

Revista Colombiana de Gastroenterología
ISSN: 0120-9957
revistagastro@cable.net.co
Asociación Colombiana de Gastroenterologia
Colombia

Rincón S., Reinaldo Andrés; Grillo A, Carlos Fernando; Rodríguez V., Alberto; Concha M, Alejandro; Costa B., Valeria; Gómez, Álvaro Andrés; Núñez, Edilberto; Medina T., Yudy Andrea; Pardo, Rodrigo; Otero R, William; Sabbagh, Luis

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico funcional en población adulta

Revista Colombiana de Gastroenterología, vol. 30, núm. 1, 2015, pp. 57-66
Asociación Colombiana de Gastroenterologia
Bogotá, Colombia

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337744269007

Cómo citar el artículo
Número completo
Más información del artículo
Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico funcional en población adulta

Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Adult Patients with Functional Chronic Constipation

Reinaldo Andrés Rincón S., MD,[1] Carlos Fernando Grillo A, MD,[2] Alberto Rodríguez V., MD,[3] Alejandro Concha M., MD,[4] Valeria Costa B., MD,[5] Álvaro Andrés Gómez, MD,[6] Edilberto Núñez, MD,[6] Yudy Andrea Medina T.,[7] Rodrigo Pardo, MD,[8] William Otero R., MD,[9] Luis Sabbagh, MD.[10]

[1] Profesor de medicina interna y gastroenterología, Pontificia Universidad Javeriana. Clínica Shaio. Asociación Colombiana de Gastroenterología. Bogotá-Colombia.
[2] Médico cirujano, especialista en obstetricia y ginecología, magíster en epidemiología clínica, profesor departamento de Ginecología y Obstetricia, Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia.
[3] Profesor titular de medicina interna y gastroenterología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá-Colombia.
[4] Médico cirujano, especialista en medicina interna, especialista en gastroenterología y endoscopia digestiva, Clínica Shaio. Bogotá-Colombia.
[5] Médico cirujano, especialista en medicina interna, especialista en gastroenterología y endoscopia digestiva, Hospital Universitario San Ignacio, Universidad Javeriana. Bogotá-Colombia.
[6] Médico internista, especialista en entrenamiento de gastroenterología y endoscopia digestiva, Hospital Universitario San Ignacio, Universidad Javeriana. Bogotá-Colombia.
[7] Fonoaudióloga, especialista en audiología, candidata a magíster en epidemiología clínica, Universidad Nacional de Colombia. Investigadora asociada, Instituto para la Evaluación de la Calidad y Atención en Salud. Bogotá-Colombia.
[8] Médico cirujano, especialista en medicina interna, magíster en epidemiología clínica, director Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia.
[9] Profesor titular de medicina, Coordinador de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Ex-presidente Asociación Colombiana de Gastroenterología, Ex-presidente Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva. Miembro honorario Sociedad Dominicana de Gastroenterología. Miembro Honorario Sociedad Venezolana de Endoscopia Digestiva, Gastroenterólogo, Clínica Fundadores.
[10] Médico cirujano, especialista en gastroenterología. Presidente de la Asociación Colombiana de Gastroenterología. Bogotá-Colombia.

Contacto: Reinaldo Rincón ramrs@yahoo.com

Resumen

Objetivo: diseñar una guía de práctica clínica para orientar el diagnóstico, y establecer la clasificación y el tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes adultos con estreñimiento crónico funcional en Colombia.

Materiales y métodos: el grupo desarrollador de la presente guía estuvo conformado por un equipo multidisciplinario con apoyo de la Asociación Colombiana de Gastroenterología, el Grupo Cochrane ITS y el Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia. Se desarrollaron preguntas clínicas relevantes y se realizó la búsqueda de guías nacionales e internacionales en bases de datos especializadas. Las guías existentes fueron evaluadas en términos de calidad y aplicabilidad; ninguna de ellas cumplió criterios de adaptación, por lo que se decidió desarrollar una guía *de novo*. El Grupo Cochrane realizó la búsqueda sistemática de la literatura. Las tablas de evidencia y recomendaciones fueron realizadas usando la metodología GRADE.

Resultados: se desarrolló una guía de práctica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico, clasificación y tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con estreñimiento crónico funcional en Colombia.

Conclusiones: se establecieron los criterios clínicos y signos de alarma, las pruebas diagnósticas y los esquemas terapéuticos que se recomiendan en la atención de los pacientes con estreñimiento crónico funcional en Colombia.

Palabras clave

Estreñimiento, diagnóstico, terapéutica, guía de práctica clínica (DeCS).

Abstract

Objective: Design a clinical practice guideline to orient the diagnosis and establishing the classification and pharmacological and non-pharmacological treatment in adult patients with chronic functional constipation in Colombia.

Materials and Methods: This guide was developed by a multidisciplinary team with the support of the Colombian Association of Gastroenterology, Cochrane STI Group and Clinical Research Institute of the Universidad Nacional de Colombia. Relevant clinical questions were developed and the search for national and international guidelines in databases was performed. Existing guidelines were evaluated for quality and applicability. None of the guidelines met the criteria for adaptation, so the group decided to develop a *de novo* guideline. Systematic literature searches were conducted by the Cochrane Group. The tables of evidence and recommendations were made based on the GRADE methodology.

Results: A clinical practice based on evidence was developed for the diagnosis, classification and pharmacological and non-pharmacological treatment of patients with chronic functional constipation in Colombia.

Conclusions: The clinical criteria and warning signs, diagnostic tests and therapeutic regimens that are recommended in the care of patients with chronic functional constipation were established in Colombia.

Keywords

Constipation, diagnosis, therapy, clinical practice guideline (DeCS).

© 2015 Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología

PROPÓSITO Y ALCANCE

Esta guía de práctica clínica (GPC) está dirigida a los profesionales de la salud que atienden directamente a los pacientes con estreñimiento crónico funcional con el propósito de brindar una aproximación escalonada y racional de esta patología, disminuyendo la variabilidad injustificada en el diagnóstico y tratamiento. Su enfoque está dirigido hacia aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico. La población objetivo son pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de estreñimiento crónico funcional, saliendo del alcance de la presente guía pacientes con aganglionosis del colon, pseudoobstrucción intestinal idiopática, estenosis o cirugías del tracto gastrointestinal, enfermedades neurológicas o reumatológicas, secuelas de trauma raquimedular, y usuarios de medicamentos que alteren la motilidad gastrointestinal.

La guía brinda recomendaciones en aspectos de diagnóstico y tratamiento que buscan apoyar al personal de salud que atiende pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de estreñimiento crónico funcional en todos los niveles de atención, independientemente de su vinculación al Sistema General de Salud.

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento crónico funcional se define como la presencia de movimientos intestinales infrecuentes asociados con la coexistencia de síntomas como materia fecal dura y en bultos, esfuerzo defecatorio, sensación de evacuación incompleta y distensión abdominal (1). Esta condición es una afección universal (2, 3) con una prevalencia global cercana al 15% (1) y que afecta principalmente a mujeres, ancianos y poblaciones con bajo nivel socioeconómico (4). Dentro del estudio de esta condición se han encontrado como factores de riesgo asociados la presencia de enfermedades del colon (estenosis, cáncer, fisura anal, proctitis), alteraciones metabólicas (hipercalcemia, hipotiroidismo, diabetes) y enfermedades neurológicas (trauma raquimedular) (5). Frecuentemente, el estreñimiento está relacionado con alteraciones en la función anorrectal y/o el piso pélvico (5), siendo consideradas elementos clave en la explicación fisiopatológica de la enfermedad (6).

De acuerdo con el Colegio Americano de Gastroenterología, el estreñimiento crónico funcional se define mediante los criterios clasificatorios de Roma III (7). En lo concerniente al tratamiento, la mayoría de los pacientes que padecen estreñimiento crónico no son estudiados y reciben tratamiento empírico con base en laxantes sin considerar que el curso clínico es variable, y que hay pacientes que pueden presentar mejoría de su condición mediante modificaciones de su estilo de vida (1).

La importancia del estreñimiento crónico en los servicios de salud radica en el consumo de recursos médicos asociados con esta condición; en Estados Unidos fueron reportados 2,5 millones de hospitalizaciones relacionadas con el estudio y tratamiento de esta situación (8), con costos adicionales para el paciente de 400 dólares al año por cada uno (9). Junto a la carga para el sistema de salud, esta condición adquiere importancia debido a que, si bien se disponen de algoritmos claros de diagnóstico e indicaciones específicas de tratamiento, el conocimiento actual y la aplicación de estas medidas, en ocasiones sin soportes claros en la evidencia, hacen entrever vacíos importantes que empeoran la optimización de los recursos humanos y técnicos en el manejo del estreñimiento crónico (5, 10).

Al tener en cuenta lo anterior, se decidió realizar esta guía de práctica clínica con el objetivo de disminuir la variabilidad injustificada en las etapas de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con estreñimiento crónico funcional mediante indicaciones claras sobre la clasificación diagnóstica y una adecuada orientación del tratamiento.

METODOLOGÍA

El grupo desarrollador de la guía (GDG) diseñó una metodología rápida para la elaboración de esta guía. Para mayor información, la versión larga de la guía se encuentra en http://www.gastrocol.com/. El GDG contó con la participación de expertos temáticos en gastroenterología, medicina interna, nutrición, salud pública, diseño de políticas y epidemiología clínica, los cuales declararon no tener conflictos de interés frente a las intervenciones evaluadas en esta guía. El GDG recibió apoyo por parte de la Asociación Colombiana de Gastroenterología, el Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia y el Grupo Cochrane STI; este último realizó la búsqueda sistemática de la literatura y la consecución de los artículos de estudios.

El GDG realizó una búsqueda sistemática de la literatura con el objeto de detectar todas las GPC nacionales e internacionales que abordaran el manejo de pacientes adultos con estreñimiento crónico. La búsqueda se realizó en TRIP database, Medline, EMBASE, Biblioteca Cochrane, LILACS y literatura gris. Se evaluó la calidad de las GPC recuperadas con el instrumento AGREE II (11). Una vez se obtuvo la calidad global de cada guía, se construyó una matriz de decisión que considera el tipo de guía, fecha de publicación, concordancia de los objetivos y alcance de la misma. Con base en los resultados de la matriz de decisión se consideró que la guía sería desarrollada *de novo*.

Todas las preguntas a desarrollar se estructuraron en formato PICO (población, intervención, comparación y desenlaces). El primer paso fue la búsqueda metódica de

revisiones sistemáticas publicadas de las bases de datos especializadas hasta mayo de 2015. Las revisiones sistemáticas (RS) identificadas fueron evaluadas con la herramienta AMSTAR (12). La síntesis de los estudios seleccionados se realizó a través de la construcción de los perfiles de evidencia en www.guidleinedevelopment.org y los niveles de evidencia fueron graduados según la clasificación GRADE (alta, moderada, baja y muy baja) (13, 14).

NIVEL DE EVIDENCIA

Calidad Global de la evidencia GRADE

Calificación	Juicio	Características
A	Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado
B	Moderada ⊕⊕⊕O	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado
C	Baja ⊕⊕OO	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado
D	Muy baja ⊕OOO	Cualquier resultado estimado es muy incierto

La graduación de la fuerza y dirección de cada recomendación se determinó con base en el nivel de evidencia y otras consideraciones adicionales que fueron revisadas en pleno por el GDG, el ente gestor y los grupos de interés. Este ejercicio se desarrolló mediante la construcción de una mesa de trabajo que generó la fuerza de la recomendación de acuerdo con:

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. **SE RECOMIENDA HACERLO**
Débil a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. **SE SUGIERE HACERLO**
Débil en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. **SE SUGIERE NO HACERLO**
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. **SE RECOMIENDA NO HACERLO**
Punto de buena práctica	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica del Grupo Desarrollador de la Guía

Las recomendaciones de la guía fueron socializadas en una reunión de expertos, entes gubernamentales y pacientes.

RECOMENDACIONES GENERALES

Diagnóstico

Pregunta 1: ¿cuáles son los signos y síntomas que hacen sospechar la presencia de estreñimiento crónico funcional en la población adulta?

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor	1	Se recomienda sospechar de estreñimiento crónico funcional (primario) en pacientes que consulten por disminución de la frecuencia (menos de 3 veces por semana), aumento de la consistencia (Bristol 1 y 2), sensación de evacuación incompleta y utilización de maniobras manuales para extraer las heces. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕OOO**

Una RS evaluó la exactitud diagnóstica de la historia clínica y el examen físico para descartar patología orgánica en pacientes con síntomas abdominales bajos usando como patrón de oro la combinación de enema de bario, colonoscopia y tomografía axial computarizada. El estudio encontró que la sensación de evacuación incompleta posee un discreto desempeño para descartar la patología orgánica en (sensibilidad de 74%, IC 95% con rango de 66% a 82%, especificidad de 45%, IC 95% con rango de 31% a 60%, LR+ de 1,3, IC 95% con rango de 1,1 a 1,5, LR negativo de 0,62 IC 95% con rango de 0,48 a 0,80). Calidad de la evidencia: muy baja (15).

Pregunta 2: ¿cuál es la utilidad de los criterios clínicos basados en síntomas para el diagnóstico del estreñimiento crónico funcional en población adulta?

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor	2	Se recomienda el uso de los criterios Roma III para establecer el diagnóstico de estreñimiento crónico funcional en pacientes mayores de 16 años. **Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕OO**

Una RS del 2009 evaluó la utilidad diagnóstica de los criterios basados en síntomas para excluir la patología orgánica gastrointestinal en pacientes mayores de 18 años que asistieron a cuidado primario por síntomas abdominales no agudos con más de 2 semanas de duración, usando como patrón de oro el seguimiento clínico por más de 1 año. La revisión reportó que los criterios Bellentani mostraron un discreto desempeño (rango de sensibilidad del 35% al 76%, rango de especificidad del 82% a 93%, rango VPP de 3% a 14%, rango VPN de 19% a 69%), al igual que los crite-

rios de Kruis (rango de sensibilidad de 33% a 82%, rango de especificidad de 53% a 99%, rango VPP de 3% a 40%, rango VPN de 31% a 91%), los de Talley (rango de sensibilidad de 44% a 85%, rango de especificidad de 60% a 68%, rango VPP de 24% a 29%, rango VPN de 32% a 78%), los de Wasson (rango de sensibilidad de 34% a 43%, rango de especificidad de 82% a 91%, rango VPP de 5% a 24%, rango VPN de 24% a 54%) y los de Mazumdar (rango de sensibilidad de 66% a 91%, rango de especificidad 41% a 100%, rango VPP de 0% a 15%, rango VPN de 20% a 80%); los criterios clínicos de Manning también demostraron un modesto desempeño al momento de descartar la presencia de la patología orgánica, que permaneció constante incluso cuando se realizó un análisis de sensibilidad de acuerdo con el punto de corte. Del mismo modo que los criterios anteriores, los criterios Roma I y Roma II mostraron un modesto desempeño diagnóstico (Roma I: rango de sensibilidad de 53% a 83%, rango de especificidad de 33% a 85%, rango VPP de 4% a 37%, rango VPN de 8% a 73%; Roma II: rango de sensibilidad de 31% a 69%, rango de especificidad de 33% a 100%, rango VPP de 5% a 39%, rango VPN de 2% a 77%). Calidad de la evidencia: baja (16).

Para los criterios Roma III, se encontró un estudio de cohorte en población adulta que usó como patrón de oro la colonoscopia con o sin biopsia y se encontró un moderado desempeño de estos criterios para descartar patología orgánica gastrointestinal (sensibilidad de 68%, IC 95% con rango de 63% a 73%, especificidad de 79%, IC 95% con rango de 77% a 81%, LR+ de 3,35, IC 95% con rango de 2,97 a 3,79, LR negativo de 0,39 IC 95% con rango de 0,34 a 0,46). Calidad de la evidencia: moderada (17).

Pregunta 3: ¿cuál es la utilidad diagnóstica de las pruebas usualmente realizadas para excluir patología orgánica en pacientes con estreñimiento funcional?

Recomendación	Resumen
Débil en contra	No se sugiere el uso rutinario del enema de bario en los pacientes con diagnóstico de estreñimiento crónico funcional. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○**
Punto de buena práctica	En pacientes con sospecha de patología estructural (signos de alarma) en quienes no sea factible realizar colonoscopia completa, se debe considerar colon por enema o colonografía por TAC como método diagnóstico alternativo
Débil a favor	Se sugiere realizar tránsito colónico con marcadores radiopacos en pacientes con estreñimiento crónico funcional refractario para clasificar el tipo de estreñimiento. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○**
Débil en contra	No se sugiere el uso rutinario de defecografía en pacientes con estreñimiento crónico funcional y con sospecha de defecación disinérgica. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○**
Punto de buena práctica	La defecografía se debe considerar como examen de segunda línea en pacientes con estreñimiento crónico funcional y con sospecha de defecación disinérgica cuando la manometría anorrectal tenga un resultado inconcluso o para identificar anormalidades anatómicas anorrectales no evidentes al examen físico
Débil a favor	Se sugiere realizar la prueba de expulsión de balón en pacientes con estreñimiento crónico con sospecha de defecación disinérgica. **Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○**
Fuerte a favor	Se recomienda realizar manometría anorrectal en pacientes con estreñimiento crónico con sospecha de defecación disinérgica. **Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○**
Punto de buena práctica	Se debe realizar manometría anorrectal de alta resolución cuando esta se encuentre disponible
Fuerte en contra	No se recomienda realizar de forma rutinaria colonoscopia o sigmoidoscopia en los pacientes con diagnóstico de estreñimiento crónico funcional. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○**
Punto de buena práctica	Se debe realizar colonoscopia en pacientes con estreñimiento crónico funcional que cursen con signos o síntomas de alarma
Débil en contra	No se sugiere el uso rutinario de paraclínicos (química sanguínea, hematología o función tiroidea) en pacientes con diagnóstico de estreñimiento crónico funcional. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○**
Punto de buena práctica	Cuando exista sospecha clínica de estreñimiento secundario, se deben realizar paraclínicos de acuerdo con la condición específica de cada paciente
Fuerte en contra	No se recomienda el uso rutinario de la radiografía de simple de abdomen en pacientes con diagnóstico de estreñimiento crónico funcional. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○**

Una RS evaluó la prevalencia de alteraciones orgánicas asociadas con la positividad de los exámenes paraclínicos en pacientes con diagnóstico de estreñimiento crónico funcional basado en criterios de Roma II. En la evaluación del enema de bario, la revisión no encontró asociación entre la positividad de este examen y la presencia de patología orgánica (OR 0,94, IC 95% con rango de 0,61 a 1,44). Para el tránsito colónico con marcadores radiopacos se documentó que la prevalencia de tránsito intestinal lento fue del 38% al 80 %;

este hallazgo fue similar en la evaluación de la defecografía, la cual presentó prevalencias de resultados normales entre el 10% al 75%, disinergia entre el 13% al 52%, rectocele entre el 9% al 56% e intususcepción de la mucosa entre el 3% al 59%. Para la prueba de expulsión de balón, la revisión encontró que la prevalencia de patología orgánica osciló entre el 23% al 67%, con una prevalencia de prueba positiva en controles sanos entre el 7% al 16%; para la manometría anorrectal, la revisión encontró que la frecuencia de disquinesia fue del 20% al 75 % en los participantes, con 16% en los controles; para la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la revisión documentó que el 1,6% de los pacientes evaluados tuvieron diagnóstico de cáncer de colon y el 14,4% de adenomas. Calidad de la evidencia: baja (18).

Pregunta 4: ¿cuáles son las manifestaciones clínicas que obligan a descartar la presencia de patología orgánica en pacientes con signos y síntomas sugestivos de estreñimiento crónico funcional?

Recomendación	Resumen
Fuerte a favor	Se recomienda realizar estudios complementarios según las manifestaciones clínicas predominantes ante la presencia de signos y síntomas de alarma en pacientes con estreñimiento crónico funcional. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕OOO**
Punto de buena práctica	Se deben tener presentes los siguientes signos y síntomas de alarma en pacientes con estreñimiento crónico funcional: 1. Pérdida de peso no intencional 2. Edad de inicio de los síntomas en mayores de 50 años 3. Sangrado gastrointestinal 5. Antecedente familiar de cáncer colorrectal 7. Masa al examen físico abdominal o rectal 8. Anemia

Una RS del 2011 evaluó la exactitud diagnóstica de los signos y síntomas de alarma para el diagnóstico de carcinoma colorrectal o pólipos colorrectales en la población mayor de 15 años, usando como patrones de oro la colonoscopia, sigmoidoscopia o el seguimiento clínico. Para el signo de "sangrado rectal oscuro", la revisión sistemática encontró que la presencia de este tiene un moderado desempeño para confirmar el hallazgo de carcinoma o pólipos colorrectales (curva ROC de 0,71, sensibilidad de 29%, IC 95% con rango de 9% a 55%, especificidad de 90%, IC 95% con rango de 72% a 97%, LR+ de 3,1, LR negativo de 0,8). El síntoma de "cambios en el hábito intestinal" tuvo un menor desempeño (curva ROC 0,57, sensibilidad de 32%, IC 95% con rango de 9 a 46, especificidad de 76%, IC 95% con rango de 65% a 85%, LR+ de 1,4, LR negativo de 0,9). El signo "pérdida de peso" tuvo una modesta exactitud (curva ROC de 0,67, sensibilidad de 20%, IC 95% con rango de 12% a 31%, especificidad de 92%, IC 95% con rango de 87% a 95%, LR+ de 2,5, LR negativo de 0,9). Los signos de "sangrado rectal" y "presencia de sangre en las heces" tuvieron un moderado desempeño para confirmar la presencia de carcinoma colorrectal o pólipos colorrectales ("sangrado rectal": curva ROC de 0,66, sensibilidad de 46%, IC 95% con rango de 38% a 55%, especificidad de 75%, IC 95% con rango de 69% a 81%, LR+ de 1,9, LR negativo de 0,7; "presencia de sangre en las heces": curva ROC de 0,68, sensibilidad de 49%, IC 95% con rango de 30% a 69%, especificidad de 76%, IC 95% con rango de 60% a 87%, LR+ de 2,1, LR negativo de 0,7). Calidad de la evidencia: muy baja (19).

Una segunda RS de la literatura evaluó la exactitud diagnóstica de otras "banderas rojas" no consideradas al interior del estudio de Adelstein y colaboradores, usando como patrones de oro la colonoscopia, el colon por enema y el seguimiento clínico. Para el signo "anemia", la revisión sistemática encontró que un resultado positivo para este signo posee un discreto desempeño para confirmar patología neoplásica (sensibilidad agrupada de 13%, especificidad agrupada de 92%), con un hallazgo similar en el antecedente "familiar en primer o segundo grado con carcinoma colorrectal" (sensibilidad agrupada de 16% y especificidad agrupada de 91%). En lo referente a la "edad" como bandera roja en pacientes con dolor abdominal bajo no agudo (>2 semanas de duración) en el análisis de subgrupos, esta mostró ser inversamente proporcional a la sensibilidad y directamente proporcional a la especificidad (sensibilidad agrupada de 91% y especificidad agrupada de 36% en >50 años; sensibilidad agrupada de 83% y especificidad agrupada de 55% en >60 años; sensibilidad agrupada de 50% y especificidad agrupada de 79% en >70 años). Calidad de la evidencia: muy baja (20).

Tratamiento

Pregunta 5a: ¿cuál es la efectividad y la seguridad de las intervenciones no farmacológicas para el tratamiento del estreñimiento crónico funcional en adultos?

Recomendación	Resumen
Débil a favor	Se sugiere el consumo de fibra soluble e insoluble como parte del tratamiento del estreñimiento crónico en adultos para incrementar la frecuencia de mejoría global de los síntomas y de evacuaciones normales. **Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕OO**
Débil a favor	Se sugiere incrementar el consumo de fibra soluble e insoluble como parte del tratamiento del estreñimiento crónico durante la gestación, para incrementar la frecuencia de deposiciones. **Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕OO**
Punto de buena práctica	Se debe ofrecer una alternativa terapéutica diferente si a la cuarta semana de tratamiento con fibra, el paciente no experimenta mejoría en los síntomas de estreñimiento

Recomendación	Resumen
Débil en contra	No se sugiere el uso de electroacupuntura para el tratamiento de los pacientes con estreñimiento crónico funcional. **Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕OO**
Fuerte a favor	Se recomienda la terapia de *biofeedback* con manometría o electromiografía para el tratamiento de los pacientes con estreñimiento crónico y defecación disinérgica, para mejorar el número de movimientos intestinales por semana. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕OOO**
Fuerte en contra	No se recomienda el tratamiento quirúrgico con la técnica STARR para el manejo de los pacientes con defecación disinérgica, refractarios al manejo con terapia *biofeedback*. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕OOO**
Débil en contra	No se sugiere el uso de toxina botulínica para el manejo de los pacientes con estreñimiento crónico y defecación disinérgica. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕OOO**

Consumo de líquido, dieta, ejercicio y reflejo condicionado: pese a que el consumo de líquidos no ha mostrado diferencias en la presencia de eventos adversos, su ingesta puede ser útil como parte del tratamiento de los pacientes con el consumo de fibra no absorbible o en aquellos medicados con laxantes osmóticos, aunque no se haya establecido una cantidad en los ensayos clínicos (21). Respecto de la dieta, varios estudios observacionales han demostrado una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de presentación de estreñimiento de acuerdo con la cantidad de fibra en la misma (22), por lo que se ha recomendado el consumo de 25-30 g/día en el manejo de los pacientes con estreñimiento crónico, y específicamente en aquellos con estreñimiento del subtipo de tránsito normal (22). En cuanto al ejercicio, existen estudios con una mayor frecuencia de estreñimiento crónico en pacientes sedentarios comparados con aquellos que realizan una actividad física de al menos 150 min por semana (23), aunque no hay una evidencia que apoye claramente que el ejercicio esté asociado con la mejoría en el número de evacuaciones semanales (23). En lo relativo a la inducción de un reflejo condicionado, este se adquiere a través de un hábito intestinal con patrón regular mediante la reeducación de un horario de evacuación al despertarse o después de tomar el desayuno (24); esta intervención es recomendada teniendo en cuenta sus bases fisiológicas y la ausencia de riesgo en su aplicación, aunque no haya evidencia que la soporte.

Fibra: una RS evaluó la efectividad y la seguridad de la administración de fibra soluble e insoluble para el tratamiento del estreñimiento crónico en población adulta. La revisión reportó que el tratamiento con fibra incrementó la mejoría global de los síntomas (RR 3,90, IC 95% con rango de 2,31 a 6,58), la frecuencia de evacuaciones normales (RR 2,88, IC 95% con rango de 1,64 a 5,07), el número de deposiciones (DM 0,9, IC 95% con rango de 0,6 a 1,2) y las deposiciones por día (DM 1,3 p =0,001), sin evidencia de un menor esfuerzo defecatorio (RR 1,76, IC 95% con rango de 0,77 a 4,00) o una menor frecuencia de pujo (RR 0,51, IC 95% con rango de 0,13 a 1,90). Calidad de la evidencia: baja (25).

Fibra en pacientes embarazadas: una RS Cochrane evaluó la efectividad de incrementar el consumo de fibra en la dieta como parte del tratamiento del estreñimiento crónico en gestantes y encontró que el aumento del consumo de fibra se asoció con una mayor frecuencia de deposiciones (OR 0,18, IC 95% con rango de 0,05 a 0,67). Calidad de la evidencia: muy baja (26).

Electroacupuntura: una RS del 2013 evaluó la seguridad y efectividad del uso de electroacupuntura para el tratamiento de los pacientes con estreñimiento crónico funcional, encontrando que esta, en comparación con la lactulosa, presentó una mejoría sintomática (RR 3,83, IC 95% con rango de 1,82 a 8,05), mejoría del puntaje de la escala de Cleveland (DME 0,66, IC 95% con rango de 0,12 a 1,19) sin incremento en los movimientos intestinales por semana ni en la actividad colónica. En la comparación electroacupuntura *versus* procinéticos, no se encontraron diferencias significativas en la mejoría sintomática (RR 1,07, IC 95% con rango de 0,96 a 1,19). Calidad de la evidencia: muy baja (27).

Biofeedback: una RS comparó la efectividad del uso de la terapia *biofeedback* por manometría anorrectal frente a la administración de "falsa terapia *biofeedback*" (*sham*) o de tratamiento habitual (refuerzo sobre el hábito intestinal, ejercicio, administración de laxantes, dieta rica en fibra e ingesta abundante de líquidos) para el manejo de pacientes con estreñimiento crónico y defecación disinérgica. La revisión encontró un estudio que reportó un mayor número de movimientos intestinales por semana en los pacientes que recibieron *biofeedback* (DM 1,8, IC 95% con rango de 1,25 a 2,35 frente a "falsa terapia" y DM 2,7, IC 95% con rango de 1,99 a 3,41 frente a tratamiento habitual). Para la terapia *biofeedback* + electromiografía *versus* laxantes o manejo quirúrgico con la técnica STARR (*Stapled Transanal Rectal Resection*), la revisión encontró que comparado con el uso de laxantes, la terapia *biofeedback* acompañada de electromiografía incrementó la mejoría clínica (RR 3,65, IC 95% con rango de 2,17 a 6,13) sin mejorar el éxito terapéutico (RR 0,41, IC 95% con rango de 0,26 a 0,65), y comparado con STARR, no se encontró una reducción del puntaje de la escala de defecación disinérgica (DM 5,5, IC 95% con rango de 3,44 a 7,56). Para la comparación *biofeedback*

con balón *versus* manejo quirúrgico o la administración de toxina botulínica se encontró que el primero se asoció con mayores puntajes en la escala de estreñimiento (DM 5,6, IC 95% con rango de 4,67 a 6,53) sin diferencias en la mejoría sintomática (RR 0,8, IC 95% con rango de 0,62 a 1,03). En la comparación de *biofeedback versus* toxina botulínica A en el músculo puborrectal y esfínter anal externo, no se encontraron diferencias en la mejoría clínica (RR 0,86, IC 95% con rango de 0,68 a 1,08), pero sí en mayores puntajes en la escala de estreñimiento crónico (DM 1,8, IC 95% con rango de 0,87 a 2,73). Calidad de la evidencia: baja (28).

Pregunta 5b: ¿cuál es la efectividad y la seguridad de las intervenciones farmacológicas para el tratamiento del estreñimiento crónico funcional en adultos?

Recomendación	No.	Resumen
Fuerte a favor	14	Se recomienda el uso de polietilenglicol como parte del tratamiento del estreñimiento crónico en adultos para incrementar la frecuencia de deposiciones semanales. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕OOO
Débil a favor	15	Se sugiere el uso de lactulosa como alternativa para el tratamiento del estreñimiento crónico en adultos cuando no sea factible la administración de polietilenglicol. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕OOO
Débil a favor	16	Se sugiere el uso de bisacodilo como parte del tratamiento del estreñimiento crónico durante la gestación para incrementar la frecuencia de mejoría sintomática. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕OOO
Punto de buena práctica	✓	El bisacodilo en tabletas de 5 mg cuenta con registro INVIMA para ser utilizado durante la gestación
Débil a favor	17	Se sugiere el uso de secretagogos (lubiprostone o linaclotide) como parte del tratamiento del estreñimiento crónico en adultos, para disminuir la frecuencia del uso de laxantes de rescate. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕OOO
Punto de buena práctica	✓	La dosis de lubiprostone debe ser 24 µg cada 12 horas
Punto de buena práctica	✓	La dosis de linaclotide debe ser de 145 µg cada día
Fuerte a favor	18	Se recomienda el uso de prucaloprida como parte del tratamiento del estreñimiento crónico en adultos para incrementar la frecuencia y mejorar la consistencia de las deposiciones. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕OOO
Punto de buena práctica	✓	La prucaloprida se debe utilizar en mujeres con estreñimiento refractario a la terapia convencional
Punto de buena práctica	✓	La prucaloprida debe iniciarse en dosis de 2 mg al día en pacientes menores de 65 años y de 1 mg al día en pacientes mayores de 65 años

Laxantes: una RS (29) evaluó la efectividad y seguridad del uso de laxantes osmóticos y estimulantes para el tratamiento de los pacientes con estreñimiento crónico primario. La revisión encontró que tanto la administración de laxantes osmóticos como de laxantes estimulantes reduce la frecuencia de falla terapéutica (RR 0,5, IC 95% con rango de 0,39 a 0,63 y RR 0,54, IC 95% con rango de 0,42 a 0,69, respectivamente), incrementan la frecuencia de deposiciones semanales (DM 2,51, IC 95% con rango de 1,30 a 3,71 y RR 2,50, IC 95% con rango de 0,93 a 4,07, respectivamente) y tienen una mayor frecuencia de eventos adversos (dolor abdominal, cefalea o diarrea: RR 1,94, IC 95% con rango de 1,52 a 2,47). Calidad de la evidencia: muy baja (29).

Laxantes en mujeres embarazadas: una RS Cochrane evaluó la seguridad y efectividad del uso de laxantes estimulantes frente a los laxantes formadores de bolo como parte del tratamiento del estreñimiento crónico en gestantes. Cuando se comparó frente a los agentes formadores de bolo, el uso de laxantes estimulantes redujo el fallo terapéutico (OR 0,3, IC 95% con rango de 0,14 a 0,61) sin encontrar diferencias al rechazo del uso de laxantes (OR 0,89, IC 95% con rango de 0,46 a 1,73), y con mayor frecuencia de eventos adversos en el grupo de laxantes estimulantes (diarrea, náusea o dolor abdominal: OR 2,08, IC 95% con rango de 1,27 a 3,41). Calidad de la evidencia: muy baja (26).

Secretagogos: una RS comparó la efectividad y seguridad del uso de secretagogos (lubiprostone o linaclotide) para el tratamiento de los pacientes con estreñimiento crónico primario. La revisión documentó que tanto la administración de lubiprostone como de linaclotide reducen la frecuencia del uso de laxantes de rescate (lubiprostone: RR 0,67, IC 95% con rango de 0,56 a 0,8; linaclotide: RR 0,84 con rango de 0,8 a 0,87) pero presentan una mayor frecuencia de eventos adversos (diarrea, cefalea o náuseas: lubiprostone RR 1,79, IC 95% con rango de 1,21 a 2,65; linaclotide RR 3,08, IC 95% con rango de 1,27 a 7,48). Calidad de la evidencia: muy baja (29).

Procinéticos selectivos: una RS del 2014 evaluó la seguridad y efectividad del tratamiento con procinéticos selectivos (prucaloprida, velusetrag y naronaprida) en pacientes con estreñimiento crónico funcional. Se encontró que su administración aumentó la frecuencia de deposiciones semanales (RR 1,85, IC 95% con rango de 1,23 a 2,79), mejoró la consistencia de las deposiciones (DM 9,16, IC 95% con rango de 7,28 a 11,03), incrementó la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido (RR 1,51, IC 95% con rango de 1,07 a 2,11), y aumentó la frecuencia de eventos adversos (cefalea, diarrea, náuseas o dolor abdominal: RR 1,25, IC 95% con rango de 1,14 a 1,38). Calidad de la evidencia: muy baja (30).

¿Cuál es la efectividad y seguridad del manejo quirúrgico de pacientes con estreñimiento crónico?

Recomendación	Resumen
Débil a favor	Se sugiere realizar colectomía con anastomosis ileorrectal en pacientes con estreñimiento crónico funcional severo que documenten inercia colónica que no responde al tratamiento médico, habiendo descartado la presencia de obstrucción funcional (pseudoobstrucción intestinal) y de trastorno motor difuso del tracto digestivo. **Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○**

Para esta intervención, la evidencia disponible se basa en series de casos no controladas (31, 32). En una revisión de 32 estudios, los pacientes con inercia colónica refractaria han señalado satisfacción con los resultados de la cirugía en un rango del 32% al 100%. Otro grupo, que incluyó el mismo tipo de pacientes, reportó una frecuencia de colectomía con anastomosis ileorrectal del 3% en pacientes con estreñimiento crónico funcional subtipo inercia colónica, de los cuales el 98% indicó una mejoría del estreñimiento y el 85% su satisfacción por mejoría en el número de deposiciones semanales a los 11 años de seguimiento. Calidad de la evidencia: muy baja.

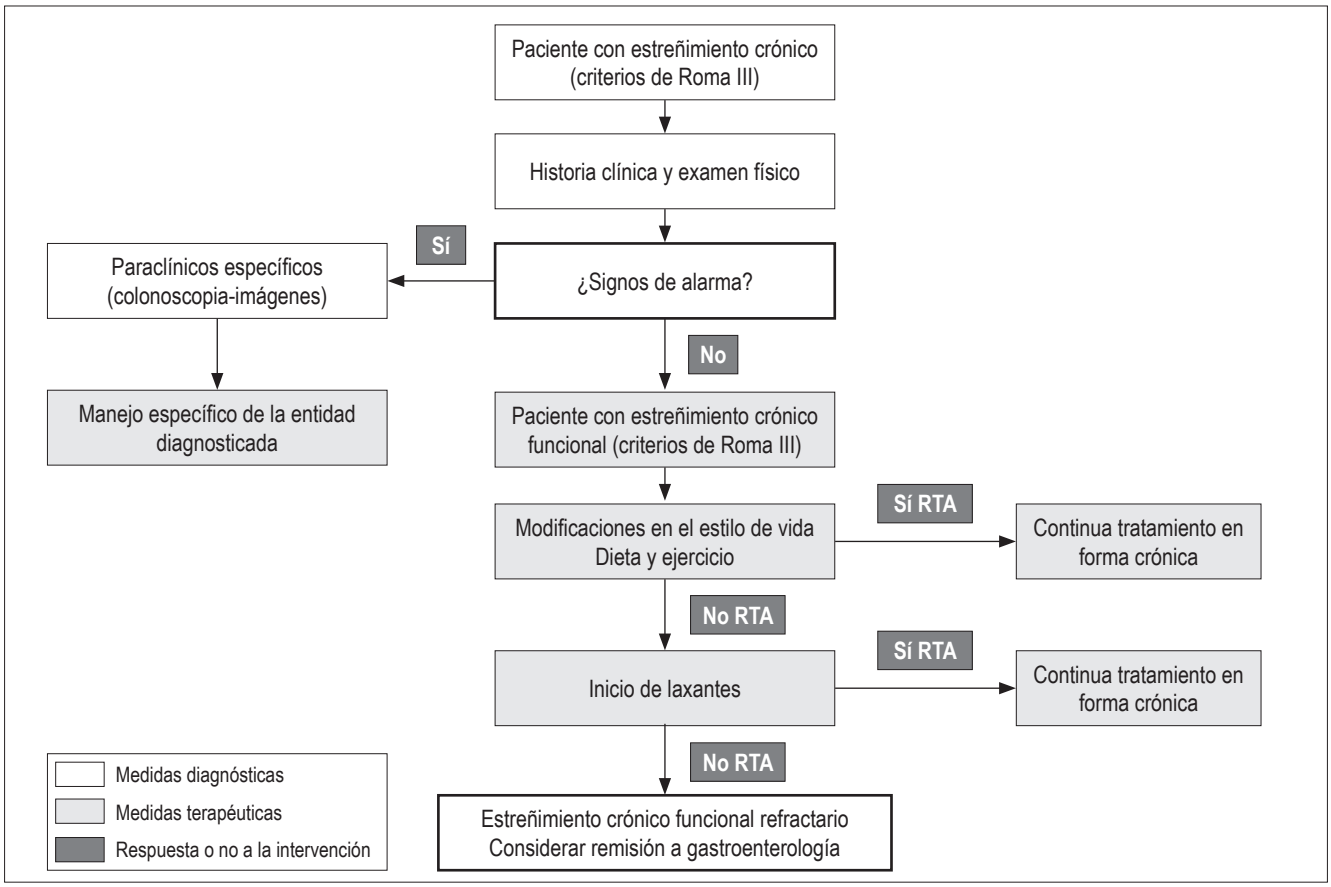
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés, no estar involucrados como investigadores en ensayos clínicos en curso sobre el tema, y no haber recibido donaciones o beneficios por parte de los grupos interesados en las recomendaciones.

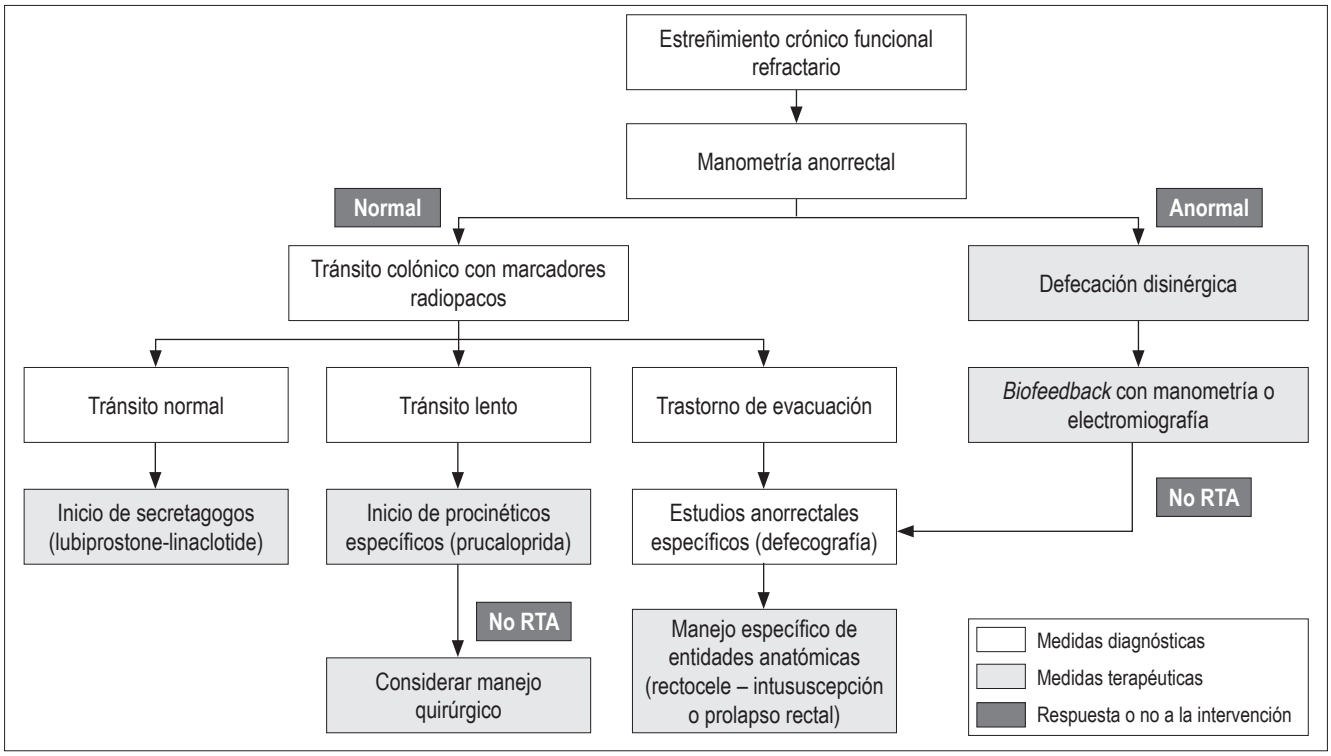
FUENTE DE FINANCIACIÓN

La presente guía fue desarrollada mediante un convenio de extensión entre la Asociación Colombiana de Gastroenterología y la facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO.



ALGORITMO 2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO REFRACTARIO.



REFERENCIAS

1. Nelson LM, Williams VS, Fehnel SE, Carson RT, MacDougall J, Baird MJ, *et al*. Psychometric validation of patient-reported outcome measures assessing chronic constipation. Clin Exp Gastroenterol. 2014;7:385-94.
2. Wald A. Constipation: pathophysiology and management. Curr Opin Gastroenterol. 2015 Jan;31(1):45-9.
3. Johanson JF, Kralstein J. Chronic constipation: A survey of the patient perspective. Aliment Pharmacol Ther. 2007 Mar;25(5):599-608.
4. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: Systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2011 Sep;106(9):1582-91; quiz 1, 92.
5. American Gastroenterological A, Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. Gastroenterology. 2013 2013/01//;144(1):211-7.
6. Corsetti M, Tack J. New pharmacological treatment options for chronic constipation. Expert Opin Pharmacotherapy. 2014 2014/05//;15(7):927-41.
7. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. Gastroenterology. 2006 Apr;130(5):1480-91.
8. Martin BC, Barghout V, Cerulli A. Direct medical costs of constipation in the United States. Manag Care Interface. 2006 Dec;19(12):43-9.
9. Nyrop KA, Palsson OS, Levy RL, Von Korff M, Feld AD, Turner MJ, *et al*. Costs of health care for irritable bowel syndrome, chronic constipation, functional diarrhoea and functional abdominal pain. Aliment Pharmacol Ther. 2007 Jul;26(2):237-48.
10. Dik VK, Siersema PD, Joseph A, Hodgkins P, Smeets HM, van Oijen MG. Constipation-related direct medical costs in 16887 patients newly diagnosed with chronic constipation. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2014 Nov;26(11):1260-6.
11. AGREE C. Instrumento AGREE II Instrumento para la evaluación de Guías de Práctica Clínica. Guiasalud; 2009 [updated 2009; cited 2015]; Available from: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf.
12. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2007;7:10.
13. Brozek JL, Akl EA, Alonso-Coello P, Lang D, Jaeschke R, Williams JW, *et al*. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. Part 1 of 3. An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. Allergy. 2009 May;64(5):669-77.

14. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, *et al*. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008 Apr 26;336(7650):924-6.
15. Ford AC, Talley NJ, Veldhuyzen van Zanten SJ, Vakil NB, Simel DL, Moayyedi P. Will the history and physical examination help establish that irritable bowel syndrome is causing this patient's lower gastrointestinal tract symptoms? JAMA. 2008 Oct;300(15):1793-805.
16. Jellema P, van der Windt DA, Schellevis FG, van der Horst HE. Systematic review: accuracy of symptom-based criteria for diagnosis of irritable bowel syndrome in primary care. Aliment Pharmacol Ther. 2009 Oct;30(7):695-706.
17. Ford AC, Bercik P, Morgan DG, Bolino C, Pintos-Sanchez MI, Moayyedi P. Validation of the Rome III criteria for the diagnosis of irritable bowel syndrome in secondary care. Gastroenterology. 2013 Dec;145(6):1262-70.e1.
18. Rao SS, Ozturk R, Laine L. Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. Am J Gastroenterol. 2005 Jul;100(7):1605-15.
19. Adelstein BA, Macaskill P, Chan SF, Katelaris PH, Irwig L. Most bowel cancer symptoms do not indicate colorectal cancer and polyps: A systematic review. BMC Gastroenterol. 2011;11:65.
20. Jellema P, van der Windt DA, Bruinvels DJ, Mallen CD, van Weyenberg SJ, Mulder CJ, *et al*. Value of symptoms and additional diagnostic tests for colorectal cancer in primary care: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2010;340:c1269.
21. Chung BD, Parekh U, Sellin JH. Effect of increased fluid intake on stool output in normal healthy volunteers. J Clin Gastroenterol. 1999 Jan;28(1):29-32.
22. Voderholzer WA, Schatke W, Mühldorfer BE, Klauser AG, Birkner B, Müller-Lissner SA. Clinical response to dietary fiber treatment of chronic constipation. Am J Gastroenterol. 1997 Jan;92(1):95-8.
23. De Schryver AM, Keulemans YC, Peters HP, Akkermans LM, Smout AJ, De Vries WR, *et al*. Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. Scand J Gastroenterol. 2005 Apr;40(4):422-9.
24. Lennard-Jones JE. Clinical management of constipation. Pharmacology. 1993 Oct;47 Suppl 1:216-23.
25. Suares NC, Ford AC. Systematic review: the effects of fibre in the management of chronic idiopathic constipation. Aliment Pharmacol Ther. 2011 Apr;33(8):895-901.
26. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2001(2):CD001142.
27. Zhang T, Chon TY, Liu B, Do A, Li G, Bauer B, *et al*. Efficacy of acupuncture for chronic constipation: A systematic review. Am J Chin Med. 2013;41(4):717-42.
28. Woodward S, Norton C, Chiarelli P. Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014;3:CD008486.
29. Ford AC, Suares NC. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: Systematic review and meta-analysis. Gut. 2011 Feb;60(2):209-18.
30. Shin A, Camilleri M, Kolar G, Erwin P, West CP, Murad MH. Systematic review with meta-analysis: Highly selective 5-HT4 agonists (prucalopride, velusetrag or naronapride) in chronic constipation. Aliment Pharmacol Ther. 2014 Feb;39(3):239-53.
31. Hassan I, Pemberton JH, Young-Fadok TM, You YN, Drelichman ER, Rath-Harvey D, *et al*. Ileorectal anastomosis for slow transit constipation: Long-term functional and quality of life results. J Gastrointest Surg. 2006 Dec;10(10):1330-6; discussion 6-7.
32. Ripetti V, Caputo D, Greco S, Alloni R, Coppola R. Is total colectomy the right choice in intractable slow-transit constipation? Surgery. 2006 Sep;140(3):435-40.