

PARTE II:

Estreñimiento

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

15



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Identificar la naturaleza del problema y su definición.
2. Determinar sus factores de riesgo y causas.
3. Identificar ventajas y desventajas de las distintas modalidades terapéuticas.
4. Desarrollar un programa de tratamiento para individuos con estreñimiento.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El estreñimiento crónico afecta a cerca del 30% de adultos de 60 años de edad o más, y más comúnmente a las mujeres. Aunque ocurre con frecuencia como un efecto colateral de medicamentos, puede también ser una manifestación de enfermedad metabólica o neurológica. Independientemente, siempre debe ser excluida la obstrucción colónica.

DEFINICIÓN SUBJETIVA:

Se trata de la sensación de heces demasiado duras, de un período de tiempo muy largo entre cada evacuación, o evacuaciones esforzadas con duración prolongada y fatigante, frecuentemente acompañadas de sensación de evacuación incompleta.

DEFINICIÓN OBJETIVA:

Heces de menos de 35 gramos por emisión o frecuencia menor que tres veces por semana. La frecuencia del estreñimiento subjetivo aumenta con la edad, sin embargo, la del estreñimiento objetivo parece mantenerse constante a lo largo de la vida.

Existe la idea generalizada de que la defecación diaria es benéfica para la salud, sin embargo, sabemos que el hábito intestinal normal puede ser tanto como 3 veces por día o tan poco como dos veces por semana sin que esto provoque problemas de salud.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Usualmente el paciente se presenta con la queja directa de estreñimiento o bien pidiendo algún laxante “eficaz para tratarla”, sin embargo, los síntomas que motivan esta consulta son muy variables.

Es importante destacar que, en el adulto mayor, el estreñimiento se puede presentar como un cuadro de **oclusión intestinal** o bien como **pérdida de la autonomía o delirio**.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

¿SE TRATA DE UN ESTREÑIMIENTO RECIENTE O CRÓNICO?

Es difícil establecer un tiempo determinado para distinguir si el estreñimiento es reciente o crónico, sin embargo si el paciente lo refiere como de “toda la vida”, se puede considerar como crónico. En cambio, si ha durado semanas, meses o incluso un año se debe considerar como reciente.

SI SE TRATA DE UN ESTREÑIMIENTO RECIENTE O ESTÁ SUPERIMPUESTO A UN ESTREÑIMIENTO CRÓNICO:

Es muy importante determinar si existe **obstrucción colónica**, siendo la causa más importante, el **cáncer de colon**, sobre todo si el estreñimiento se acompaña de pérdida de peso o sangre en las heces.

Los medicamentos que se anotan en el cuadro 15.1 son causa frecuente de estreñimiento y por tanto deben ser eliminados en la medida de lo posible.

Se debe descartar asimismo el **hipotiroidismo**.

CUADRO 15.1. MEDICAMENTOS QUE PUEDEN PROVOCAR ESTREÑIMIENTO

- Anticolinérgicos
- Narcóticos
- Antiácidos que contengan aluminio o calcio
- Diuréticos (por deshidratación e hipocalcemia)
- Sucralfato
- Suplementos de hierro
- Calcioantagonistas
- Antitusígenos

En los casos de estreñimiento, es necesario, antes de indicar estudios de laboratorio o de imagen o iniciar tratamiento, realizar un tacto rectal.

SI SE TRATA DE UN ESTREÑIMIENTO CRÓNICO:

Es útil para el tratamiento determinar, mediante el tacto rectal, si se trata de un estreñimiento **terminal, de progresión o mixto**.

¿SON LAS HECES ABUNDANTES Y BLANDAS EN EL RECTO?

Se trata muy probablemente de un estreñimiento **terminal**.

La **impactación fecal** puede presentarse con materia fecal blanda, en especial en pacientes con alteración neurológica o incapacidad para la marcha.

¿SON LAS HECES ABUNDANTES, EN FORMA DE HESCÍBALOS PEQUEÑOS?

Probable estreñimiento **mixto**.

¿ÁMPULA RECTAL VACÍA?

Se trata de un estreñimiento **de progresión** o bien una **obstrucción alta**.

¿QUÉ EXÁMENES PUEDEN INDICARSE PARA SU ESTUDIO?

• LABORATORIO:

Determinaciones de sodio, potasio, calcio, glucosa y determinación de hormona estimulante de tiroides ultrasensible.

• ESTUDIOS PARACLÍNICOS:

Radiografía simple de abdomen en caso de **impactación fecal**.

Colonoscopia o colon por enema con doble contraste en todos aquellos casos en que se sospeche de **obstrucción colónica** o *en los que no se tenga un diagnóstico* mediante el interrogatorio y las pruebas antes descritas.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

ESTREÑIMIENTO TERMINAL:

En ocasiones es suficiente utilizar supositorios de glicerina. Sin embargo, esto difícilmente corrige el problema a largo plazo, por lo que se puede optar por utilizar *laxantes osmóticos* como la *lactulosa* o el *sorbitol*. Ver (abajo) el Cuadro 15.2 de laxantes y las intervenciones genéricas.

Al iniciar el tratamiento puede ser de beneficio utilizar un *enema evacuante a base únicamente de agua* para limpiar el colon del exceso de residuo.

Si es necesario, se puede utilizar *ocasionalmente* un *laxante estimulante*.

ESTREÑIMIENTO POR HIPOMOTILIDAD:

En este caso es útil el uso de *psyllium plantago* antes de las comidas. También se puede utilizar de manera *ocasional* algún laxante de tipo *irritante*.

ESTREÑIMIENTO MIXTO:

Utilizar *psyllium plantago* inicialmente y después agregar de acuerdo a respuesta *lactulosa* o *sorbitol*.

En cualquier caso, si después de *algunos meses* de tratamiento no se obtiene una respuesta satisfactoria, el paciente debe ser **referido** para su tratamiento.

IMPACTACIÓN FECAL:

Esta es la principal complicación del estreñimiento **terminal**. El cuadro clínico puede tomar la forma de *seudo-obstrucción intestinal*, *ulceración del colon*, retención e infección urinaria, incontinencia fecal (generalmente por trastornos de la sensibilidad rectal), una *falsa diarrea* o bien *alteración del estado de conciencia* o *pérdida de la autonomía*.

CUADRO 15.2. LAXANTES

Agente y tipo	Dosis	Inicio de acción	Mecanismo de acción	Efectos secundarios
Bisacodil (estimulante)	10 mg qhs	6 - 12 hr	Estimulación de plexo mioentérico. Alteración del transporte de sal y agua.	Hipocalemia , dolor abdominal, vómito (especialmente si se asocia a antiácidos).
Antraquinonas Ej: Senna (estimulantes)	10 - 30 g qhs	8 - 12 hr	Como el anterior, más efectos parecidos a prostaglandina E.	Puede causar dolor abdominal, dependiente de dosis. Melanosis del colon.
Psyllium plantago Metilcelulosa (aumentadores de bolo fecal)	1 tab. o 30 g qd - tid	12 - 72 hr	Fibra hidrofílica resistente a la degradación bacteriana. Aumenta el bolo fecal y lo reblandece.	Distensión abdominal, flatulencia. Pueden provocar retención colónica. Evitar en pacientes inmovilizados. Cuidado en la disfunción renal.
Hidróxido de magnesio	5 - 30 mg qhs	0.5 - 3 hr	Estimula secreción de colecistocinina y aumenta la secreción de electrolitos y agua.	Puede provocar deshidratación, diarrea. Evitar en pacientes con falla renal. No utilizar por tiempo prolongado.
Lactulosa Sorbitol (osmolaes)	15 - 30 mL qd - qid	24 - 48 hr	Son disacáridos no absorbibles que causan paso de agua hacia el colon y contracciones reflejas.	Dolor abdominal, especialmente al combinarse con frutas.
Polietilenglicol GoLyteli® (osmolar)	0.5 - 2 L qd	0.5 - 1 hr	Acción hiperosmótica potente, disminuye tiempo de tránsito. Útil en casos de impactación fecal.	Náusea, dolor abdominal, incontinencia fecal.

La conducta a seguir, es la *desimpactación manual prudente* (puede requerir sedación en casos avanzados) en primer lugar, seguido de *enemas evacuantes* de la siguiente manera: Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo con la cadera en abducción, Se coloca a un bote con 500 a 1,000 cc de agua tibia (evitar enemas de agua jabonosa), un metro por encima de la cadera, y se deja que pase el líquido lo más lento posible. De ser posible al terminar, se coloca al paciente en decúbito supino por unos 5 minutos y en decúbito lateral derecho por otros 5 minutos. Se debe repetir el enema hasta que resulte en evacuaciones líquidas claras. Según la presentación del caso, se mantendrá al paciente con órdenes de no recibir nada por boca o con dieta a base de líquidos claros, hasta terminada la limpieza del colon. Una vez terminado este proceso, puede iniciar el tratamiento general y el tratamiento para el estreñimiento terminal antes descrito. De ser un paciente inmobilizado o con alguna discapacidad funcional, inicialmente debe tener una dieta con fibra restringida y enemas profilácticos (uno o dos por semana) para evitar una reimpactación¹.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

Es importante destacar que en el tratamiento del estreñimiento crónico, los resultados difícilmente serán inmediatos. El paciente debe estar consciente de esta situación para evitar el uso excesivo de los laxantes, los cuales en mayor o menor medida tienen efectos contraproducentes.

En todo paciente con estreñimiento crónico se debe seguir el siguiente esquema de reeducación del hábito intestinal:

- Durante el desayuno, tomar algún líquido caliente.
- Caminar durante 15 - 20 minutos después de desayunar.
- Acudir al baño aunque no se tengan deseos de evacuar **30 minutos después de desayunar** para aprovechar el **reflejo gastro-cólico** e intentar defecar por lo menos durante 10 minutos.
- Nunca posponer el ir al baño al tener el deseo de defecar.
- Aumentar la cantidad de líquidos y fibra que se ingieren durante el día.
- Suspender los laxantes **irritantes**.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Siempre hacer un **tacto rectal** antes de iniciar cualquier tratamiento.
- Evitar en la medida de lo posible los laxantes estimulantes.

¹ Manual Merck de Geriatria. 2a. Edición. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A. 2001:1082, 1092-1094, 1116.

- Comenzar siempre por las intervenciones genéricas y enfatizarle al paciente que la respuesta es lenta para evitar sobremedicación.
- Tratar la impactación fecal de manera enérgica.
- En el estreñimiento de **inicio reciente** se debe buscar siempre que una **tumoración** sea la causa.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Beers MH, Berkow R. Constipation, Diarrhea, and Fecal Incontinence in The Merck Manual of Geriatrics. Internet version, 2000.

[http:// www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/home.html](http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/home.html)

De Lillo AR, Rose S. Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation, fecal impaction, and fecal incontinence. Am J Gastroenterol. 2000; 95(4):901-905.

Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Geriatria Clínica. 3a Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. publicado para el Programa Ampliado de libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. 1997.

Romero YR, Evans JM, Fleming KC, Phillips SF. Constipation and fecal incontinence in the elderly population. Mayo Clin Proc 1996; 71:81-92.

Wald A Constipation and fecal incontinence in the elderly, Gastroenterol Clin North Am. 1990, 19:405-418.