

Estreñimiento y embarazo

Junio 2013

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es uno de los trastornos digestivos más comunes en la población general incluso en personas sanas, sobretodo en el mundo occidental, estimándose que afecta al 14% de la población, con una prevalencia dos a tres veces mayor en mujeres que en varones ⁽¹⁾.

El embarazo predispone al estreñimiento, alrededor de un tercio de las mujeres embarazadas refieren padecer estreñimiento habiéndose descrito en los tres trimestres de la gestación ^(2,3) y siendo más frecuente en multíparas que en primíparas ⁽⁴⁾.

DEFINICIÓN

Es difícil definir el estreñimiento, por un lado existe dificultad para definir qué es un hábito intestinal normal, ya que existe una gran variabilidad y por otro lado el estreñimiento es un síntoma con un componente subjetivo muy importante.

El estreñimiento es un síntoma que el paciente describe como una alteración del hábito intestinal que conlleva dificultad en la defecación, y se puede referir a un aumento en la consistencia de las heces, una disminución en el número de deposiciones, sensación de evacuación incompleta o esfuerzo excesivo para defecar.

Los profesionales sanitarios, definen el estreñimiento como una frecuencia menor a tres deposiciones por semana. Actualmente se utilizan los criterios Roma III ⁽⁵⁾ para diagnosticar el estreñimiento aunque en las pacientes embarazadas se hace fundamentalmente en base a la percepción subjetiva del cambio del hábito intestinal que tiene la mujer al tratarse no de un estreñimiento crónico sino de una alteración como consecuencia del embarazo.

Criterios de Roma III ⁽³⁾ (Estreñimiento Crónico)

2 o más características entre:

- <3 deposiciones por semana (>25% de las veces)
- Heces duras (>25% de las veces)
- Esfuerzo (>25% de las veces)
- Digitación (>25% de las veces)
- Sensación de evacuación incompleta (>25% de las veces)

- Sensación de bloqueo anal (>25% de las veces)

No tiene deposiciones blandas o líquidas.

Empezó hace más de 6 meses.

No cumple criterios de Síndrome de Intestino Irritable.

ETIOLOGÍA

Los principales factores de riesgo del estreñimiento son ⁽⁶⁾:

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

El estreñimiento en el embarazo probablemente se debe a la disminución de la motilidad gastrointestinal por el aumento de la concentración de progesterona circulante durante la gestación, que da lugar a un enlentecimiento del vaciado gástrico y del tránsito intestinal por su efecto relajante sobre el músculo liso.

Existen estudios tanto en humanos como en animales que apoyan esta relación.

Un estudio que midió el tiempo de duración del tránsito gastrointestinal y la concentración de hormonas sexuales durante el tercer trimestre de la gestación y 4-6 semanas postparto, encontró que el tiempo del tránsito en el intestino delgado fue significativamente más largo durante la gestación, con los niveles de progesterona y estradiol incrementados en comparación con el puerperio cuando los niveles hormonales habían retornado a la normalidad ⁽⁷⁾.

La duración del tránsito intestinal esta aumentada en el segundo y tercer trimestre en comparación con el primer trimestre y el periodo puerperal ⁽⁸⁾.

En un estudio in vitro se observó que la progesterona inhibía la actividad espontánea de la musculatura del colon mientras que los estrógenos y la hidrocortisona no tuvieron efectos ⁽⁹⁾.

Además de la concentración de progesterona, existen otros factores que pueden contribuir a la prolongación de la duración del tránsito.

La concentración plasmática de motilina (hormona estimuladora gastrointestinal) está reducida durante el embarazo, probablemente debido a que la progesterona puede inhibir la liberación de motilina ⁽¹⁰⁾.

Además el útero grávido puede ejercer una obstrucción mecánica por compresión, sobretodo en el tercer trimestre, enlenteciendo el avance de las heces ⁽⁴⁾.

Este enlentecimiento del tránsito provoca un aumento de la reabsorción de agua por la mucosa del colon condicionando un endurecimiento de las heces que a su vez empeora el cuadro.

Además de todo esto, la prescripción de algunos medicamentos durante el embarazo como suplementos de hierro, calcio o antiácidos, contribuye al empeoramiento del cuadro ⁽¹¹⁾.

DIAGNÓSTICO

1. Anamnesis

Es importante evaluar la descripción de los síntomas por parte de la embarazada, atender a la frecuencia de las deposiciones, consistencia, dificultad para la defecación, distensión y dolor abdominal. Debe distinguirse la percepción de estreñimiento, que siempre es muy subjetiva de los síntomas reales de estreñimiento.

2. Examen físico

En los casos de estreñimiento severo, la inspección anal y el tacto rectal sirven para descartar fisuras anales, hemorroides externas o impactación fecal. Además de ello, el tacto rectal permite una valoración del funcionamiento anal y permite sospechar una disinergia defecatoria ⁽¹²⁾.

El diagnóstico diferencial del estreñimiento durante el embarazo es fundamentalmente clínico. Cuando el estreñimiento comienza durante el embarazo, esto no suele producir dificultades al obstetra desde el punto de vista diagnóstico. Cuando el estreñimiento data de antes del embarazo, los estudios diagnósticos instrumentales deben diferirse hasta después del parto, salvo que exista una fundada sospecha de enfermedad orgánica grave. En especial, el embarazo es una contraindicación relativa para la realización de una colonoscopia ⁽¹³⁾.

TRATAMIENTO

Es recomendable que el tratamiento sea escalonado, comenzando siempre por medidas generales, y en caso de no obtener respuesta, recurrir al tratamiento farmacológico.

1. Medidas Generales

- A. Aumentar la ingesta de líquidos, alrededor de 8 vasos de agua al día y algún vaso de zumo de frutas, sobre todo de ciruelas.
- B. Aumentar el consumo diario de fibra hasta alcanzar al menos unos 20-35 g al día. El aumento debe ser gradual para evitar el exceso de gas e hinchazón abdominal ⁽¹⁴⁾. Los alimentos más ricos en fibra son sobre todo frutas, verduras, salvado de trigo y pan integral. La fibra insoluble es siempre preferible a la soluble. El aumento de la ingesta de fibra aporta volumen y plasticidad a las deposiciones y sus efectos pueden verse en un periodo que va desde pocos días hasta cuatro semanas.
- C. Hacer ejercicio físico regularmente, del tipo de caminar, natación, bicicleta fija y yoga.
- D. Llevar un correcto hábito intestinal (procurar la evacuación al levantarse o después de las comidas que es el momento de mayor motilidad intestinal) destinándole el tiempo necesario. En cuanto se tenga sensación de defecar hacerlo y no dejarlo para más tarde.

2. Tratamiento Farmacológico

Los laxantes representan el pilar fundamental del tratamiento del estreñimiento en la embarazada; el uso de fármacos como lubiprostona y prucalopride no es recomendable ante la ausencia de datos de seguridad. Los laxantes pueden actuar por un mecanismo osmótico reteniendo agua en la luz colónica, o por un mecanismo estimulante ⁽¹⁵⁾.

1. Laxantes incrementadores del volumen del contenido intestinal. Son los de primera elección en el embarazo. Son Polisacáridos o preparados ricos en metilcelulosa difícilmente absorbibles y actúan de manera similar a la fibra dietética. Pueden ser de origen natural, como las semillas de *Plántago ovata*, las plantas gomosas y guar o sintéticos como la metilcelulosa. No están indicados en el tratamiento agudo del estreñimiento ya que tardan entre 12-72h en hacer efecto, por lo que se deben considerar un tratamiento a largo plazo. La dosificación de *Plántago ovata* es de 3,5 a 10,5 g/día y la de metilcelulosa, entre 3-4,5 g/día. La del salvado de trigo varía de 20-40 g/día. Como efectos secundarios pueden producir distensión abdominal. Es importante que se asegure una ingesta adecuada de líquido.

2. Laxantes osmóticos. Su mecanismo de acción radica en producir un incremento de la presión osmótica en el interior del tracto digestivo, favoreciendo la retención de agua, ablandando de esta manera las heces. Se dividen en tres grupos:

a) *Laxantes derivados de azúcares* (Lactulosa, Lactitol y Sorbitol): Estos azúcares se metabolizan por las bacterias del colon que producen ácidos grasos de cadena corta, dióxido de carbono e hidrógeno, y originan un descenso del PH intestinal que favorece el peristaltismo intestinal. La lactulosa es una combinación de galactosa y fructosa y la dosis recomendada es 15-60 mg/día. El lactitol es un disacárido de galactosa y sorbitol, se administra en forma de polvo a una dosis de 20 mg/día y se puede utilizar en pacientes diabéticas ya que no aumenta la glucemia. Estos laxantes se pueden utilizar en forma de enemas en caso de impactación fecal. Como efectos secundarios pueden producir flatulencia y dolor abdominal, limitando especialmente el primero su uso. Se han utilizado durante el embarazo sin evidencia de teratogenia, aunque los datos sobre su seguridad parecen insuficientes para recomendar su utilización de manera rutinaria.

b) *Macromoléculas (PEG)*: actúan reteniendo líquido dentro de la luz intestinal y colónica, favoreciendo el tránsito de las heces; es inerte y mínimamente absorbido. Se utiliza en dosis de 10 a 20 g/diarios. Su eficacia se ha demostrado en estudios controlados en el estreñimiento y un meta-análisis independiente demuestra una mayor eficacia que lactulosa⁽¹⁶⁾. Se considera seguro en el embarazo y estudios observacionales no han mostrado ningún efecto sobre el feto, aunque no hay estudios controlados. Se le considera el fármaco de elección para el estreñimiento crónico en las embarazadas⁽¹⁷⁾.

c) *Laxantes salinos*: Son compuestos de magnesio (citrato, sulfato e hidrógeno) y sodio (fosfato y bifosfato) que ejercen un efecto osmótico y aumentan la motilidad a través de la estimulación de la acción de la colecistocinina. Se pueden administrar en forma oral, de enemas y de microenemas. No existen evidencias de que causen toxicidad fetal pero pueden inducir trastornos electrolíticos, ya que el tránsito intestinal se prolonga y se pueden absorber pequeñas cantidades provocando hipernatremia e hipermagnesemia y depresión del SNC. Se aconseja que se administren durante tratamientos cortos y con una ingesta adecuada de líquidos.

3. Laxantes emolientes o surfactantes. Son agentes surfactantes aniónicos que hidratan y humedecen las heces. Su principal principio activo es el docusato en forma de sales de sodio, potasio o calcio. Se pueden indicar en casos de heces muy duras, a corto plazo para evitar un esfuerzo defecatorio intenso.

4. **Laxantes estimulantes.** Actúan estimulando la actividad motora del colon y también mediante el intercambio de agua y electrolitos.

a) *Derivados antraquinónicos:* Proviene de plantas (cáscara sagrada, sen, frángula y ruibarbo) cuyos principios son glucósidos que no se absorben en el intestino delgado y al llegar al colon se hidrolizan dando lugar a la molécula activa. Son, con diferencia, los más utilizados por la población general sin prescripción facultativa y clásicamente su uso crónico se ha asociado a alteraciones estructurales o funcionales en el colon, que no se han llegado a comprobar en estudios publicados, por lo que se pueden considerar fármacos bastante seguros. Su uso en el embarazo debe limitarse a periodos cortos de tiempo

b) *Laxantes derivados del difenilmetano:* El bisacodilo se administra de forma oral en dosis de 5 a 15 mg al día antes de acostarse ya que tarda unas 10 horas en actuar. por vía rectal muestra actividad en una hora. Se recomienda no utilizar de forma regular en el embarazo

5. **Enemas y lavados retrógrados.** La utilización de enemas debe limitarse por la potencial efecto mecánico sobre el útero grávido; además, en caso de utilizarlo, debe realizarse una manipulación cautelosa con la cánula. La desimpactación, sea manual o mediante lavados retrógrados debe realizarse con una manipulación prudente y se deben evaluar los riesgos beneficios de un lavado retrogrado frente a anterógrado con laxantes.

Eficacia. No existen estudios comparativos de las diferentes pautas terapéuticas en el embarazo. Asumiendo unos resultados similares La primera opción terapéutica son las medidas higiénico dietéticas (incremento de fibra y líquidos, ejercicio físico) aunque la información proveniente de ensayos controlados es muy limitada (nivel de evidencia D). Los laxantes formadores de bolo son superiores a placebo, aunque los estudios son limitados (nivel de evidencia B) Los laxantes osmóticos han demostrado su eficacia frente a placebo y entre los laxantes osmóticos, PEG es superior a lactulosa (nivel de evidencia A). Los difenilmetanos son más eficaces que placebo (nivel de evidencia B), sin que existan estudios comparativos con laxantes osmóticos. Los derivados antraquinónicos son superiores a placebo aunque los estudios son limitados y de baja calidad (nivel de evidencia C).

Seguridad en el embarazo. Apenas existe información en el ser humano sobre la seguridad de los laxantes durante la gestación, encontrándose la mayoría clasificados en las categorías B ó C de la clasificación de seguridad de la FDA ⁽¹⁴⁾, sin que hayan mostrado efectos sobre el feto en animales de experimentación ni se hayan observado efectos teratógenos en estudios observacionales, considerándose en general seguros. No se debe utilizar aceite de castor, porque estimula contracciones uterinas prematuras ni aceites minerales por producir malabsorción de vitaminas liposolubles.

En resumen, el estreñimiento es un problema frecuente en el embarazo, cuyo manejo debe fundamentarse en las medidas higiénico-dietéticas. Cuando estas son

insuficientes, pueden utilizarse laxantes, considerándose seguros los laxantes osmóticos, debiendo ser seleccionados en función de su tolerabilidad, Los laxantes estimulantes deben reservarse para su uso ocasional.

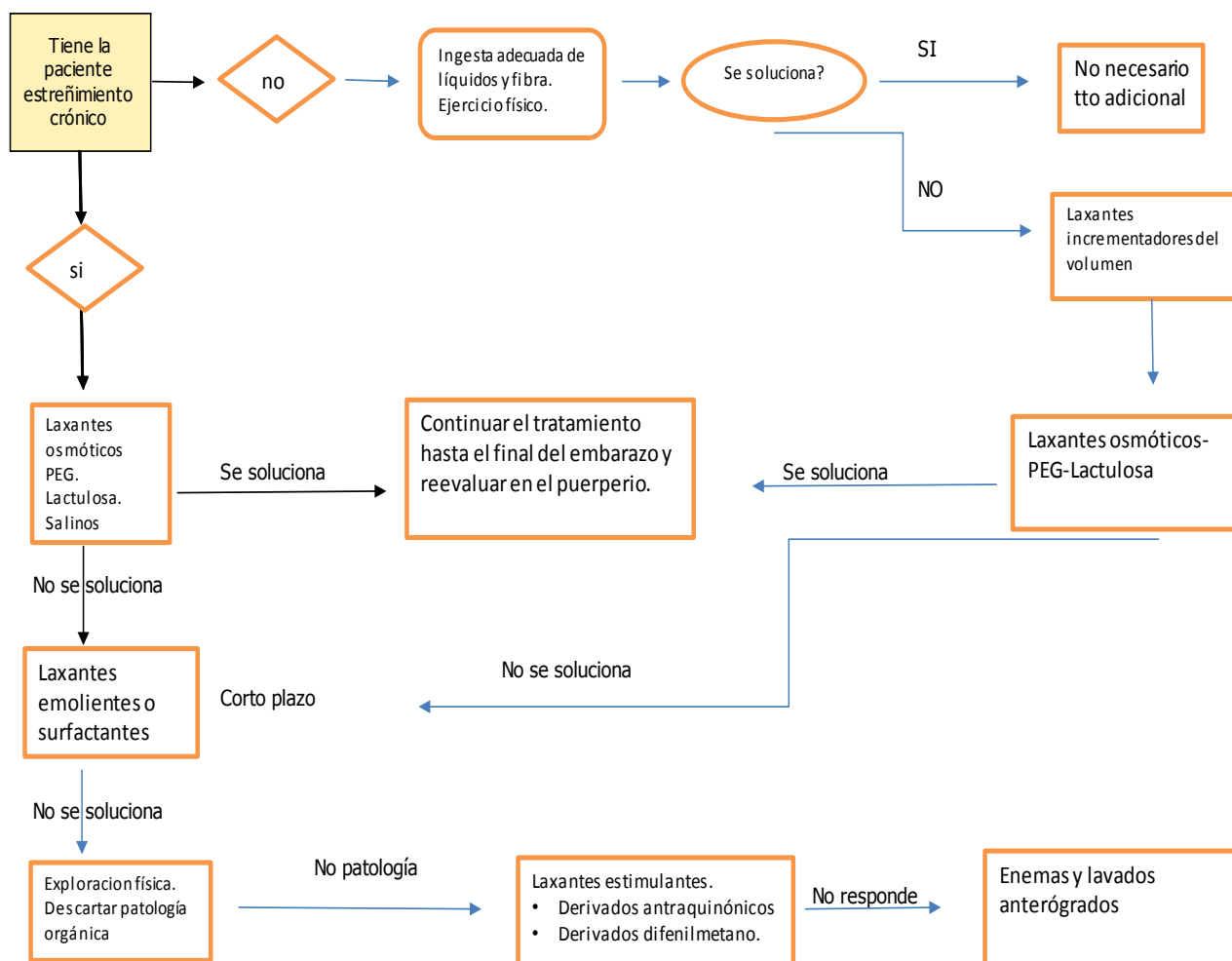
Grupo	Clasificación FDA (seguridad en gestación)⁽¹⁴⁾	Comentario
Laxantes de bolo (Psyllium, metilcelulosa)	B	Considerados seguros
Lactulosa	B	Considerado seguro, limitado por distensión y flatulencia
PEG	C	Inerte, mínima absorción, considerado seguro
Bisacodilo	B	Considerado seguro, limitado por dolor abdominal
Senna y similares	C	Considerados seguros, no recomendados para uso prolongado
Parafina	C	No recomendado, riesgo de malabsorción y aspiración
Aceite de castor	X	Contraindicado, puede producir contracciones prematuras

Contenido de fibra de algunos alimentos frecuentes

Cereales de desayuno	Fibra total (g/100g)	Proporción fibra Insoluble
Tipo All bran	30,1	93%
Tipo "cornflakes"	4,3	88%
Avena	1,9	63%
Arroz inflado	1,9	74%
Germen de trigo	14,0	92%
Manzana pelada	1,5	86%
Manzana sin pelar	2,0	90%
Plátano	1,7	71%
Uvas	1,0	90%
Naranja	1,9	68%
Pasas	4,2	86%
Fresas	1,8	78%
Pera sin pelar	2,8	86%
Ciruela sin pelar	1,2	67%
Judías verdes	1,9	74%
Brócoli	3,3	91%
Repollo	1,7	94%
Zanahorias	2,5	92%
Maíz	2,4	77%
Patata (sin piel)	1,3	77%
Patata (con piel)	2,5	76%
Coliflor	2,1	86%
Judías	5,2	79%

Guisantes	3,5	91%
Pan blanco	2,6	77%
Pan integral	9,3	78%
Arroz Hervido	0,4	76%
Espagueti	1,5	73%
Galletas	2,1	76%

ALGORITMO TRATAMIENTO ESTREÑIMIENTO



BIBLIOGRAFIA

- ¹ Soares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 1582-91.
- ² Ponce J, Martinez B, Fernandez 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.
- ³ Derbyshire EJ, Davies J, Detmar P. Changes in bowel function: pregnancy and the puerperium. *Dig Dis Sci* 2007; 52: 324-8.
- ⁴ Cullen G, O'Donogue D. Constipation and pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21: 807-18.
- ⁵ Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1 480-91.
- ⁶ Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR, III. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology* 2013; 144: 218-38.
- ⁷ Wald A, Van Thiel DH, Hoechstetter L, et al. Effect of pregnancy on gastrointestinal transit. *Dig Dis Sci* 1982; 27: 1015-8.
- ⁸ Lawson M, Kern F Jr, Everston GT. Gastrointestinal transit time un human pregnancy: prolongation in the second and third trimesters followed by postpartum normalization. *Gastroenterology* 1985; 89: 996-9.
- ⁹ Kumar, D. In vitro inhibitory effect of progesterone on extrauterine human smooth muscle. *Obstet Gynecol* 1962; 84:1300.
- ¹⁰ Christofides ND, Ghatei MA, Bloom SR, et al. Decreased plasma motilin concentrations in pregnancy. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982; 285: 1453-4.
- ¹¹ Longo SA, Moore RC, Canzoneri BJ, et al. Gastrointestinal conditions during pregnancy. *Clin Colon Rectal Surg* 2010; 23: 80-9.
- ¹² Tantiphlachiva K, Rao P, Attaluri A, et al. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8: 955-60.
- ¹³ Cappell MS. Risks versus benefits of gastrointestinal endoscopy during pregnancy. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2011; 8: 610-34.
- ¹⁴ Mahadevan U, Kane S. American Gastroenterological Association Institute Technical Review on the use of Gastrointestinal Medications in Pregnancy. *Gastroenterology* 2006; 131: 283-311.

¹⁵ Liu LWC. Chronic constipation: Current treatment options. Can J Gastroenterol. 2011; 25: 22B-28B.

¹⁶ Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, et al. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation. Cochrane Database Syst Rev 2010; CD007570.

¹⁷ Mahadevan U, Kane S. American Gastroenterological Association Institute Medical Position Statement on the use of Gastrointestinal Medications in Pregnancy. Gastroenterology 2006; 131: 278-82.

Los Protocolos Asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.

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 y aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado
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. (Recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib)
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación (Recoge los niveles de evidencia científica IIa, IIb y III)
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso. (Recoge el nivel de evidencia IV)