

1º SIMPOSIO

De Cuidado Crítico

“Cuando el cuidado impulsa la vida”

El Lado CIEGO de la UCI

minerva
medicol

Clínica 
El Rosario
Amor que Acompaña y Servicio que Alivia


LM
Instruments S.A.

Baxter

Gloria 78 años
Independiente y vive con su esposo
EPOC - HTA - DM tipo 2

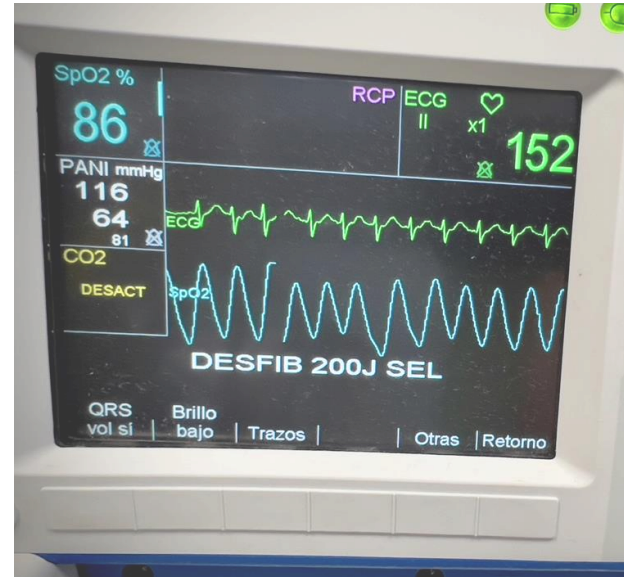
Cuadro de 7 días de fiebre, tos y expectoración purulenta

Encuentran paciente en malas condiciones generales...

SpO2 82% al aire ambiente
FC 134 lpm - FR 31 rpm - TA 98/42 mmHg
Ordenan traslado a urgencias



✓ Progresa a falla respiratoria - CNAF



✓ Traslada a la UCI

- ✓ IOT y VM
- ✓ Soporte vasoactivo
- ✓ Sedación profunda – Ventilación en prono





Mejoría clínica
Traqueostomía
Desmonte sedantes

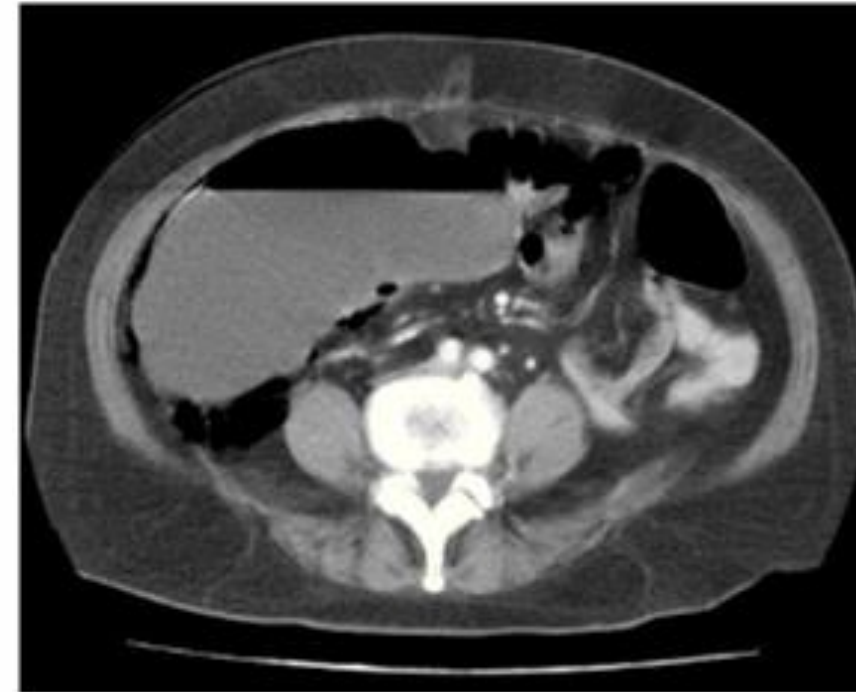


Nuevo deterioro clínico
Shock
Distensión abdominal
Intolerancia a NET



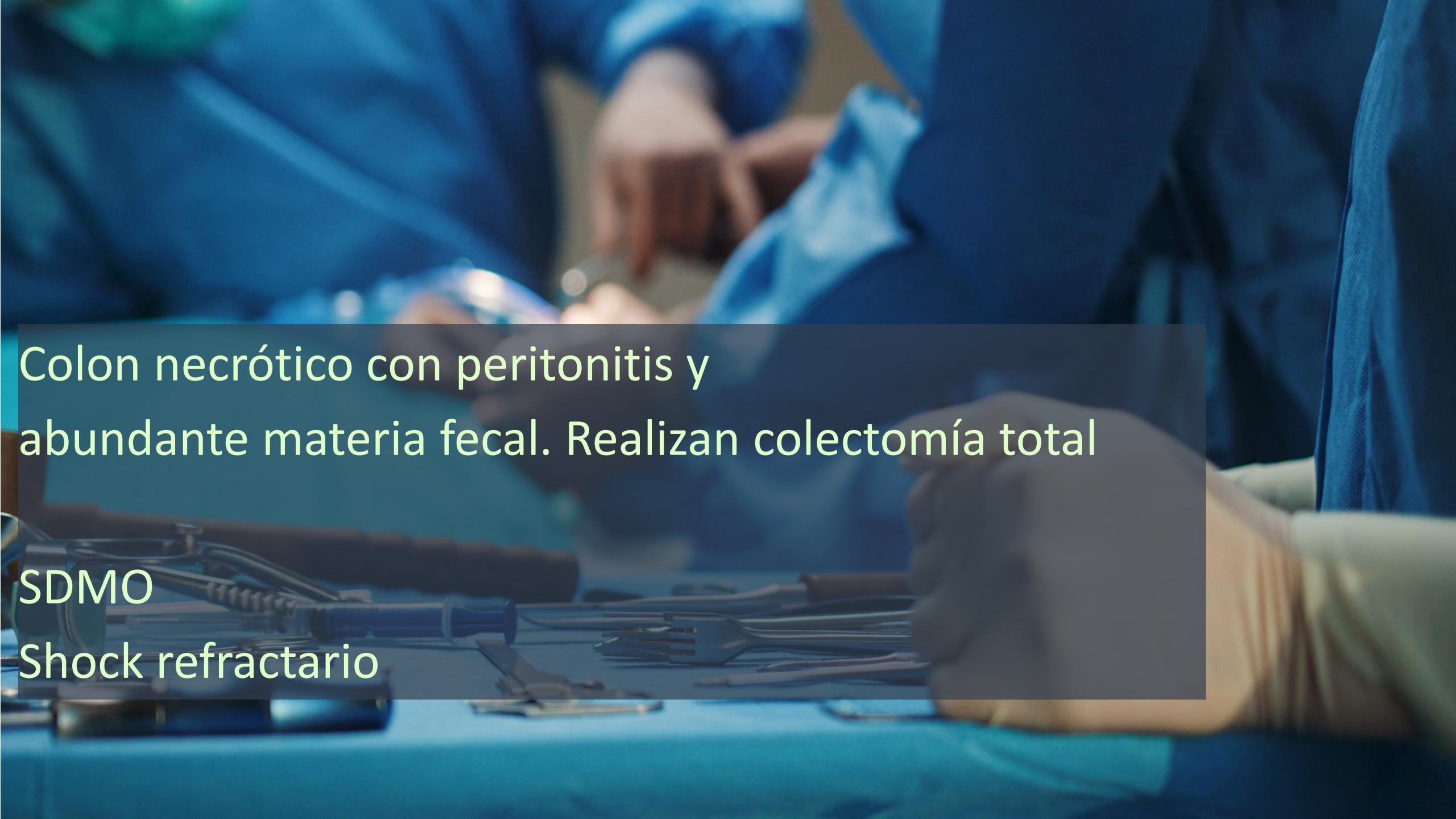


Radiografía simple de abdomen con dilatación en ciego y nivel hidroaéreo



TAC de abdomen con dilatación cecal y neumatosis intestinal





Colon necrótico con peritonitis y
abundante materia fecal. Realizan colectomía total

SDMO
Shock refractario

Miles de Historias

El paciente que nunca defecó

El paciente con diarrea interminable





El lado CIEGO de la UCI

EVALUACIÓN DEL HÁBITO INTESTINAL EN PACIENTES CRÍTICOS



CARLOS A. CARVAJAL
Médico Intensivista

¿Qué pretendo?

-  Reconocer la importancia del hábito intestinal
-  Conocer las herramientas disponibles para evaluarlo
-  Explorar factores de riesgo con disfunción intestinal en la UCI
-  Promover la implementación de protocolos de hábito intestinal
-  Despertar **conciencia** y **sensibilidad** frente a este tema



Función intestinal en UCI: el olvido

▶ ¿Quién mide las heces en la UCI?

▶ ¿Qué variables monitereumos frecuentemente?

👉 Frecuencia cardíaca

👉 SpO₂

👉 Mecánica ventilatoria

👉 Presión arterial

👉 Temperatura

👉 Hemodinámica

👉 Frecuencia respiratoria

👉 Estado neurológico

👉 Paraclínicos

👉 Gasto urinario

👉 Balance hídrico

▶ Y las funciones que ignoramos (o subestimamos)

Knowles S. Knowledge, attitudes, beliefs and behaviour intentions for three bowel management practices in intensive care. BMC Nurs. 2015;14(1):1–13.

McPeake J. The implementation of a bowel management protocol in an adult intensive care unit. Nurs Crit Care. 2011;16(5):235–42.

McKenna S. The nursing management of diarrhoea and constipation before and after the implementation of a bowel management protocol. Aust Crit Care. 2001;14(1):10–6.

Elementos menos monitoreados



Evaluación del dolor en pacientes sedados o paralizados

Dolor no detectado en pacientes intubados: 10 - 90%

Nocicepción en un 55% de pacientes inconscientes - BPS, CPOT y EVA



Ciclo sueño-vigilia y calidad del sueño

Ambiente de la UCI genera problemas de sueño

Hay fragmentación grave, predominio de sueño ligero y escasa fase REM

Delirium, ventilación prolongada e inmunosupresión

Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)



Estado emocional y percepción del paciente

70% tienen PICS (Dimensión más afectada fue el dolor/malestar)

Ansiedad/depresión (42 y 60%), SEPT 20% y limitación para actividades cotidianas (66%)

Luetrakool P. Implementing pain, agitation, delirium, and sleep deprivation protocol in critically ill patients: A pilot study on pharmacological interventions. Clin Transl Sci. 2024 Mar;17(3).

Gélinas C. Pain, sedation, and delirium management in the neurocritically ill: lessons learned from recent research. Semin Respir Crit Care Med. 2013;34(2):236-43.

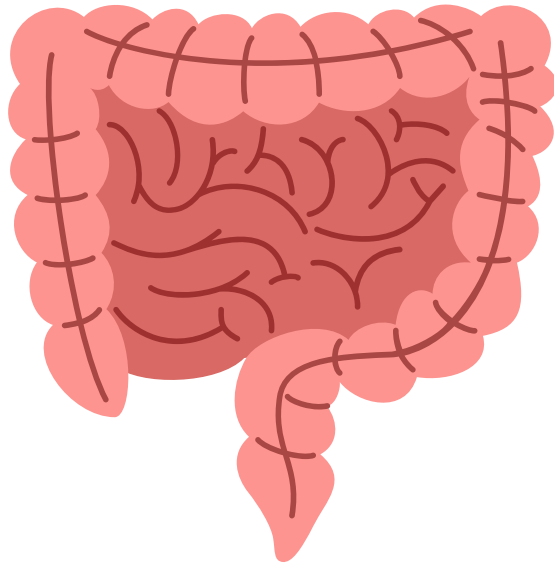
Davoudi A. The intelligent ICU pilot study: using artificial intelligence technology for autonomous patient monitoring. arXiv preprint arXiv:1804.10201, 2018.

Nordness MF. Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. J Pain Res. 2021;14:1733-1744.

Kuehn BM. Clinics aim to improve post-ICU recovery. JAMA. 2019;321(11):1036-8.



¿Qué es el hábito intestinal?



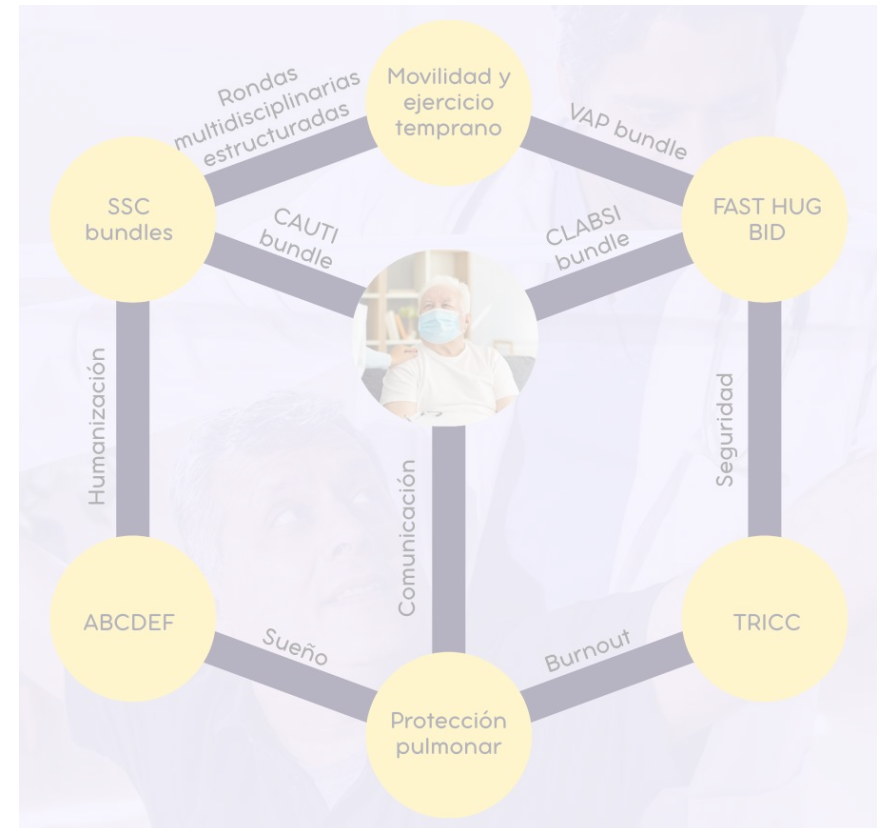
El hábito intestinal se refiere a la frecuencia, consistencia y características de las deposiciones de un individuo

La función intestinal también **PUEDE SER** un signo vital

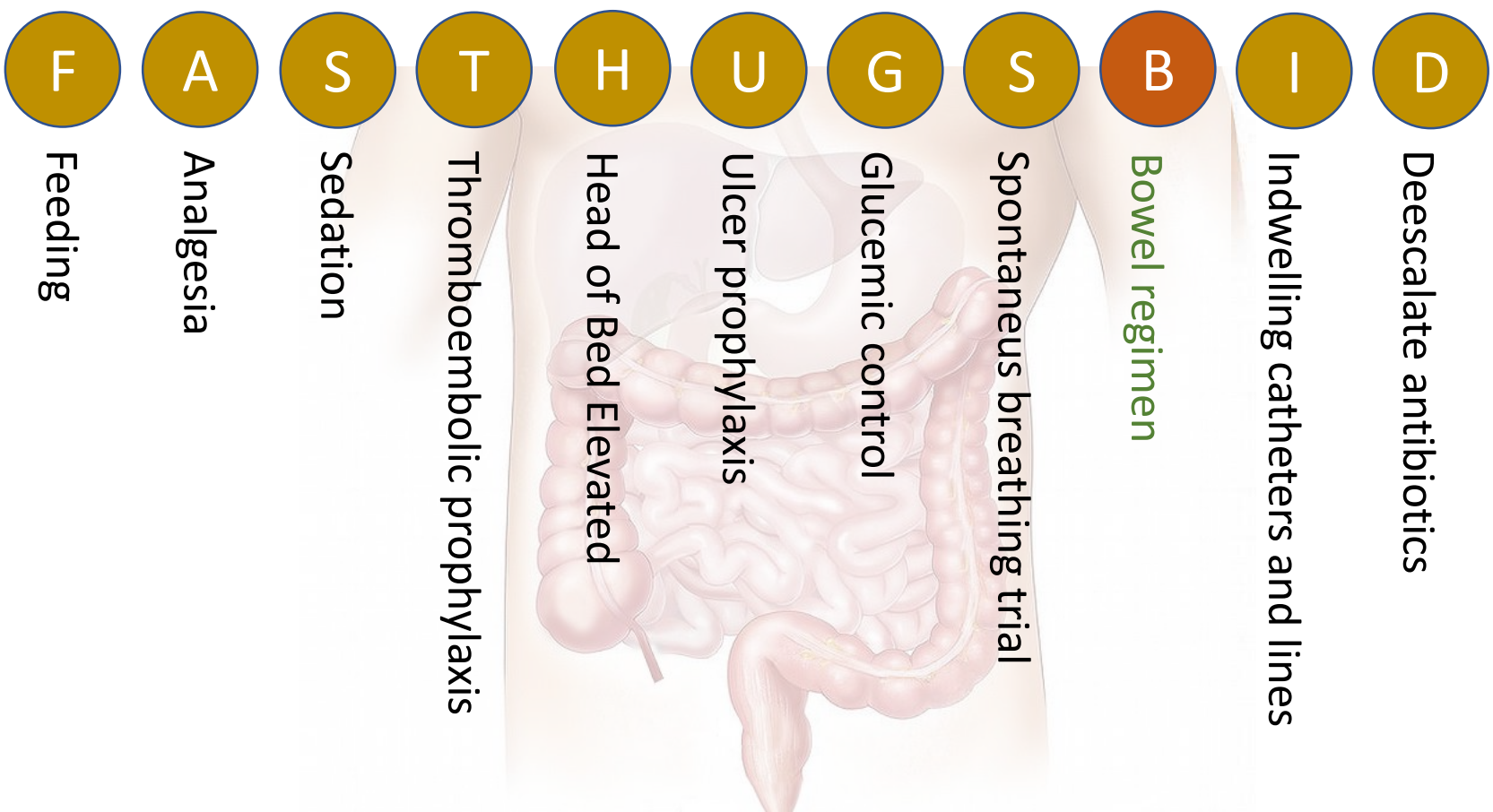
Estrategias Basadas en Evidencia



FAST HUGS BID	
Evaluación diaria para pase de visita en la UCI	
F Feeding	ALIMENTACIÓN Dieta actual y si se puede optimizar, ¿Nada vía oral? Considerar NPT tras restricción por vía oral
A Analgesia	ANALGESIA ¿Adecuado control analgésico? ¿Se están usando no-opiáceos? ¿Se pueden dar vía oral?
S Sedation	SEDACIÓN Dosis mínima necesaria De preferencia no benzodiazepinas
T Thromboembolic prophylaxis	TROMBOPROFILAXIS Está recibiendo tromboprofilaxis; considerar ajuste a función renal Medias de compresión o compresión manual
H Head of Bed Elevated	RESPALDO/ELEVACIÓN DE LA CABECERA Eleva 30°
U Ulcer prophylaxis	ÚLCERAS POR PRESIÓN Requiere cuidados profilácticos Siempre evaluar riesgo
G Glycemic control	GLUCEMIA Control glucémico entre 110-180 mg/dl
S Spontaneous breathing trial	PRUEBA DE RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA ¿Califica para una prueba de respiración espontánea?
B Bowel regimen	HÁBITO INTESTINAL Instaurar rutina intestinal
I Indwelling catheters and lines	LINEAS Y CATÉTERES Evaluar retiro de catéteres, líneas y sondas cuando sea posible
D Deescalate antibiotics	DEESCALAR ANTIBIÓTICOS Tanto en número como en dosis cuando sea adecuado



- Papadimos TJ. Implementation of the "FASTHUG" concept decreases the incidence of ventilator-associated pneumonia in a surgical intensive care unit. Patient Saf Surg. 2008;2:3.
- Seo D. Impact of a Rounding Checklist Implementation in the Trauma Intensive Care Unit on Clinical Outcomes. Healthcare (Basel). 2024;12(9):871.
- Devlin JW. Bundle ABCDEF (Society of Critical Care Medicine). Crit Care Med. 2018;46(9):e825–73.



Papadimos TJ. Implementation of the "FASTHUG" concept decreases the incidence of ventilator-associated pneumonia in a surgical intensive care unit. *Patient Saf Surg*. 2008;2:3.

Seo D. Impact of a Rounding Checklist Implementation in the Trauma Intensive Care Unit on Clinical Outcomes. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(9):871.

Arabzadeh B. Evaluation of the Fast Hug Implementation Effect on the Mortality and Length of Stay in Intensive Care Unit. *Journal of Contemporary Medical Sciences* 2023;9:6.



Definición

Estreñimiento

Definición variable

Ausencia de deposiciones por >3 días



<3 deposiciones por semana

+ al menos 2 de los siguientes: Esfuerzo excesivo, sensación de evacuación incompleta, sensación de obstrucción rectal, uso de maniobras manuales, heces duras y distensión o dolor abdominal

Diarrea

Definición operativa utilizada: más de 3 deposiciones líquidas por día o >500ml/día, sin uso de laxantes



≥3 deposiciones líquidas/blandas al día
ó

>200 a 250g/día de heces
>200ml/día de heces

Bharucha AE. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. Gastroenterology. 2013;144(1):211–7.

Locke III GR. American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines on constipation. Gastroenterology. 2000;119(6):1761–6.

Mostafa SM. Constipation and its implications in the critically ill patient. Br J Anaesth. 2003;91(6):815–9.



Epidemiología Mundial



Estreñimiento:

- Prevalencia en población general: 16 a 20%
- En UCI: 5% a 83%



Diarrea:

- Prevalencia en población general: 3 a 7%
- Prevalencia reportada en UCI: 2% a 95%

Dionne, J. C.. Diarrhea in the critically ill: definitions, epidemiology, risk factors and outcomes. Current opinion in critical care, 2023;29(2), 138-144.

Lordani CRF. The knowledge of intensive care professionals about diarrhea. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26:299-304.

Luft VC. Role of enteral nutrition in the incidence of diarrhea among hospitalized adult patients. Nutrition. 2008;24(6):528-35.

Mostafa SM. Constipation and its implications in the critically ill patient. Br J Anaesth. 2003;91(6):815-9.

Montejo JC. Enteral nutrition-related gastrointestinal complications in critically ill patients: a multicenter study. Crit Care Med. 1999;27(8):1447-53.



Epidemiología Local

N = 1.755

Edad media: 56,6 años (P50: 60 | Rango: 15–97)

Sexo: 57,9% masculino | 42,1% femenino

Índice de Charlson: 1,36

Estancia hospitalaria promedio: 20,6 días

Estancia en UCI: 13 días

Mortalidad: 23,4%

APACHE II: 20

Estreñimiento (*): 22,7%

Diarrea (+): 10,5%



Hospital Medellín

*>2 días sin deposición

+>3 deposiciones líquidas



¿Por qué importa en la UCI?



Aumento en días de VM



Aumenta la estancia



Mayor riesgo de infecciones



Mayor delirium



Puede aumentar SOFA



Puede aumentar la mortalidad

Azevedo RP de. Intestinal constipation in intensive care units. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21:324–31.

Van Der Spoel JI. Influence of severity of illness, medication and selective decontamination on defecation. Intensive Care Med. 2006;32:875–80.

Mostafa SM. Constipation and its implications in the critically ill patient. Br J Anaesth. 2003;91(6):815–9.

Montejo JC. Enteral nutrition-related gastrointestinal complications in critically ill patients: a multicenter study. Crit Care Med. 1999;27(8):1447–53.

Husebye E. Gastrointestinal motility disorders and bacterial overgrowth. J Intern Med. 1995;237(4):419–27.

Sagar PM. Intestinal obstruction promotes gut translocation of bacteria. Dis colon rectum. 1995;38:640–4.

Haglund U. The splanchnic organs as the source of toxic mediators in shock. Prog Clin Biol Res. 1988;264:135–45.



Problemas actuales en la práctica clínica

-  Subestimación del estreñimiento
-  Dificultad para diagnóstico en sedación
-  Falta de escalas aplicables a pacientes críticos
-  Ausencia de protocolos unificados

Bharucha AE. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology*. 2013;144(1):211–7.

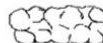
Esteban A. Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. *Jama*. 2002;287(3):345–55.

Locke III GR. American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines on constipation. *Gastroenterology*. 2000;119(6):1761–6.



Escalas Disponibles

Victoria Bowel Performance Scale (revised) (rBPS)

- 4	-3	- 2	- 1	BPS Score G	+ 1	+ 2	+ 3	+ 4
Constipation				GOAL	Diarrhea			
Impacted or Obstructed ± small leakage 	Formed Hard with pellets 	Formed Hard 	Formed Solid 	Characteristic Formed Semi-solid 	Formed Soft 	Unformed Loose or paste-like 	Unformed Liquid ± mucus 	Unformed Liquid ± mucus 
No Stool produced after Goal plus 3 days	Goal plus 3 or more days delay	Goal plus 1-2 days delay	Pt's Goal frequency occurs	Pattern Pt's Goal for frequency	Pt's Goal frequency occurs	Goal or more frequent than goal	More frequent than goal	More frequent than goal
Unable to defecate despite maximal effort or straining	Major effort or straining required to defecate	Moderate effort or straining required to defecate	Minimal or no effort required to defecate	Control Minimal or no effort to defecate	Minimal or no effort required to control urgency	Mod. effort required to control urgency	Very difficult to control urgency & may be explosive	Incontinent or explosive - unable to control or unaware

Downing, Hawley, Barwich, Black. BPS revised scale. © 2009, Victoria Hospice Society

Escala de Bristol

Tipo 1		Pedazos duros separados. Como nueces (difícil excreción)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa (compuesta de fragmentos)
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas en la superficie
Tipo 4		Con forma de salchicha (o serpiente) pero lisa y suave
Tipo 5		Trozos pastosos con bordes bien definidos
Tipo 6		Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares
Tipo 7		Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

Parés D. Adaptation and validation of the Bristol scale stool form translated into the Spanish language. Rev Esp Enfermedades Dig. 2009;101(5):312.

Lewis SJ. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol. 1997;32(9):920-4.

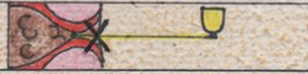
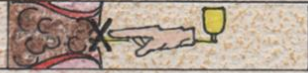
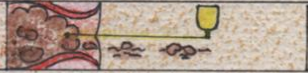
Heaton KW. Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study. Gut. 1992;33(6):818-24.

Heaton KW. How bad are the symptoms and bowel dysfunction of patients with the irritable bowel syndrome?. Gut. 1991;32(1):73-9.

Hawley P. Implementation of the Victoria bowel performance scale. J Pain Symptom Manage. 2011;42(6):946-53.



Escalas Disponibles

	0 - No defeca espontáneamente, Ni con el enema.
	1 - No defeca espontáneamente, Ni con el enema, ni con la extracción digital.
	2 - Defeca parcialmente con la extracción digital.
	3 - Defeca totalmente con la extracción digital.
	4 - Con enemas. Defeca en poca cantidad sin estar impactado.
	5 - Con enemas. Defeca en cantidad normal sin estar impactado.
	6 - Defeca espontáneamente en poca cantidad.
	7 - Defeca espontáneamente heces duras en cantidad normal.
	8 - Defeca espontáneamente heces blandas en cantidad normal.
	9 - Defeca espontáneamente heces semilíquidas en cantidad normal.
	10 - Defeca espontáneamente heces líquidas en cantidad aumentada.



Escalas Disponibles

-2	-1	0	+1	+2
Sin deposición por 5 o más días consecutivos o impactación fecal	Sin deposición por 3 o y 4 días consecutivos	Deposición normal o sin deposición 1 o 2 días consecutivos	Deposiciones líquidas o semilíquidas en cantidad moderada	Deposiciones líquidas o semilíquidas en cantidad aumentada
Estreñimiento		Normal	Diarrea	

Instrucciones para la Escala de hábito intestinal para pacientes hospitalizados en UCI

Se debe registrar: 1) cada vez que el paciente presente deposición o 2) Una vez en cada turno cuando el paciente no presenta deposiciones.

Normal: deposiciones de características normales o sin deposición durante dos días consecutivos.

Es normal que el paciente no haga deposición por 48 horas si no recibe nutrición enteral.

Son normales las deposiciones de heces sólidas, duras o blandas en cantidad normal o abundante: alrededor de 80-270 gramos. (no es normal la sola mancha del pañal con materia fecal).

Estreñimiento: sin deposiciones por más de 48 horas.

Después de iniciada la nutrición enteral u oral se espera que el paciente presente deposición en 48 horas. Cuando se logra realizar la deposición de manera espontánea (sin enema), esta se produce después de 2 días y son de consistencia dura, seca y difícil de evacuar.

Impactación fecal: sin deposición por 5 o más días.

Más de 5 días continuos sin deposición o después de 5 días sin hacer deposición empieza con deposición líquida en escasa cantidad (rebasamiento) o con mancha con materia fecal del pañal o de la ropa interior o que al tacto rectal se palpa heces duras como piedras. Si se realiza extracción digital de este tipo de heces se marca como impactación.

Diarrea:

Cantidad moderada en paciente con pañal: cuando las deposiciones líquidas quedan contenidas en el pañal o cuando rebasan el pañal alcanzan a mojar solo alrededor del pañal (hasta los muslos y región lumbar).

Cantidad moderada en pato: cuando las heces líquidas alcanzan a cubrir hasta una tercera parte del pato y si se midieran fuera menor de 300 ml.

Cantidad aumentada en pacientes con pañal: cuando las heces rebasan el pañal y alcanzan a mojar más allá de los muslos y la región torácica.

Cantidad aumentada en pato: cuando las heces líquidas alcanzan a cubrir más de la tercera parte del pato o más de 300 ml.



Factores de Riesgo

- Uso de vasopresores (norepinefrina y dopamina)
- Hipoperfusión tisular
- Estados inflamatorios
- Enfermedades sistémicas
- Enfermedades neurológicas
- Cambios en la microbiota (uso de antibióticos)

McClave SA. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2016;40(2):159–211.

Lordani CRF. The knowledge of intensive care professionals about diarrhea. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26:299–304.

Mutlu EA. GI complications in patients receiving mechanical ventilation. Chest. 2001;119(4):1222–41.

Pappagallo M. Incidence, prevalence, and management of opioid bowel dysfunction. Am J Surg. 2001;182(5):S11–8.

Factores de Riesgo Prevenibles

- Sedación y uso de opiáceos (relajantes y benzodiacépinas)
- Falta de protocolos claros y herramientas de evaluación
- Inmovilidad prolongada y confinamiento a cama
- Nutrición enteral insuficiente o sin fibra (20 – 30g/d)
- Alteraciones hidroelectrolíticas
- Falta de privacidad

McClave SA. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2016;40(2):159–211.

Lordani CRF. The knowledge of intensive care professionals about diarrhea. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26:299–304.

Mutlu EA. GI complications in patients receiving mechanical ventilation. Chest. 2001;119(4):1222–41.

Pappagallo M. Incidence, prevalence, and management of opioid bowel dysfunction. Am J Surg. 2001;182(5):S11–8.



Complicaciones Asociadas

Estreñimiento

- Distensión abdominal
- Impactación fecal
- Aumento de presión intraabdominal
- Disminución del desplazamiento diafragmático
- Intolerancia a nutrición enteral
- Mayor riesgo de infecciones nosocomiales
- Fallo en liberación del soporte ventilatorio
- Incremento en días de VM, días en UCI y estancia hospitalaria
- Aumento de mortalidad (algunos estudios lo sugieren)

Azevedo RP de. Intestinal constipation in intensive care units. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21:324–31.

Mostafa SM. Constipation and its implications in the critically ill patient. Br J Anaesth. 2003;91(6):815–9.

Husebye E. Gastrointestinal motility disorders and bacterial overgrowth. J Intern Med. 1995;237(4):419–27.

Sagar PM. Intestinal obstruction promotes gut translocation of bacteria. Dis colon rectum. 1995;38:640–4.

Haglund U. The splanchnic organs as the source of toxic mediators in shock. Prog Clin Biol Res. 1988;264:135–45.



Complicaciones Asociadas

Diarrhea

- Deshidratación
- Hipokalemia
- Hipomagnesemia
- Malnutrición e hipoalbuminemia
- Riesgo de úlceras por presión
- Mayor estancia hospitalaria y complicaciones
- Descartar infección por **Clostridioides difficile** (ICD)

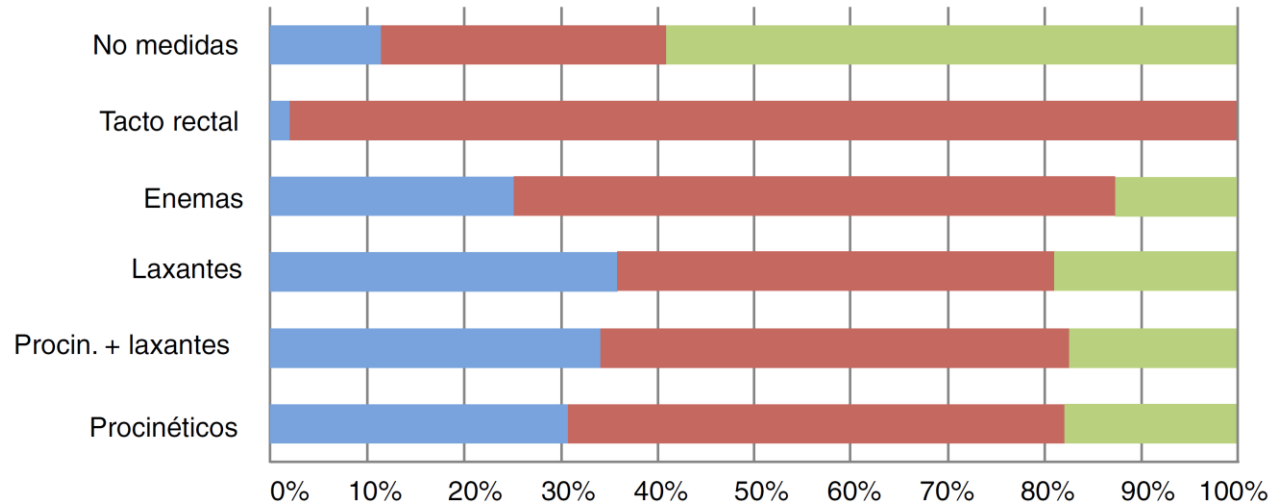
Lordani CRF. The knowledge of intensive care professionals about diarrhea. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26:299–304.

Luft VC. Role of enteral nutrition in the incidence of diarrhea among hospitalized adult patients. Nutrition. 2008;24(6):528–35.

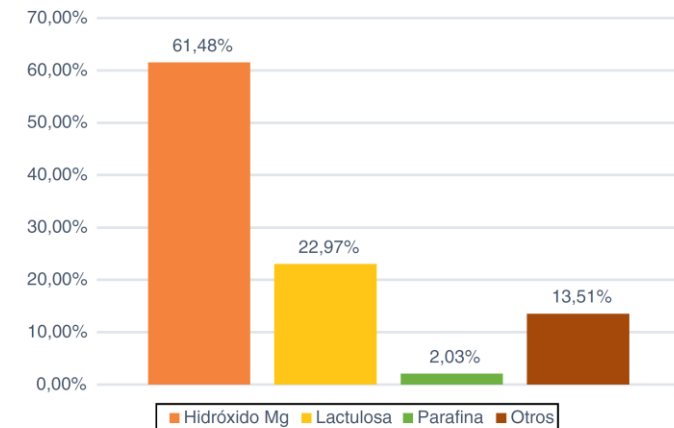


Tratamiento Estreñimiento

n = 139 pacientes.
Inclusión: >18 años,
VM, >7d en UCI y con
NET.



	Procinéticos	Procin. + laxantes	Laxantes	Enemas	Tacto rectal	No medidas
TOTAL	44,60%	51,80%	56,11%	33,81%	2,16%	12,95%
ESTREÑIMIENTO	74,19%	73,61%	70,51%	82,98%	100%	33,33%
NO ESTREÑIMIENTO	25,81%	26,39%	29,49%	17,02%	0%	66,67%





Tratamiento: PEG / Lactulosa

Objetivo: Si lactulosa y PEG eran efectivos para resolver el estreñimiento

Resultados

HR 0,30 [IC 95%, 0,19-0,44; $p = 0,0001$] (L)

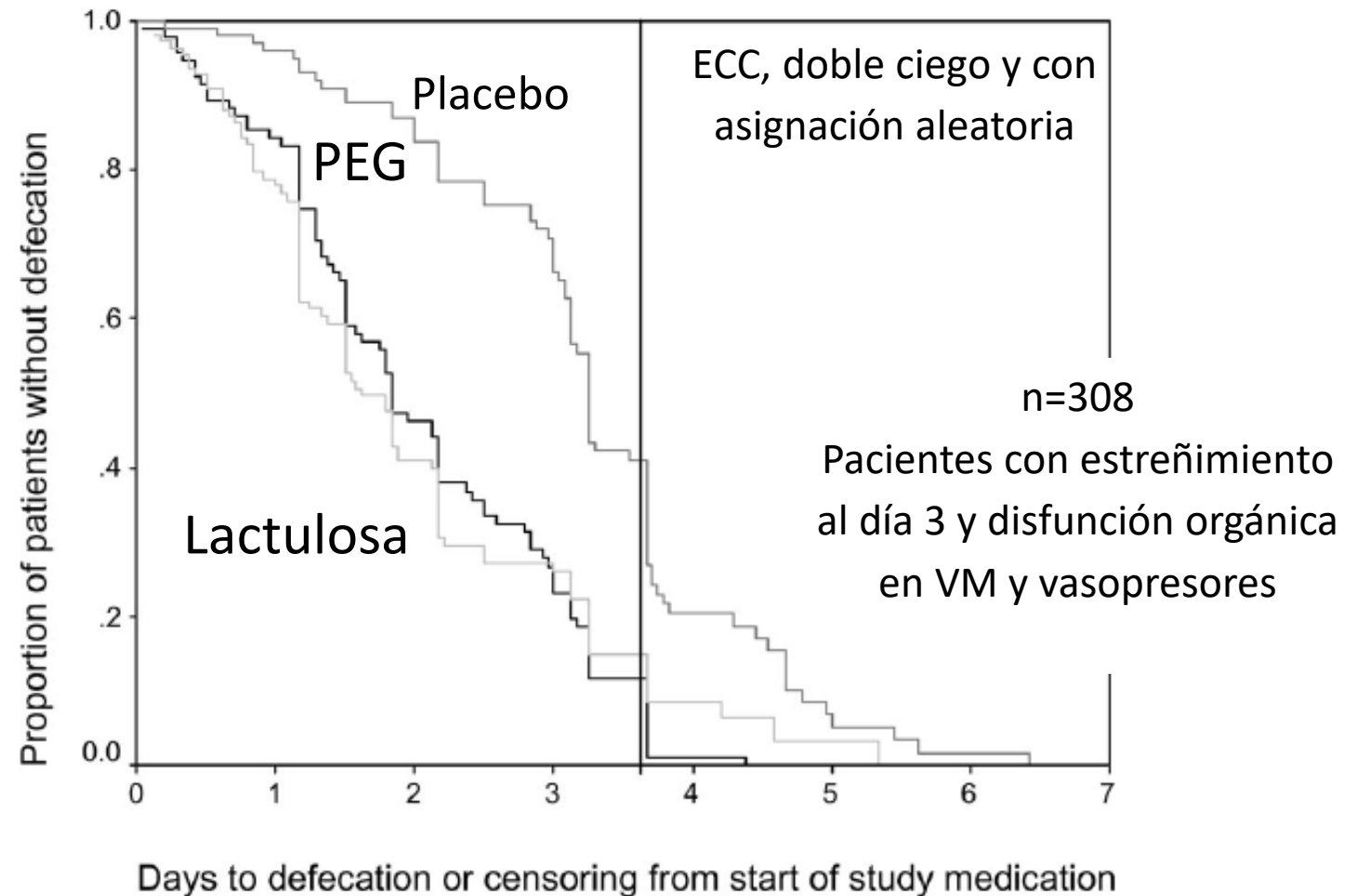
HR 0,30 [IC 95%, 0,20-0,45; $p = 0,0001$] (PEG)

30% (n = 94) tenían estreñimiento al día 7

Enemas de fosfato (16%), infusión de neostigmina por 24h (51%) y altas dosis de PEG (26%).

No diferencias en la mortalidad

Lactulosa menor estancia (156 vs 196 horas)





Tratamiento Estreñimiento

Prevención – Profilaxis

Estreñimiento:

- Laxantes:
 - Formadores de bolo: psyllium (menos usado en UCI)
 - Osmóticos: lactulosa, PEG, sulfato de magnesio, manitol
 - Estimulantes: bisacodilo, senna
- Supositorios de glicerina y enemas de fosfato
- Neostigmina IV en casos refractarios

Costilla VC. Constipation in adults: diagnosis and management. Curr Treat Options Gastroenterol. 2014;12(3):310-21.

Bharucha AE. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. Gastroenterology. 2013;144(1):211-7.

Masri Y. Prophylactic use of laxative for constipation in critically ill patients. Ann Thorac Med. 2010;5(4):228-31.

Azevedo RP. Intestinal constipation in intensive care units. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(3):324-31.

van der Spoel JJ. Laxation of critically ill patients with lactulose or polyethylene glycol. Crit Care Med. 2007;35(12):2726-31.

Pappagallo M. Incidence, prevalence, and management of opioid bowel dysfunction. Am J Surg. 2001;182(5A Suppl):11S-8S.

Locke GR, 3rd. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation. Gastroenterology. 2000;119(6):1761-6.



Tratamiento Estreñimiento

Prevención

- Movilización temprana
- Ingesta adecuada de líquidos y fibra
- Corrección de alteraciones HE
- Minimizar el uso de opioides

Evaluación inicial

- Examen físico y evaluación del hábito
- Laxantes: lactulosa 10ml/12h o PEG 17g/24h
- Aumentar la dosis de laxante
- Considerar un 2do agente si no hay respuesta

Intervenciones adicionales

- Realizar tacto rectal
- Desimpactación manual si es necesario
- Enema si está indicado
- Valoración por cirugía si se sospecha complicación

Adaptado de: ICU Constipation and Diarrhoea Management Guidelines. NSW Health. Disponible en: <https://aci.health.nsw.gov.au/> (consultado 2025).

Trauma Bowel Regimen – Policy for ICU bowel management protocols. Vanderbilt University Medical Center, Division of Trauma and Surgical Critical Care.

Vanderbilt University Medical Center (2024).



Tratamiento Diarrea

Medidas iniciales

- Suspender o retirar todos los laxantes.
- Revisar la indicación de procinéticos (metoclopramida, eritromicina) y medicamentos (sorbitol, antibióticos).
- Discusión con nutrición para modificar la dieta y aumentar el contenido de fibra.
- Hidratación y soporte.

Evaluación diagnóstica

- Si se sospecha *Clostridioides difficile*, enviar muestra de materia fecal para estudios.
- Excluir causas microbiológicas antes de iniciar fármacos antidiarreicos.

Tratamiento específico

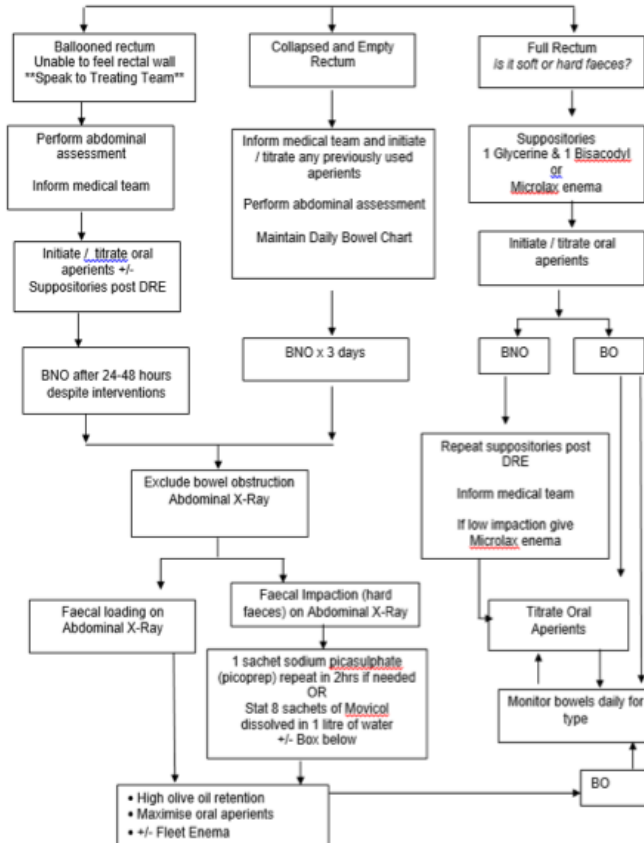
- Considerar medicación que disminuya la motilidad (loperamida, fosfato de codeína) si no hay causa infecciosa.
- Probióticos, no disminuye incidencia o duración (RR 0,98; 95% CI 0,85–1,12).
- Si la diarrea es de gran volumen, monitorizar balance hídrico y electrolítico, y reponer pérdidas según necesidad.

Dionne, J. C.. Diarrhea in the critically ill: definitions, epidemiology, risk factors and outcomes. Current opinion in critical care, 2023;29(2), 138-144.

Sharif S. Probiotics in critical illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Crit Care Med 2022; 50:1175–1186.

Protocols

Bowel Regimen Recommendations for Functioning Gastrointestinal (GI) Tract:



Pharmacologic Classes:

- Osmotic laxative
- Sulfate: Stimulant laxative with stool softener
- Polyethylene glycol: Osmotic laxative
- Bisacodyl: Stimulant laxative
- Sodium citrate: Saline laxative

Initial management:
-Miralax oral powder: 17gm PO q24h
 AND
-Senna/docusate: senokot: 2 tab PO BID
OR -Docusate sodium: Colace: 100mg-200mg PO QD to BID
 *Choose Colace over Senokot in clinical cases where stimulant is not indicated (recent anastomosis). No stimulant bowel reg: for 3 days from repair of small bowel injury, for 5 days from repair of large bowel injury

↓ If no bowel movement in 48h

ADD:
(if normal renal function):
-Milk of magnesia: mom: 15mg PO TID

↓ If no bowel movement in 72h

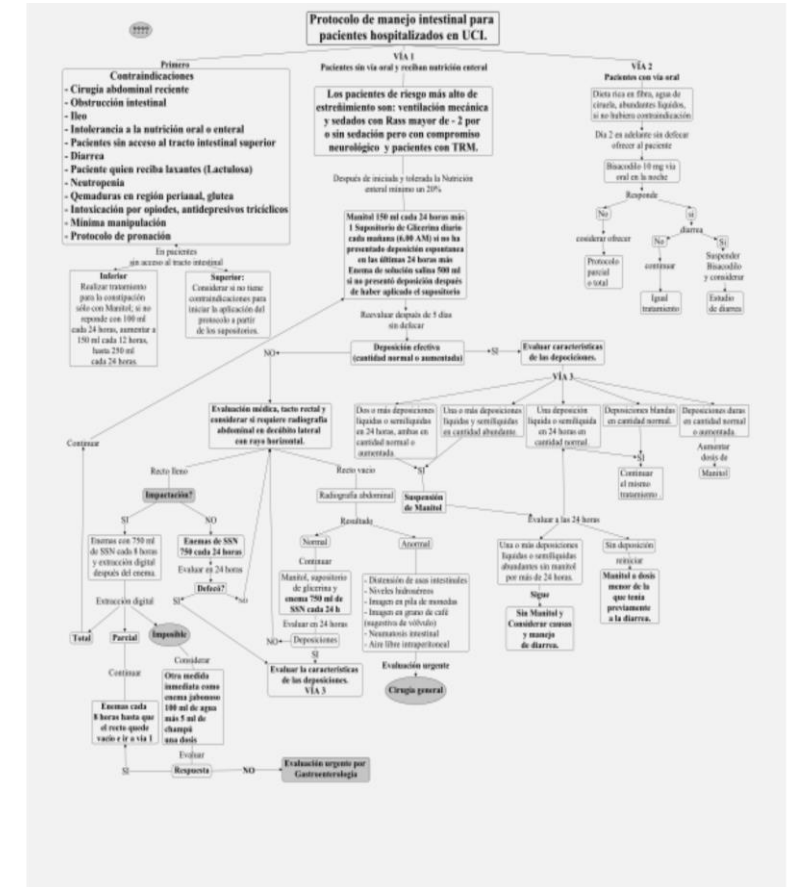
INCREASE:
(if normal renal function):
-Milk of magnesia: mom: 30mg PO TID

ADD
-Biscodyl suppository: 10mg PR x 1

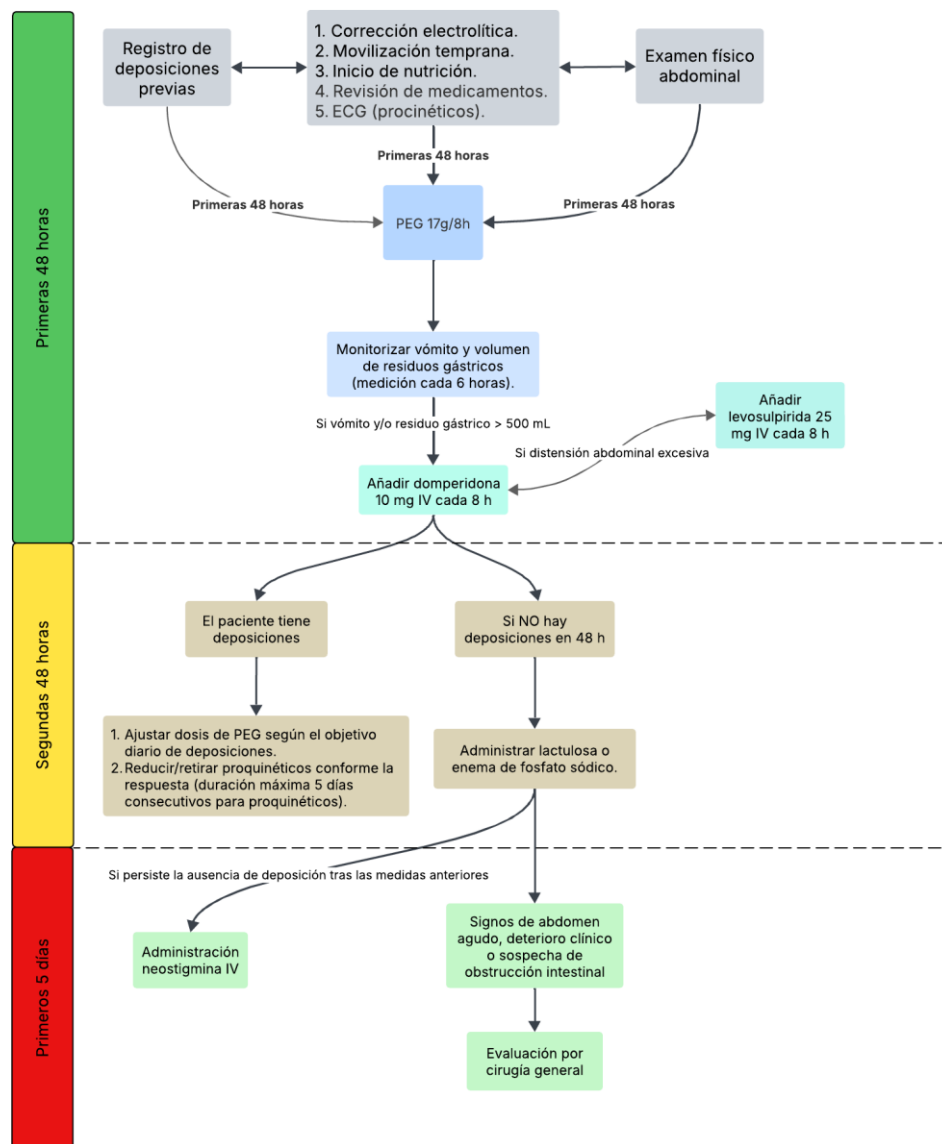
1 If no bowel movement in 96h

CONSIDER:
-KUB to rule out ileus or small bowel obstruction
ADD:
-**Biscodyl suppository:** 10mg PR x 1

-**Magnesium citrate solution:** 300mL PO x 1 (if normal renal function)
OR
- **Enema (soap suds, tap water, or normal saline)** until clear x 1



Trauma Bowel Regimen – Policy for ICU bowel management protocols. Vanderbilt University Medical Center, Division of Trauma and Surgical Critical Care (2024).
 SESLHDGL/098 — Bowel Management Guideline (South Eastern Sydney Local Health District, revisado septiembre 2022).



Outcome Measure	Measure Description	Time Frame
Adherence to protocol / bundle implementation.	The adherence for the protocol and for the bundle will be evaluated by being separated. Both will be evaluated by dichotomous evaluation (is adherent or not adherent). It is adherent for the bundle only if all the interventions for the bundle are fulfilled, likewise, it is adherent for the protocol if all the interventions for the protocol are fulfilled.	1 month

Secondary Outcome Measures

Outcome Measure	Measure Description	Time Frame
Difference in incidence of constipation between observational period group and protocol / bundle implementation period group.	Constipation is assessed using the described definition, every day.	1 month.
Intolerance to nutritional.	All presence of "gastric residue greater than 500mL in a measurement during the day, or to the presence of vomiting" will be recorded.	1 month
Liquid deposition.	all presence of a "deposition of liquid consistency quantified in an amount greater than 200 milliliters" will be recorded.	1 month.

Límite y seguridad del tratamiento:

- ✓ **Proquinéticos:** duración máxima **5 días consecutivos**.
- ✓ Control estricto de electrolitos durante uso de laxantes o escaladas.
- ✓ Interrumpir laxantes si aparecen signos de **íleo, obstrucción o peritonitis**.
- ✓ Contraindicar o reconsiderar laxantes si hay: obstrucción, íleo, uso de NPT, EII activa o intolerancia enteral.

ClinicalTrials.gov. (2021). *Constipation Bundle/Protocol and the Effect of Adherence in the Incidence of Constipation in Critically Ill Patients (NCT04462211)* [Ensayo clínico terminado].



Propuesta: Protocolo Hábito Intestinal

-  Aplicación de escala
-  Iniciar tratamiento al ingresar a UCI
-  Escalonamiento progresivo
-  Laxantes osmóticos (lactulosa o PEG) en paciente con sonda
-  Laxante estimulante: bisacodilo (paciente despierto con vía oral)
-  Supositorios de glicerina y enemas de fosfato (paciente sedado)
-  Neostigmina IV en casos refractarios

Protocolo de Tratamiento

⊘ CONTRAINDICACIONES (selección por intervención):

◆ Supositorios / Enema / Estímulo rectal:

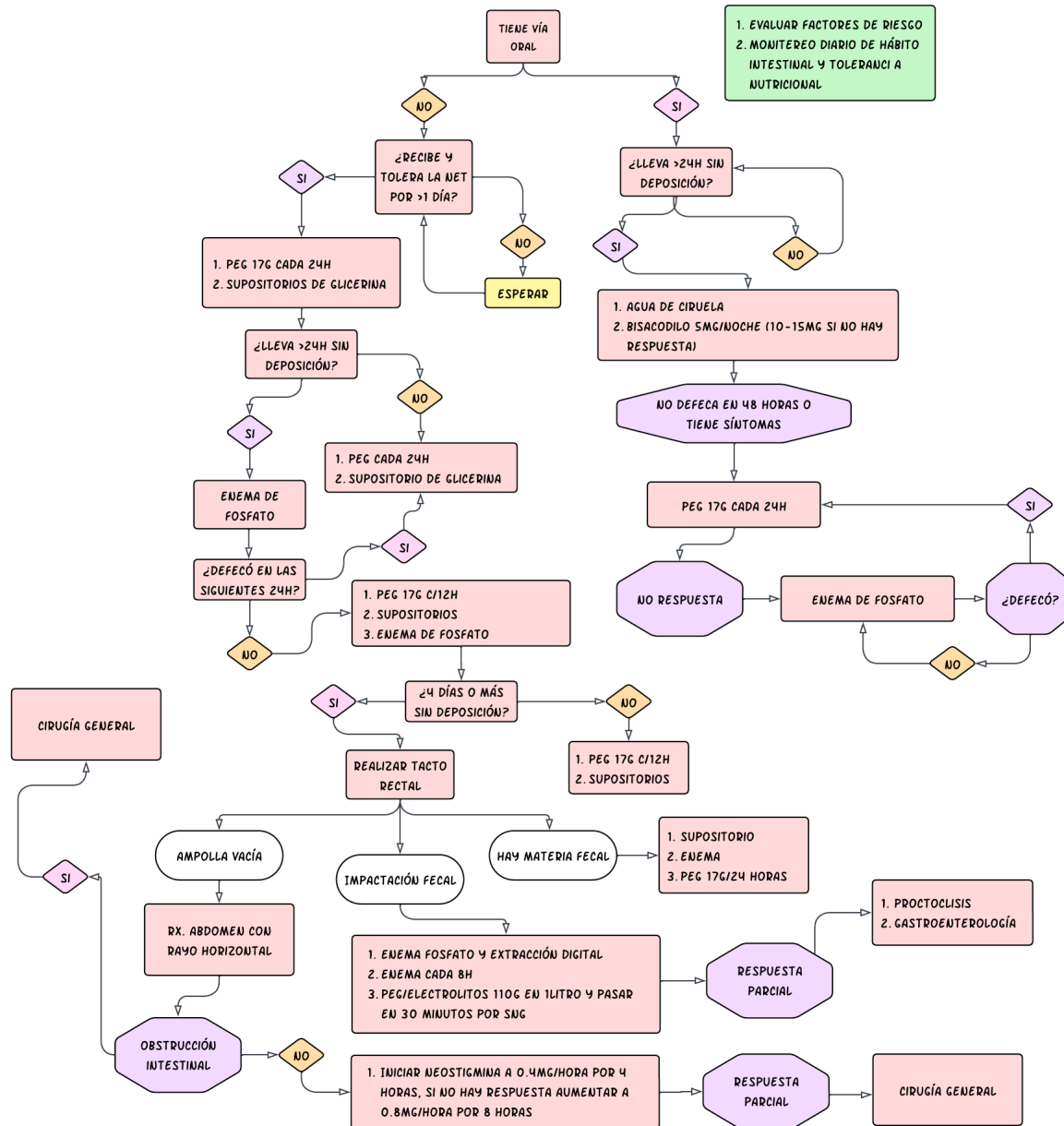
- Neutropenia
- Colostomía de protección
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Hemorragia digestiva
- Diarrea
- Afecciones anorectales
- Hipersensibilidad

◆ Bisacodilo:

- Obstrucción intestinal
- Gastroparesia, íleo, megacolon
- Úlcera, hemorragia, alteraciones HE
- Nada vía oral

◆ PEG:

- Obstrucción, íleo, megacolon
- Gastroparesia
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Hipersensibilidad a componentes





Conclusiones

- ✓ La función intestinal es un signo vital olvidado
- ✓ Su alteración es frecuente y tiene alto impacto clínico
- ✓ Estreñimiento y diarrea deben vigilarse activamente
- ✓ Muchos factores de riesgo son prevenibles
- ✓ El tratamiento debe ser temprano y progresivo
- ✓ Protocolos y educación son fundamentales



Cuidar el intestino es cuidar al paciente crítico

Muchas Gracias