



S.E.G.O.
Sociedad Española de
Ginecología y Obstetricia



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO

Protocolo S.E.G.O.
Mayo 2013

¿PORQUE UN PROTOCOLO DE ESTREÑIMIENTO?

- El estreñimiento en el embarazo se entiende como algo habitual y normal, con unas bases fisiológicas y mecánicas que lo justifican.
- A pesar de la alta prevalencia, se toma como algo banal o secundario.
 - ▶ Sólo en determinadas circunstancias adquiere un nivel de importancia suficiente para requerir un tratamiento “más agresivo”: en el caso de existencia de hemorroides, fístulas o desgarros, o cuando los días sin defecar son excesivos.
 - ▶ Estos casos suponen aprox. el 10% de los casos de estreñimiento en embarazadas.
- El conocimiento de tratamientos para el estreñimiento es escaso, y su uso sigue un proceso escalonado:
 - Dieta ----Fibra----Plantago Ovata-----Lactulosa----Microenema.



¿PORQUE UN PROTOCOLO DE ESTREÑIMIENTO?

- El tratamiento del estreñimiento en embarazadas cuenta con varias barreras:
 - Primero, debe responder a la pregunta de ¿es necesario tratarlo?
 - ▶ El estreñimiento se considera algo normal e inherente al embarazo.
 - ▶ No es una enfermedad sino un síntoma o una consecuencia de los cambios fisiológicos que provoca el embarazo, y muchas veces también de unos malos hábitos higiénico-dietéticos.
 - ▶ No hay un criterio diagnóstico claro (¿a partir de cuantos días?), dejándose a la capacidad de la mujer para aguantar o considerarlo incómodo.
 - Segundo, el tratamiento debe ser lo más natural posible.
 - Tanto embarazadas como profesionales son reticentes a los fármacos en el embarazo.
 - Una buena alimentación y hábitos saludables (andar...) suelen ser suficiente.
 - En caso necesario existen remedios naturales (fibra, plantago ovata..)



AUTORES DEL PROTOCOLO



- COORDINADOR

Txantón Martínez-Astorquiza Ortiz de Zarate

Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Cruces.

Profesor Agregado Acreditado Universidad del País Vasco.

Presidente Sección Medicina Perinatal – SEGO.

- AUTORES

Mercedes Fraca Padilla

Jefe Sección de Obstetricia de Hospital Universitario Basurto.

Presidenta Sociedad Vasca de Ginecología y Obstetricia-SEGO.

Miguel Muñoz-Navas

Director del Servicio de Digestivo de la Clínica Universidad de Navarra.

Presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva.

Enrique Rey Díaz-Rubio

Profesor Titular de Medicina en la Universidad Complutense Madrid.

Jefe de Servicio de Aparato Digestivo en el Hospital Clínico San Carlos Madrid.



ESTREÑIMIENTO



- ▶ 14% población occidental.
- ▶ Mayor prevalencia en mujeres.
- ▶ **Embarazo: 1/3 mujeres sufren estreñimiento.**
- ▶ Más frecuente en multíparas que en primíparas.
- ▶ Difícil definirlo:
 - ▶ Variabilidad hábito intestinal normal.
 - ▶ Componente subjetivo.

Paciente: alteración hábito intestinal : **↑consistencia heces, ↓ nº deposiciones,**
sensación evacuación incompleta o esfuerzo excesivo para defecar

Mujer embarazada: percepción subjetiva del cambio del hábito intestinal.

Profesional sanitario: Diagnóstico por Criterios de Roma III

▶ Ponce J, Martínez B, Fernández A, et al. Constipation during pregnancy: a longitudinal survey based on self-reported symptoms and the Rome II criteria. Eur J Gastroenterol Hepatol 2008; 20: 56-61.
Diagnóstico y tratamiento del estreñimiento durante el embarazo. Protocolo S.E.G.O 2013

CRITERIOS ROMA III



Criterios de Roma III para ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

Presencia de 2 o más síntomas, en los últimos 6 meses :

- < 3 defecaciones/semana.
- Esfuerzo en más del 25% de las defecaciones.
- Digitación en más del 25% de las defecaciones.
- Sensación de evacuación incompleta en + 25% de las defecaciones.
- Sensación de obstrucción o bloqueo ano-rectal en + 25% de las defecaciones.
- Maniobras manuales en + 25% de las defecaciones.
- No presentan deposiciones blandas o líquidas.
- No cumple criterios de Síndrome de Intestino Irritable.

ETIOLOGÍA



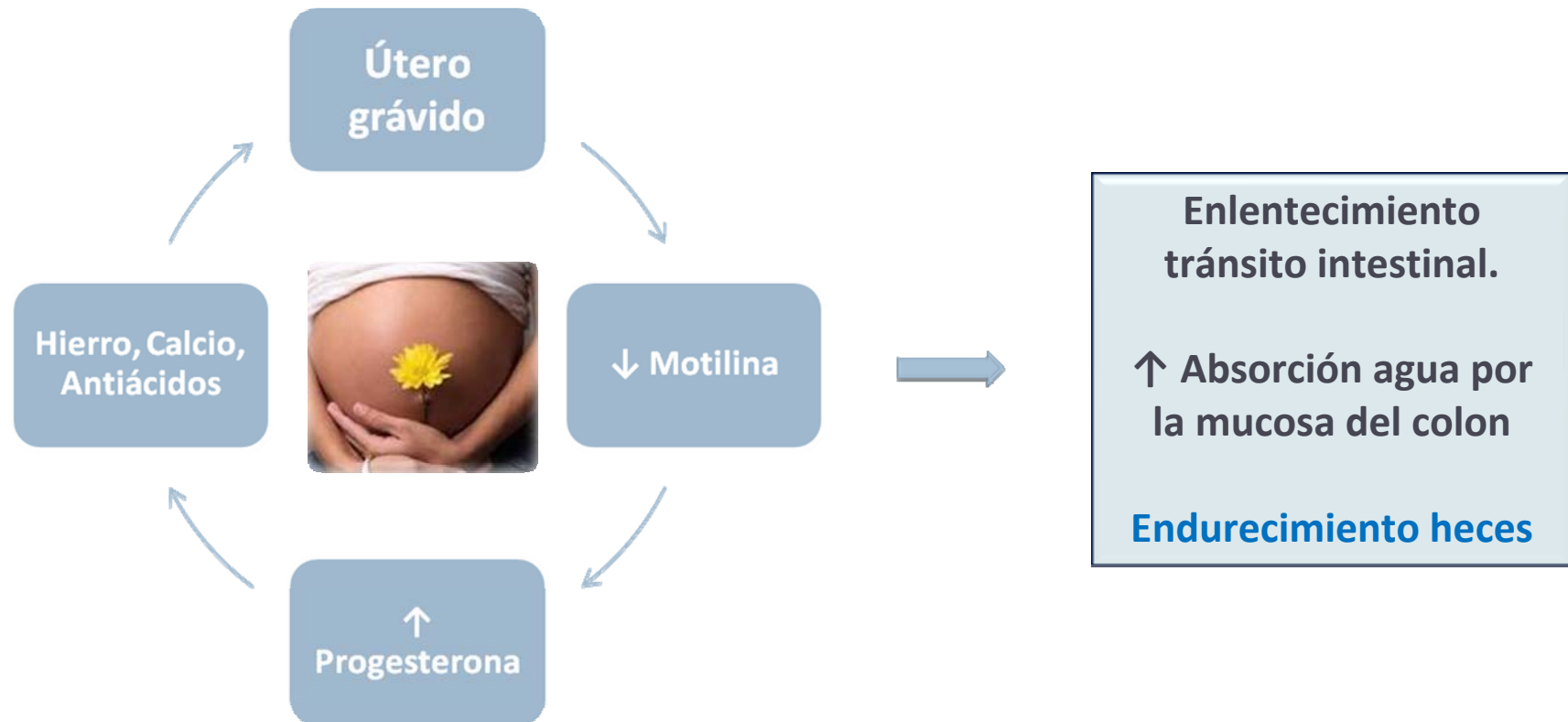
▶ Factores de riesgo:

- ▶ Edad > 55 años.
- ▶ Cirugía abdominal o perianal reciente.
- ▶ Embarazo.
- ▶ Sedentarismo.
- ▶ Dieta inadecuada (Pobre en líquidos y fibra).
- ▶ Medicamentos: hierro, calcio, antihistamínicos, antidepresivos, opiáceos, anticolinérgicos.
- ▶ Historia de abuso de laxantes.
- ▶ Enfermedades asociadas.
- ▶ Viajes.



ESTREÑIMIENTO EN EL EMBARAZO

Existen una serie de **factores asociados al embarazo** que promueven el estreñimiento.



Wald A, Van Thiel DH, Hoehstetter L, et al. Effect of pregnancy on gastrointestinal transit. Dig Dis Sci 1982; 27:1015-8.
Lawson M, Kern F Jr, Everson GT. Gastrointestinal transit time in human pregnancy: prolongation in the second and third trimesters followed by postpartum normalization. Gastroenterology 1985; 89: 996-9.
Kumar, D. In vitro inhibitory effect of progesterone on extrauterine human smooth muscle. Obstet Gynecol 1962; 84:1300.

DIAGNÓSTICO



▶ ANAMNESIS

- ▶ Descripción síntomas embarazada:
 - ▶ Frecuencia de las deposiciones.
 - ▶ Consistencia.
 - ▶ Dificultad durante la defecación.
 - ▶ Distensión abdominal.
 - ▶ Dolor abdominal.

DIAGNÓSTICO



▶ EXAMEN FÍSICO

- ▶ Inspección anal y tacto rectal para descartar fisuras, hemorroides externas o impactación fecal.
- ▶ Sospechar disinergia defecatoria.
- ▶ Si el estreñimiento comienza en el embarazo: fácil diagnosis para obstetra.
- ▶ Si el estreñimiento data de antes: estudios diagnósticos deben esperar al parto salvo que haya sospecha de enfermedad orgánica grave (colonoscopia → contraindicada).

TRATAMIENTO



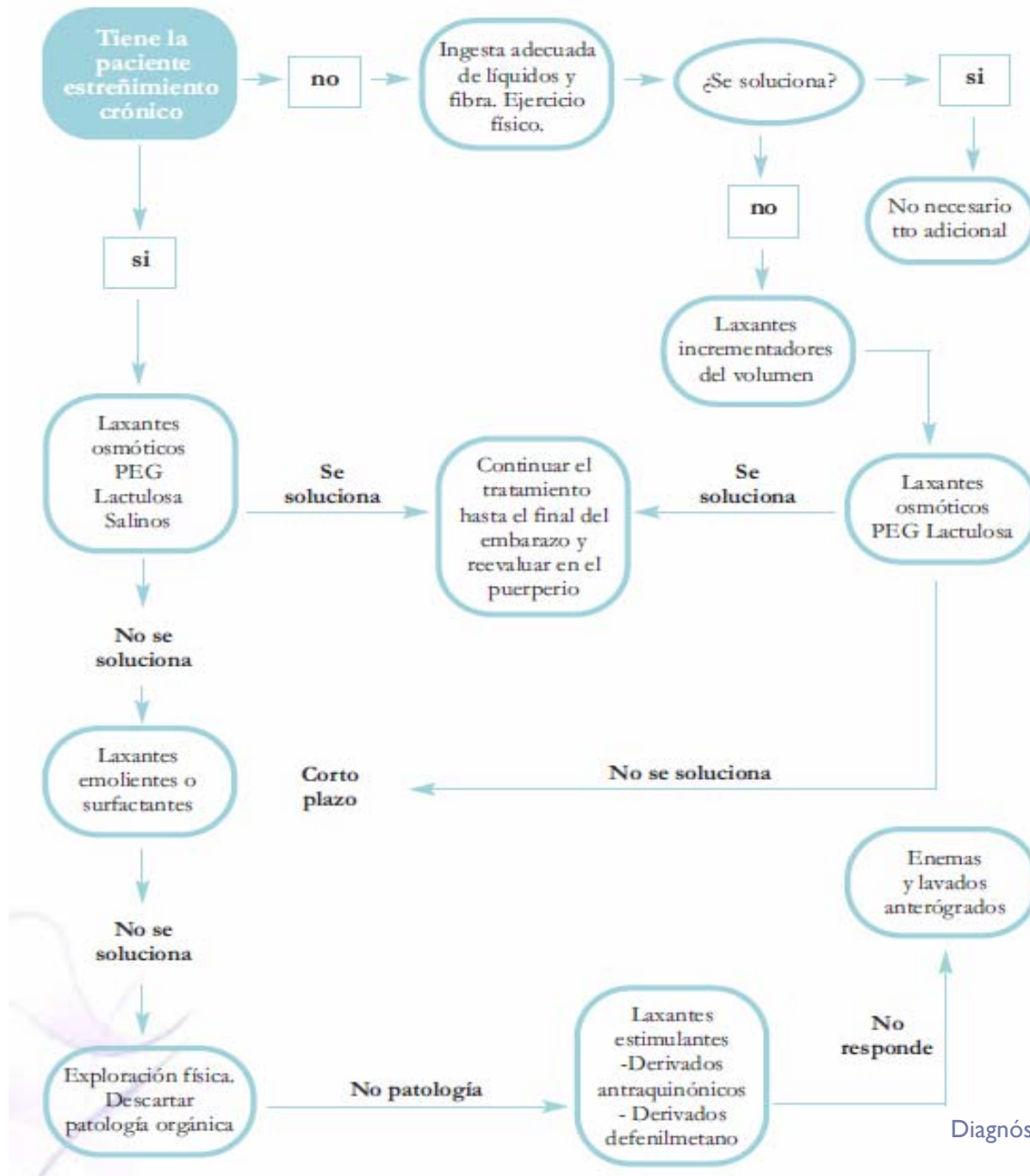
▶ **Medidas generales**

- ▶ Aumentar ingesta de líquidos: 8 vasos agua + zumo /día
- ▶ Aumentar consumo fibra: 20-35 g/día.
- ▶ Ejercicio regular (caminar, natación, bicicleta fija, yoga).
- ▶ Correcto hábito intestinal:
 - ▶ Intentar evacuar al levantarse o después comidas(mayor reflejo gastro-cólico).
 - ▶ Destinar tiempo necesario.
 - ▶ Defecar en el momento de necesidad, no dejarlo para mas tarde.

▶ **Tratamiento farmacológico**

- ▶ Fármacos: lubiprostona y prucalopride -> no recomendable
- ▶ **Laxantes**

ALGORITMO TRATAMIENTO



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Laxantes incrementadores de volumen.
 - Laxantes osmóticos.
- Laxantes emolientes o surfactantes.
 - Laxantes estimulantes.
- Enemas y lavados retrógados.



TIPOS DE LAXANTES Y USO DURANTE EMBARAZO



INCREMENTADORES DE VOLUMEN

- ▶ 1ª elección en embarazo.
- ▶ Origen natural: semillas Plántago ovata, goma guar.
- ▶ Sintéticos: metilcelulosa.
- ▶ NO indicados en estreñimiento agudo: efecto en 12-72 horas.
- ▶ Pueden producir distensión abdominal.
- ▶ Asegurarse una ingesta adecuada de líquidos.

LAXANTES POR VÍA RECTAL

- ▶ Uso limitado debido al **potencial efecto mecánico sobre el útero** grávido.
- ▶ Si se utilizan → manipulación cautelosa con la cánula.
- ▶ Desimpactación (manual o lavados retrógrados) requiere manipulación prudente.

TIPOS DE LAXANTES Y USO DURANTE EMBARAZO



OSMÓTICOS: AUMENTO PRESIÓN OSMÓTICA EN LUZ INTESTINAL – HIDRATACIÓN HECES

▶ **Macromoléculas: PEG**

- ▶ Retienen el líquido con el que se ingiere el producto en la luz intestinal.
- ▶ **Inerte y mínimamente absorbido.**
- ▶ **Fármaco de elección en el embarazo.**

▶ **Laxantes derivados de azúcares (lactosa y lactitol):**

- ▶ Son metabolizados por la microbiota -> producen AGCC, Co₂ y H₂ -> ↓ pH -> favorece peristaltismo
- ▶ Datos sobre su seguridad parecen insuficientes para recomendar utilización rutinaria.

▶ **Laxantes salinos: compuestos de magnesio (citrato, sulfato e hidrógeno) y sodio (fosfato y bifosfato)**

- ▶ Pueden inducir hipernatremia, hipermagnesemia y depresión SNC.
- ▶ Aconsejable tratamientos cortos y con ingesta adecuada de líquidos.

TIPOS DE LAXANTES Y USO DURANTE EMBARAZO



EMOLIENTES O SURFACTANTES: HIDRATAN Y HUMEDECEN LAS HECES

- ▶ Docusato en forma de sales de sodio, potasio o calcio.
- ▶ Se puede indicar en casos de heces muy duras, a corto plazo para evitar esfuerzo defecatorio intenso.

ESTIMULANTES: ESTIMULAN ACTIVIDAD MOTORA Y PROMUEVEN SECRECIÓN AGUA Y ELECTROLITOS DENTRO DEL INTESTINO

- ▶ **Laxantes antraquinónicos:** provienen de plantas (cáscara sagrada, sen, frángula y ruibarbo, pueden considerarse bastante seguros) y laxantes derivados del difenilmetano (bisacodilo): su uso en el embarazo debe **limitarse a periodos cortos de tiempo.**



EFICACIA LAXANTES

No existen estudios comparativos de las diferentes pautas terapéuticas en el embarazo

1ª opción terapéutica: medidas higiénico dietéticas aunque la información de ensayos controlados es muy limitada. **NIVEL EVIDENCIA D**

Laxantes formadores de bolo + eficaces que placebo, estudios limitados. **NIVEL EVIDENCIA B**

Laxantes osmóticos + eficaces que placebo y PEG superior a lactulosa. **NIVEL EVIDENCIA A**

Difenilmetanos son más eficaces que placebo: **NIVEL EVIDENCIA B**

Derivados antraquinónicos son superiores a placebo, estudios limitados y de baja calidad: **NIVEL EVIDENCIA C**



S.E.G.O.
Sociedad Española de
Ginecología y Obstetricia

