimiento funcional.	24	Tabla 3 Medicamentos que se asocian con estreñimiento.	24
3.2 Evaluación de los pacientes.	25	Tabla 4 Criterios de Roma III para estreñimiento funcional.	24
3.3 Síntomas de alarma.	25	Tabla 5 Síntomas de alarma en el estreñimiento.	25
3.4 Indicaciones para las pruebas de tamizaje.	25	Tabla 6 Pruebas fisiológicas para estreñimiento crónico.	25
3.5 Medición del tránsito.	25	Tabla 7 Categorías de estreñimiento en base a la evaluación clínica.	26
3.6 Evaluación clínica.	26	Tabla 8 Manejo general del estreñimiento.	26
3.7 Opciones en cascada para investigar el estreñimiento severo y refractario al tratamiento.	26	Tabla 9 Resumen: base de evidencia para el tratamiento del estreñimiento.	27
4. Tratamiento	26		
4.1 Esquema para el manejo general del estreñimiento.	26	Figura	
4.2 Abordaje sintomático.	27	Figura 1 Escala de forma de las deposiciones de Bristol: una medida para ayudar a los pacientes a relatar la consistencia de sus deposiciones.	25

1. Introducción

El estreñimiento (o constipación) es un problema crónico en muchos pacientes del mundo. En algunos grupos de pacientes, tales como los añosos, el estreñimiento constituye un problema sanitario importante; sin embargo, en la mayoría de los casos el estreñimiento crónico es un motivo de consulta que provoca molestia pero que no amenaza la vida ni debilita al individuo. Habitualmente puede ser manejada a nivel de atención primaria con control costo-efectivo de los síntomas.

La terminología vinculada al estreñimiento es problemática. Hay dos fisiopatologías que en principio difieren pero que se superponen: los trastornos del tránsito y los trastornos de la evacuación. Los primeros pueden surgir secundariamente a los segundos, y los segundos en ocasiones pueden presentarse después de los primeros.

Esta guía se refiere a los pacientes adultos y no analiza específicamente ni a niños ni a grupos especiales de pacientes (como aquellos que presentan lesión raquídea).

1.1. Cascadas-un abordaje sensible a los recursos

En las regiones y países donde se disponga de toda la gama de exámenes diagnósticos y opciones de tratamiento médico para el manejo de todos los tipos y subtipos de estreñimiento es factible utilizar un enfoque de patrón oro.

Cascada: Conjunto jerárquico de opciones diagnósticas, terapéuticas y de manejo para lidiar con el riesgo y la enfermedad, catalogados según los recursos disponibles.

2. Definición y patogenia

La palabra “estreñimiento” tiene varios significados y la manera como se la utiliza puede diferir no sólo entre los pacientes sino también entre las diferentes culturas y religiones. En un estudio poblacional sueco se encontró que el concepto más común de estreñimiento era la necesidad de ingerir laxantes (57% de quienes respondieron). En el mismo estudio, las mujeres (41%) tuvieron el doble de probabilidades que los hombres (21%) de considerar a los movimientos intestinales infrecuentes como representativos de estreñimiento, mientras que igual proporción de hombres y mujeres entendían por estreñimiento a las deposiciones duras (43%), el esfuerzo al defecar (24%), y el dolor al defecar (23%). Dependiendo de diversos factores –la definición diagnóstica, factores demográficos, y el muestreo de los grupos– las encuestas sobre estreñimiento muestran una prevalencia que va de 1% a más de 20% en las poblaciones occidentales. En estudios de poblaciones añosas, hasta 20% de los indivi-

duos que habitan en comunidad y 50% de las personas añosas institucionalizadas, relataron síntomas.

Habitualmente se define el estreñimiento funcional como un trastorno caracterizado por una dificultad persistente para defecar o una sensación de que la defecación es aparentemente incompleta y/o movimientos intestinales infrecuentes (cada 3-4 días o con menor frecuencia) en ausencia de síntomas de alarma o causas secundarias. Las diferencias en la definición médica y las variaciones entre los síntomas relatados dificultan la obtención de datos epidemiológicos confiables.

2.1. Patogenia y factores de riesgo

El estreñimiento funcional puede tener diferentes causas, yendo desde cambios en la dieta, actividad física o estilo de vida, hasta disfunciones motoras primarias producidas por miopatía o neuropatía colónica. El estreñimiento también puede ser secundario a un trastorno de evacuación. El trastorno de evacuación puede además asociarse a una contracción paradójica o espasmo involuntario del esfínter anal, lo que puede responder a trastorno adquirido del comportamiento defecatorio en dos tercios de los pacientes.

Tabla 1. Fisiopatología del estreñimiento funcional

Subtipo fisiopatológico	Característica principal, en ausencia de síntomas de alarma o causas secundarias
1. Estreñimiento por tránsito lento (CTL) <ul style="list-style-type: none"> • Inercia colónica • Hiperreactividad colónica 	Tránsito lento de las heces por el colon por: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la actividad colónica • Aumento, o descoordinación de la actividad colónica
2. Trastorno de la evacuación	<ul style="list-style-type: none"> • El tránsito colónico puede ser normal o prolongado pero hay una evacuación inadecuada o difícil de las heces del recto
3. Síndrome de intestino irritable (SII) con predominio del estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal, distensión, hábito intestinal alterado • Puede aparecer en combinación con 1 ó 2

Si bien el ejercicio físico y la dieta rica en fibras pueden tener un efecto protector, los siguientes factores aumentan el riesgo de estreñimiento (la asociación puede no ser causal):

- Envejecimiento (pero el estreñimiento no es una consecuencia fisiológica del envejecimiento normal).
- Depresión.
- Inactividad.
- Baja ingesta calórica.
- Bajos ingresos y bajo nivel educativo.
- Cantidad de medicación que reciba (independientemente de los perfiles de efectos adversos).
- Abuso físico y sexual.
- Sexo femenino– las mujeres relatan una mayor incidencia de estreñimiento que los hombres.

Guías Clínicas

2.2. Condiciones y medicamentos asociados

Tabla 2. Posibles causas y condiciones asociadas al estreñimiento

<p>Obstrucción mecánica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumor colorrectal • Diverticulosis • Estenosis • Compresión externa por tumor/otra causa • Gran rectocele • Megacolon • Anomalías post quirúrgicas • Fisura anal
<p>Trastornos neurológicos/neuropatía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía autonómica • Enfermedad cerebrovascular • Deterioro cognitivo/demencia • Depresión • Esclerosis múltiple • Enfermedad de Parkinson • Patología raquídea
<p>Condiciones endócrinas/metabólicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal crónica • Deshidratación • Diabetes mellitus • Intoxicación por metales pesados • Hipercalcemia • Hipermagnesemia • Hiperparatiroidismo • Hipopotasemia • Hipomagnesemia • Hipotiroidismo • Neoplasia endócrina múltiple II • Porfiria • Uremia
<p>Trastornos gastrointestinales y afecciones locales dolorosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de intestino irritable • Abscesos • Fisura anal • Fístula • Hemorroides • Síndrome del elevador del ano • Megacolon • Proctalgia fugaz • Prolapso rectal • Rectocele • Vólvulo
<p>Miopatía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amiloidosis • Dermatomiositis • Escleroderma • Esclerosis sistémica
<p>Dietéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dietas • Depleción de líquidos • Poca fibra • Anorexia, demencia, depresión
<p>Misceláneos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad cardíaca • Enfermedad articular degenerativa • Inmovilidad

Tabla 3. Medicamentos que se asocian con estreñimiento

<p>Medicamentos de receta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos • Antiepilépticos • Antihistamínicos • Medicación antiparkinsoniana • Antipsicóticos • Antiespasmódicos • Bloqueadores de los canales de calcio • Diuréticos • Inhibidores de la monoamino oxidasa • Opiáceos • Simpatomiméticos • Antidepresivos tricíclicos
<p>Automedicación, medicamentos de venta libre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiácidos (que contengan aluminio, calcio) • Agentes antidiarreicos • Suplementos de calcio y de hierro • Agentes anti inflamatorios no esteroideos

3. Diagnóstico

El estreñimiento es una afección común, y si bien los individuos que consultan constituyen sólo una minoría, en Estados Unidos sólo esta afección es responsable de varios millones de consultas médicas por año, mientras que en el Reino Unido en 2006 los médicos generales emitieron más de 13 millones de recetas para laxantes. La ayuda de un especialista gastroenterólogo debería concentrarse en aplicar los recursos sanitarios de manera eficiente, identificando a aquellos pacientes que tienen probabilidades de beneficiarse de evaluaciones diagnósticas y tratamientos especializados.

3.1. Criterios diagnósticos para el estreñimiento funcional

Un panel de expertos internacionales elaboró criterios uniformes para el diagnóstico de estreñimiento—los criterios de Roma III.

Tabla 4. Criterios de Roma III para estreñimiento funcional

<p>Criterios generales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia durante por lo menos 3 meses durante un período de 6 meses • Por lo menos una de cada cuatro defecaciones cumplen con criterios específicos • Criterios insuficientes para síndrome de intestino irritable (SII) • No hay deposiciones, o deposiciones rara vez disminuidas de consistencia
<p>Criterios específicos: dos o más presentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzo para defecar • Materias fecales grumosas o duras • Sensación de evacuación incompleta • Sensación de bloqueo u obstrucción anorrectal • El individuo recurre a maniobras manuales o digitales para facilitar la defecación • Menos de tres defecaciones por semana

3.2. Evaluación de los pacientes

La historia médica y el examen físico en los pacientes con estreñimiento deberían enfocarse hacia la identificación de las posibles condiciones causales y síntomas de alarma.

- Consistencia de las deposiciones. Esto es considerado como un mejor indicador del tránsito colónico que las frecuencias de las deposiciones (Figura 1).
- Descripción de los síntomas de estreñimiento del paciente; diario de síntomas:
 - Distensión abdominal, dolor, malestar.
 - Naturaleza de las deposiciones.
 - Movimientos intestinales.
 - Esfuerzo defecatorio prolongado/excesivo.
 - Defecación insatisfactoria.
- Uso de laxantes, pasado y actual; frecuencia y dosificación.
- Condiciones actuales, historia médica, cirugía reciente, enfermedad psiquiátrica.
- Estilo de vida del paciente, fibra en la dieta e ingesta de líquidos.
- Uso de supositorios o enemas, otras medicaciones (de receta o de venta libre).
- Examen físico:
 - Tumoración gastrointestinal.
 - Inspección anorectal: Impactación fecal. Estenosis, prolapso rectal, rectocele. Actividad paradójica o no relajante del músculo puborrectal. Tumoración rectal.
- De estar indicado: exámenes de sangre-perfil bioquímico, hemograma completo, calcio, glucosa, y función tiroidea.

3.3. Síntomas de alarma

Tabla 5. Síntomas de alarma en el estreñimiento

Síntomas o situaciones de alarma
• Cambios en el calibre de las heces
• Heces hem positivas
• Anemia ferropénica
• Síntomas obstructivos
• Pacientes mayores de 50 años no sometidos a tamizaje previo para cáncer de colon
• Estreñimiento de reciente instalación
• Sangrado rectal
• Prolapso rectal
• Adelgazamiento
Examen recomendado: colonoscopia








Tipo 1		Grumos separados y duros, como maníes (pasaje difícil)
Tipo 2		Con forma de embutido, pero grumoso
Tipo 3		Con forma de embutido, pero con grietas en la superficie
Tipo 4		Con forma de embutido, o serpiente, lisas y suaves
Tipo 5		Pequeños acúmulos blandos, como gotas, de bordes bien definidos (pasaje fácil)
Tipo 6		Trozos algodonosos con bordes desflecados, materia fecal pastosa
Tipo 7		Heces acuosas, sin elementos sólidos (totalmente líquidas)

Figura 1. La Escala de Forma de las Deposiciones de Bristol es una medida diseñada para ayudar a los pacientes a describir la consistencia de las materias fecales (reproducido con permiso de Lewis SJ y Heaton KW, et al, Scandinavian Journal of Gastroenterology 1997; 32: 920-4). ©1997 Informa Healthcare.

3.4. Indicaciones para las pruebas de tamizaje

Sólo está indicado realizar estudios de laboratorio, imagenología o endoscopia y pruebas funcionales en los pacientes que presenten estreñimiento crónico severo o síntomas de alarma.

Tabla 6. Pruebas fisiológicas para estreñimiento crónico (reproducido con permiso de Rao SS, Gastrointest Endosc Clin N Am 2009; 19: 117-39)

Prueba	Fortaleza	Debilidad	Comentario
Estudio de tránsito colónico con marcadores radioopacos	Evalúa la presencia de tránsito colónico lento, normal, o rápido; barato y fácilmente disponible	Metodología inconsistente; se ha cuestionado su validez	Útil para clasificar a los pacientes según los subtipos fisiopatológicos
Manometría anorrectal	Identifica trastornos de la evacuación, hiposensibilidad rectal, hipersensibilidad rectal, alteración de la complacencia, enfermedad de Hirschsprung	Falta de normalización	Útil para establecer diagnósticos de enfermedad de Hirschsprung, trastornos de la evacuación, e hiposensibilidad o hipersensibilidad rectal
Prueba de expulsión del balón	Valoración simple y barata a la cabecera del paciente de la capacidad de expulsar heces simuladas; identifica trastornos de la evacuación	Falta de normalización	La prueba de expulsión con un valor normal no excluye dis sinergia; debería interpretarse junto con los resultados de otros exámenes anorrectales

3.5. Medición del tránsito

El estudio de retención de marcador de 5 días es un método simple para medir el tránsito colónico. Se ingieren marcadores en una ocasión y 120 horas después se mide lo que queda de los marcadores en una radio-

Guías Clínicas

grafía simple de abdomen. Si se constata la persistencia de más del 20% de los marcadores en el colon, significa que el tránsito está retardado. La acumulación distal de los marcadores puede indicar un trastorno de la evacuación, y en los casos típicos de estreñimiento por tránsito lento casi todos los marcadores se mantienen y se observan tanto en el colon derecho como en el izquierdo.

Varias compañías producen marcadores, pero estos también se pueden hacer de un tubo radiopaco que no implique riesgos para el paciente, cortándolo en pequeños trozos de 2-3 mm de longitud. Se puede colocar un número adecuado de marcadores (20-24) en cápsulas de gelatina para facilitar su ingestión.

3.6. Evaluación clínica

La clasificación del estreñimiento de los pacientes debería ser posible en base a la historia médica y un correcto examen y valoración de laboratorio.

Tabla 7. Categorías de estreñimiento en base a la evaluación clínica

Tipo de estreñimiento	Hallazgos típicos
Estreñimiento de tránsito normal, SII en el que predomina el estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> Historia del paciente, nada patológico en el examen o inspección física Dolor y distensión Sensación de evacuación incompleta
Estreñimiento por tránsito lento	<ul style="list-style-type: none"> Tránsito colónico lento Función normal del piso pélvico
Trastorno de la evacuación	<ul style="list-style-type: none"> Esfuerzo defecatorio prolongado/excesivo Defecación difícil aún con deposiciones blandas El/la paciente aplica presión perineal/vaginal para defecar Maniobras manuales para ayudar a la defecación Alta presión basal del esfínter (manometría anorrectal)
Estreñimiento idiopático/orgánico/secundario	<ul style="list-style-type: none"> Efectos colaterales conocidos de medicamentos Medicación que contribuye Obstrucción mecánica probada-trastornos metabólicos Exámenes de sangre anormales

3.7. Opciones en cascada para investigar el estreñimiento severo y refractario al tratamiento

Nivel 1: Recursos limitados

- Anamnesis y examen físico general.
- Examen ano rectal. Diario con registro de los movimientos intestinales durante 1 semana.
- Estudio del tránsito usando marcadores radioopacos.
- Prueba de expulsión del balón.

Nivel 2: Recursos intermedios

- Anamnesis y examen físico general.
- Examen ano rectal. Diario con registro de los movimientos intestinales durante 1 semana.

- Estudio del tránsito usando marcadores radioopacos.
- Prueba de expulsión del balón o defecografía.

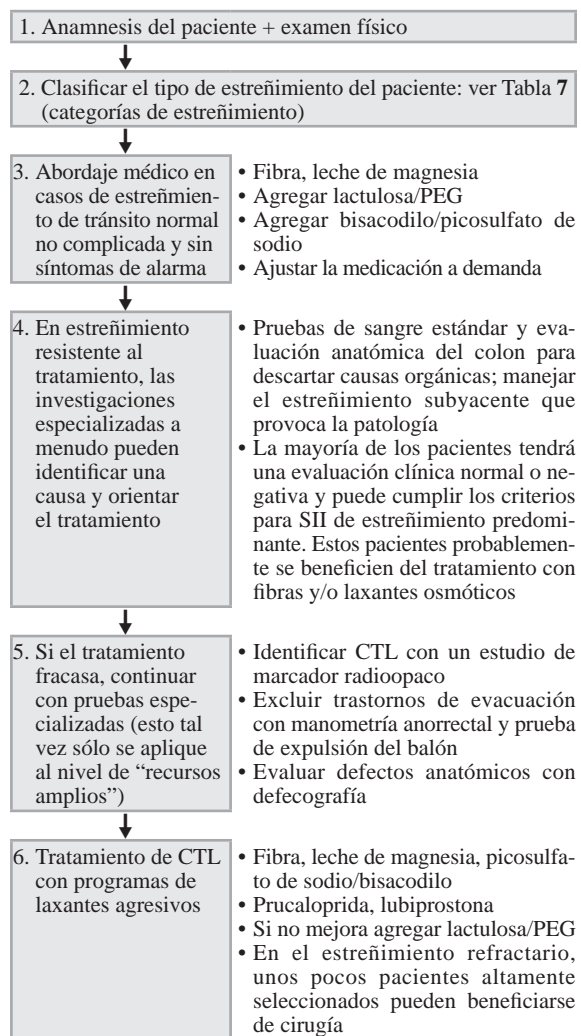
Nivel 3: Recursos amplios

- Anamnesis y examen físico general.
- Examen ano rectal. Diario con registro de los movimientos intestinales durante 1 semana.
- Estudio del tránsito usando marcadores radioopacos.
- Defecografía o proctografía -resonancia magnética (RMN).
- Manometría anorrectal.
- Electromiografía (EMG) del esfínter.

4. Tratamiento

4.1. Esquema para el manejo general del estreñimiento

Tabla 8. Manejo general del estreñimiento



SII: síndrome de intestino irritable; PEG, polietilenglicol; CTL, estreñimiento por tránsito lento.

4.2. Abordaje sintomático

Una vez que se haya estudiado y descartado un estreñimiento orgánico y secundario, la mayoría de los casos pueden ser manejados adecuadamente con un abordaje sintomático.

- El abordaje graduado del tratamiento se basa en recomendar cambios en el estilo de vida y la dieta, interrumpiendo o reduciendo medicaciones que producen estreñimiento y administrando suplementos con fibra u otros agentes formadores de volumen. Generalmente se recomienda un aumento gradual de la fibra (ya sea como suplementos estandarizados o incorporada en la dieta) y un aumento de la ingesta de líquidos.
- El segundo paso en el abordaje graduado es agregar laxantes osmóticos. La mejor evidencia es utilizar polietilenglicol, pero también existe buena evidencia para la lactulosa. Las nuevas drogas lubiprostona y linaclotida actúan estimulando la secreción ileal y aumentando así el agua fecal. Prucaloprida también está aprobada en muchos países y en Europa.
- El tercer paso incluye laxantes estimulantes, enemas, y fármacos proquinéticos. Se pueden administrar laxantes estimulantes por vía oral o rectal para estimular la actividad motriz colorrectal. Los fármacos proquinéticos también buscan aumentar la actividad de propulsión del colon, pero a diferencia de los laxantes estimulantes, que deben tomarse ocasionalmente, estos están diseñados para administrarse a diario.

4.3. Dieta y suplementos

- La modificación de la dieta puede consistir en agregar fibras para lograr una dieta rica en fibras (25 g de fibras) y suplementos de líquidos (hasta 1,5-2,0 L/día); puede mejorar la frecuencia de las deposiciones y disminuir la necesidad de laxantes.
- No existen evidencias que las medidas vinculadas a la dieta y al estilo de vida tengan ningún efecto sobre el estreñimiento en los individuos de edad, mientras que los suplementos de fibra y los laxantes osmóticos simples, habitualmente constituyen un manejo adecuado para el estreñimiento en estos pacientes.
- En los pacientes con dilatación colónica debe evitarse la suplementación con fibras.
- Los suplementos con psilio y lactulosa pueden ser útiles para el tratamiento del estreñimiento crónico.

4.4. Medicación

- Los trastornos de evacuación responden mal a los programas de laxantes orales estándar. Si un trastorno de la evacuación interviene de manera considerable en el estreñimiento, debe considerarse *biofeedback* y entrenamiento de la musculatura pélvica. Entre los factores críticos para el éxito se encuentran

el nivel de motivación del paciente, la frecuencia del programa de entrenamiento y la participación de un psicólogo conductista y un nutricionista.

- Si falla el abordaje de la dieta, se puede utilizar polietilenglicol (17 g de laxante PEG durante 14 días) o lubiprostona (24 mg dos veces por día) para promover la función intestinal en los pacientes con estreñimiento crónico.
- Los agentes proquinéticos (por ejemplo, prucaloprida un antagonista de los receptores 5-HT₄) pueden utilizarse en el SII con predominancia del estreñimiento.
- Los agentes laxantes sencillos, como leche de magnesia, senna, bisacodilo, y los agentes que ablandan las heces son una elección razonable para tratar el estreñimiento.

4.5. Cirugía

- Si el tratamiento fracasa una y otra vez en el estreñimiento por tránsito lento, un grupo seleccionado de pacientes bien evaluados e informados pueden beneficiarse de una colectomía total con anastomosis ileorrectal. La indicación excepcional de colectomía debe establecerse en un centro terciario especializado y con experiencia. Pueden verse resultados decepcionantes, en los que el paciente puede quedar con incontinencia fecal y estreñimiento recurrente después de la cirugía, especialmente con trastornos de la evacuación.
- Son muy pocos los pacientes que se benefician de una colostomía (reversible) para tratar el estreñimiento.

4.6. Resumen basado en la evidencia

Tabla 9. Resumen: base de evidencia para el tratamiento del estreñimiento (adaptado de Rao SS, *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2009; 19: 117-39)

Modalidades de tratamiento usados comúnmente para el estreñimiento		Nivel de recomendación y grado de evidencia
Agentes de volumen	Psilio	Nivel II, grado B
	Policarbofilo cálcico	Nivel III, grado C
	Salvado	Nivel III, grado C
	Metilcelulosa	Nivel III, grado C
Laxantes osmóticos	Polietilenglicol	Nivel I, grado A
	Lactulosa	Nivel II, grado B
Agentes humidificantes	Diocil sulfosuccinato	Nivel III, grado C
Laxantes estimulantes	Bisacodil/picosulfato de sodio	Nivel II, grado B*
	Senna	Nivel III, grado C
Otros	Prucaloprida	Nivel I, grado A*
	Lubiprostona	Nivel I, grado A*
	Terapia de <i>biofeedback</i> para trastornos de la evacuación	Nivel I, grado A
	Linaclotida	Nivel II, grado B*
	Cirugía para inercia colónica severa	Nivel II, grado B

*Adaptado por el actual equipo de revisión de las guías de estreñimiento.

Guías Clínicas

4.7. Opciones en cascada para el tratamiento del estreñimiento crónico

La siguiente cascada está destinada a pacientes con estreñimiento crónico sin síntomas de alarma y con poca o ninguna sospecha de un trastorno de la evacuación. Los principales síntomas serían deposiciones duras y/o movimientos intestinales infrecuentes.

Nivel 1: Recursos limitados

- Asesoramiento nutricional (fibra y líquidos).
- Suplementación con fibras.
- Leche de magnesia (hidróxido de magnesio en una solución acuosa).
- Laxantes estimulantes (bisacodilo mejor que senna) de uso transitorio.

Nivel 2: Recursos intermedios

- Asesoramiento nutricional (fibra y líquidos).
- Suplementación con fibras, psilio.
- Leche de magnesia, lactulosa, macrogol.
- Laxantes estimulantes de uso transitorio.

Nivel 3: Recursos amplios

- Asesoramiento nutricional (fibra y líquidos).
- Psilio o lactulosa.
- Macrogol o lubiproston.
- Proquinéticos (prucaloprida).
- Laxantes estimulantes (bisacodilo o picosulfato de sodio).

4.8. Opciones en cascada para el tratamiento de los trastornos de la evacuación

Esta cascada se aplica a pacientes con estreñimiento crónico sin síntomas de alarma pero con sospecha de un trastorno de la evacuación. Los principales síntomas serían esfuerzo defecatorio prolongado, sensación de evacuación incompleta, deposiciones finas, sensación de bloqueo (estar tapado), o falla del tratamiento por estreñimiento con materias duras.

Nivel 1: Recursos limitados

- Asesoramiento nutricional y comportamental (fibra, líquidos, entrenamiento intestinal con horarios).
- Terapia para el estreñimiento crónico.

Nivel 2: Recursos intermedios

- Asesoramiento nutricional y comportamental (fibra, líquidos, entrenamiento intestinal con horarios).
- Terapia para el estreñimiento crónico.
- Terapia de *biofeedback*.

Nivel 3: Recursos amplios

- Asesoramiento nutricional y comportamental (fibra, líquidos, entrenamiento intestinal con horarios).
- Terapia para el estreñimiento crónico.
- Terapia de *biofeedback*.
- Evaluación quirúrgica.