

MÓDULO 6

CONCEPTOS ESENCIALES EN GASTROENTEROLOGÍA

CONSTIPACIÓN

SEXTA ENTREGA DEL CURSO SOBRE CONCEPTOS ESENCIALES EN GASTROENTEROLOGÍA PARA PROFESIONALES FARMACÉUTICOS. CONCEPTOS BÁSICOS Y RECOMENDACIONES SOBRE TEMAS COMO REFLUJO GASTROESOFÁGICO, GASTRITIS, DISPEPSIA FUNCIONAL, NÁUSEAS, TRASTORNOS HEPÁTICOS Y CONSTIPACIÓN.

OTORGA CRÉDITOS PARA LA RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL A TRAVÉS DE



La constipación o estreñimiento es la dificultad para evacuar heces en forma espontánea y completa, con dureza aumentada de la materia fecal y deposiciones laboriosas e infrecuentes.

Muchas personas piensan incorrectamente, que es necesaria la defecación diaria para no considerarse constipada. Otras se preocupan por el aspecto (tamaño, forma, color) de la materia fecal o su consistencia

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es una consulta frecuente relacionada con una variedad de causas que requieren una evaluación inicial exhaustiva descartar causas secundarias como por ejemplo algunos trastornos sistémicos, y uso de medicamentos.

Una vez que se han descartado las causas secundarias, el estreñimiento idiopático puede estar asociado con tránsito colónico

normal o lento, disfunción defecatoria (disfunción del piso pélvico) o ambas.

Se culpa al estreñimiento de numerosos síntomas (dolor abdominal, náuseas, cansancio, anorexia) que en ocasiones, están relacionados a otros trastornos, por ejemplo, síndrome del intestino irritable, depresión. No es de esperar que todos los síntomas remitan con la defecación diaria, y las medidas para favorecer la evacuación deben ser criteriosas.

Enemol®

Solución de fosfatos para uso rectal



Los pacientes obsesivo-compulsivos suelen sentir la necesidad de eliminar desechos "sucios" del cuerpo. A menudo, estos pacientes pasan demasiado tiempo en el baño o se convierten en consumidores crónicos de purgantes.

ETIOLOGÍA

El estreñimiento agudo sugiere una causa orgánica, mientras que el estreñimiento crónico puede ser orgánico o funcional.

CAUSAS

Estreñimiento agudo:

- Obstrucción intestinal: Vólvulo, hernia, adherencias o bridás, impactación fecal.
- Íleo adinámico: Peritonitis, enfermedad aguda importante (p. ej., íleo), traumatismo craneoencefálico o espinal, reposo en cama.
- Fármacos: Anticolinérgicos (p. ej., antihistamínicos, antipsicóticos, fármacos antiparkinsonianos, antiespasmódicos), cationes (hierro, aluminio, calcio, bario, bismuto), opiáceos, bloqueantes de los canales de calcio, anestésicos generales. Estreñimiento poco después de iniciar el tratamiento con el fármaco.

Estreñimiento crónico:

- Tumor colónico: Adenocarcinoma de colon.
- Trastornos metabólicos: Diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipocalcemia o hipercalcemia, embarazo, uremia, porfiria.
- Trastornos del SNC: Enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, lesiones de la médula espinal.
- Trastornos del sistema nervioso periférico: Enfermedad de Hirschsprung, neurofibromatosis, neuropatía autónoma.
- Trastornos sistémicos: Esclerosis sistémica, amiloidosis, dermatomiositis, distrofia miotónica.
- Trastornos funcionales: Estreñimiento de tránsito lento, síndrome del intestino irritable, disfunción del piso pelviano (trastornos defecatorios funcionales).
- Factores dietéticos: Dieta pobre en fibra, dieta con restricción de azúcar, abuso crónico de laxantes.

*Hay cierta superposición entre causas agudas y crónicas de estreñimiento. En particular, los fármacos son causas comunes de estreñimiento crónico.

En muchos pacientes, el estreñimiento se asocia con un movimiento lento de materia fecal a lo

largo del colon. Este retraso puede deberse a fármacos, cuadros orgánicos o a un trastorno de la función defecatoria (es decir, disfunción del piso pelviano), o a un trastorno derivado de la dieta. Alimentos que probablemente causen deposiciones blandas y/o exceso de gases:

- Todas las bebidas que contienen cafeína
 - Duraznos, peras, cerezas, manzanas
 - Jugos de frutas: naranja, arándano, manzana
 - Espárragos y coles (brócoli, coliflor, repollo y repollitos de Bruselas)
 - Cereal de salvado, pan integral, alimentos ricos en fibra
 - Pasteles, dulces, chocolate, facturas
 - Vino (> 3 vasos en personas susceptibles)
 - Leche y productos lácteos (en personas sensibles a la lactosa)
- Alimentos que probablemente causen estreñimiento o ayuden a controlar las deposiciones blandas:
- Arroz, pan, papas, pasta
 - Carne de ternera, carne de ave, pescado
 - Verduras cocidas
 - Bananas

El esfuerzo excesivo, quizás secundario a una disfunción del piso

Gadolax®

FOSFATO MONOSODICO / FOSFATO DE SODIO

ENEMOL



FOSFATO MONOSODICO 18 g% - FOSFATO DE SODIO 8 g%

Enema descartable
lista para usar

Indicado en el tratamiento de:¹

- Constipación ocasional
- Limpieza preparatoria para procedimientos: Diagnósticos - Quirúrgicos



PRESENTACIÓN:

Envase con 1 pomo de material plástico, conteniendo 135 ml de solución, cánula aplicadora lubricada con capuchón protector y guante desechable.

IOMA
Instituto de Ocio Médico Asistencial

PAMI
INSSJP

VALE +
SALUD

RECETARIO
SOLIDARIO



Para más información
sobre ENEMOL®
visite www.gador.com.ar

REFERENCIAS: 1. Prospecto Enemol®. Gador S.A. F.U.R. ANMAT Abr-2018.

Gador

pelviano, puede contribuir a la patología anorrectal (p. ej., hemorroides, fisuras anales y prolapse rectal) y posiblemente, incluso a cuadros sincopales. La retención fecal (fecalomía), que puede causar estreñimiento o ser secundaria a éste, es común en adultos mayores, sobre todo en caso de reposo prolongado en cama o menor actividad física.

EVALUACIÓN

Anamnesis:

Se debe indagar sobre la **enfermedad actual** y los antecedentes del paciente respecto a la frecuencia, la consistencia de las heces, la necesidad de realizar esfuerzos o maniobras perineales (p. ej., compimir el periné, la región glútea o la pared rectovaginal), la satisfacción después de la defecación, la frecuencia y duración del uso de laxantes o enemas. También debe indagarse sobre la presencia de sangre en la materia fecal, su cantidad y duración.

La **evaluación por aparatos y sistemas** debe buscar signos y síntomas de los trastornos causales, incluido un cambio en el calibre de las heces, sangre en materia fecal (que sugiere estrecheces colóni-

cas), pérdida de peso (que sugieren enfermedades crónicas), etc.

Los **antecedentes personales** deben consignar la información acerca de causas conocidas, como cirugía abdominal previa y síntomas de trastornos metabólicos (p. ej., hipotiroidismo, diabetes mellitus) y neurológicos (p. ej., enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal). Hay que evaluar el uso de fármacos recetados y de venta libre, y preguntar específicamente sobre el uso de agentes anticolinérgicos y opiáceos.

Signos de alarma:

Ciertos hallazgos plantean la sospecha de una etiología más grave del estreñimiento crónico:

- Abdomen distendido, timpánico
- Vómitos
- Sangre en materia fecal
- Pérdida de peso
- Estreñimiento intenso de comienzo reciente/agravamiento en adultos mayores

Interpretación de los hallazgos:

Ciertos síntomas (p. ej., una sensación de obstrucción o defecación difícil), en particular cuando se asocia con movimiento perineal

anormal (es decir, aumentado o reducido) durante la evacuación simulada, sugieren un trastorno defecatorio. Un abdomen tenso, distendido, timpánico, sobre todo si hay náuseas y vómitos, sugiere una obstrucción mecánica.

El estreñimiento crónico con molestias abdominales modestas en un paciente que ha usado laxantes durante un período prolongado, sugiere estreñimiento por tránsito lento. El estreñimiento agudo coincidente con el comienzo de toma de un fármaco con propiedades astringentes, sugiere que la causa es la medicación. El estreñimiento de comienzo reciente que persiste durante semanas o aparece en forma intermitente con frecuencia o intensidad en aumento, en ausencia de una causa conocida, sugiere un tumor colónico u otras causas de obstrucción parcial. El esfuerzo defecatorio excesivo o la defecación prolongada o insatisfactoria sugiere un trastorno defecatorio. Los pacientes con fecalomas pueden presentar cólicos y eliminar moco o material fecal acuosa alrededor de la masa retenida, lo que simula una diarrea (diarrea paradójica).

Estudios complementarios:

Enemol®
Solución de fosfatos para uso rectal

Los pacientes con síntomas de obstrucción intestinal requieren radiografías simples de abdomen en decúbito y de pie, quizás un enema con contraste hidrosoluble para evaluar una posible obstrucción colónica y tal vez una TAC o una radiografía de intestino delgado con contraste. La mayoría de los pacientes sin una etiología clara deben someterse a una colonoscopia y una evaluación de laboratorio (hemograma completo, tirotrofina, glucosa en ayunas, electrolitos y calcio).

TRATAMIENTO

Laxantes, dieta y cambios en la conducta alimentaria

La dieta debe contener suficiente fibra (en general, 15-20 g/día) para garantizar un volumen de materia fecal adecuado. La fibra vegetal, que es en gran medida indigerible e inabsorbible, aumenta el volumen de las deposiciones. Ciertos componentes de la fibra también absorben líquido, lo que torna más blanda la materia fecal y facilita su eliminación. Las frutas y las verduras son fuentes recomendadas, así como los cereales que contienen salvado. Los suplementos de fibra son particularmente eficaces para

tratar el estreñimiento de tránsito normal, pero no son muy útiles en el estreñimiento de tránsito lento o los trastornos defecatorios. Las alternativas terapéuticas más indicadas también poseen a su vez, efectos indeseados como por ejemplo:

Fibra*

- Salvado: Distensión, flatulencia, mal absorción de hierro y calcio.
- Psyllium: Distensión, flatulencia.
- Metilcelulosa: Menos distensión que con otras fibras.
- Policarbófilo de Calcio: Distensión, flatulencia.

Emolientes

- Docusato de Na: Ineficaz en el estreñimiento grave.
- Glicerina: Irritación rectal.
- Vaselina líquida: Neumonía lipídica, malabsorción de vitaminas liposolubles, deshidratación, incontinencia fecal.

Agentes osmóticos

- Sorbitol: Cólicos abdominales transitorios, flatulencia.
- Lactulosa: Igual que el sorbitol.
- Polietilenglicol: Incontinencia fecal (relacionada con la dosificación).

- Mg: Toxicidad por magnesio, deshidratación, cólicos abdominales, incontinencia fecal, diarrea.
- Fosfato de sodio: Casos raros de insuficiencia renal aguda.

Estimulantes

- Antraquinonas: Cólicos abdominales, deshidratación, melanosis colónica, malabsorción, posibles efectos deletéreos sobre los nervios intramurales.
- Bisacodilo: Incontinencia fecal, hipocaliemia, cólicos abdominales, ardor rectal con el uso diario de supositorios.
- Linaclotida: Dolor abdominal, flatulencia. Contraindicada en niños < 6 años; se evita en niños < 17 años.
- Lubiprostone: Náuseas, en particular con el estómago vacío.

Enemas

- De retención con vaselina líquida/aceite de oliva: Incontinencia fecal, traumatismo mecánico.
- Agua corriente: Traumatismo mecánico.
- Fosfato: Daño acumulado de la mucosa rectal, hiperfosfatemia, traumatismo mecánico.
- Agua jabonosa: Daño acumulado de la mucosa rectal, traumatismo mecánico.

Gadolax®

FOSFATO MONOSODICO / FOSFATO DE SODIO

Gadolax®

FOSFATO MONOSODICO / FOSFATO DE SODIO



Laxante hiperosmótico que promueve la evacuación intestinal

Tratamiento de la constipación ocasional.¹
Preparación intestinal para:¹

Estudios radiológicos:

- Colon por enema, urograma excretor, estudio radiológico de columna lumbosacra y otros.

Estudios endoscópicos:

- Colonoscopía y otros.

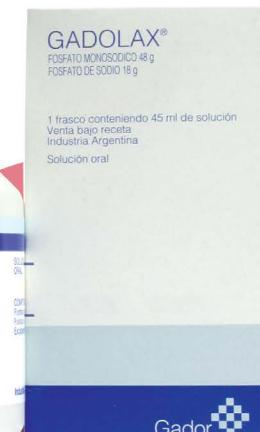
Procedimientos quirúrgicos del tracto intestinal.



Mejor sabor



Más accesible



1. Prospecto Gadolax®, GADOR S. A., FUR ANMAT ENE-2008



Para más información
sobre GADOLAX®
visite www.gador.com.ar

PRESENTACIÓN:

1 Frasco contenido 45 ml
de solución.



IOMA

PAMI
INSSJP

VALE +
SALUD

Gador

*La dosis de suplementos de fibra debe aumentarse gradualmente a lo largo de varias semanas hasta la dosis recomendada.

Tipos de laxantes

Los **agentes formadores de volumen** actúan lenta y suavemente, y son los agentes más seguros para favorecer la evacuación. El uso apropiado implica un aumento gradual de la dosis, idealmente tomada 3 o 4 veces al día con suficiente líquido (p. ej., 500 ml/día de líquido extra) para prevenir la impactación, hasta obtener deposiciones más blandas, más voluminosas.

Los **agentes osmóticos** permanecen en el intestino, aumentan la presión osmótica intraluminal y arrastran agua hacia el intestino. El mayor volumen estimula la peristalsis. Por lo general, estos agentes actúan dentro de las 3 hs.

Por lo general, los laxantes osmóticos son seguros si se usan apropiadamente, teniendo en cuenta que algunos iones (magnesio, fosfato y sodio) pueden ser absorbidos en forma parcial y exacerbar condiciones predisponentes (pacientes con insuficiencia cardíaca y alteraciones renales por ejemplo).

Los **catárticos secretores o es-**

timulantes (p. ej., fenolftaleína, bisacodilo, antraquinonas, aceite de ricino) actúan por irritación de la mucosa intestinal o por estímulo directo del plexo submucoso y mientérico.

Los **agentes emolientes** (p. ej., docusato, vaselina líquida) actúan lentamente para ablandar las heces, lo que facilita su evacuación. Sin embargo, no son estimulantes potentes de la defecación. El docusato es un agente tensioactivo, que permite que el agua ingrese en la masa fecal para ablandarla y aumentar su volumen.

Pueden utilizarse **enemas**, incluidas aquellas preparadas en forma casera para aplicarse con irrigador, y soluciones hipertónicas preparadas comercialmente.

Bolo fecal

El tratamiento inicial del fecalomia consiste en la aplicación de enemas de soluciones hipertónicas administradas con especial cuidado por personal preparado. Si estas medidas no son eficaces, se requiere la fragmentación manual y desimpactación.

El estreñimiento es frecuente en ancianos debido a dietas pobres en fibras, falta de ejercicio, enfermedades médicas coexistentes y

uso de fármacos que causan estreñimiento. Muchos adultos mayores tienen falsas creencias acerca del ritmo evacuatorio normal y usan laxantes de manera regular. Otros cambios que predisponen a los adultos mayores al estreñimiento son la mayor distensibilidad y alteración de la sensibilidad rectales.

CONCEPTOS CLAVE

- Las causas farmacológicas son comunes (p. ej., abuso crónico de laxantes, uso de fármacos anticolinérgicos u opiáceos).
- Cuando el estreñimiento es agudo y grave, estar atento a la posibilidad de obstrucción intestinal.
- El tratamiento sintomático es razonable en ausencia de signos de alarma y después de descartar disfunción del suelo de la pelvis.

BIBLIOGRAFÍA

Greenberger NJ. D, Brigham and Women's Hospital. *Constipation - Gastrointestinal Disorders - MSD Manual Professional, May 2018*

Romero Y, Evans JM, Fleming KC, Phillips SF: *Constipation and fecal incontinence in the elderly population. Mayo Clinic Proceedings. 1:81–92, 1996; con autorización.*

Enemol®
Solución de fosfatos para uso rectal

EVALUACIÓN MÓDULO 6

1) ¿Cuál de los siguientes agentes son formadores de volumen?

- A. Psyllium
- B. Poliuretano expandido
- C. Vaseline líquida
- D. Cáscara sagrada

2) El polietilenglicol es un:

- A. Agente estimulante
- B. Agente Emoliente
- C. Agente osmótico
- D. Agente antraquinónico

3) El estreñimiento o constipación se caracteriza por:

- A. Evacuar heces en forma espontánea y completa
- B. Heces con dureza y frecuencia aumentada
- C. Deposiciones blandas e infrecuentes
- D. Heces con dureza aumentada y deposición incompleta.

4) Se considera agente osmótico a:

- A. Bisacodilo
- B. Lubiprostone
- C. Fosfato monosódico y disódico
- D. Docusato

Caso Clínico

Problema Actual: La paciente es remitida a urgencias por dolor abdominal, febrícula y ausencia de deposición a pesar de laxante por vía rectal. Una vez internada, la paciente presenta empeoramiento clínico con presencia de vientre duro "en tabla". Valorada por el Servicio de Cirugía, se solicita TAC abdominal.

Antecedentes personales: Síndrome depresivo. Divertículos colon izquierdo con estreñimiento crónico. Refiere padecer gastritis crónica y reconoce que, a pesar de su constipación, no quería molestar a sus cuidadores con un cambio de pañal y tomó loperamida para disminuir la frecuencia de deposiciones.

Tratamiento habitual: Cleboprida/Simeticona, Omeprazol 20 mg, Enoxaparina 40mg, Lactulosa, Diclofenac
Intervención Y Evolución: Con el diagnóstico de perforación intestinal se realiza intervención quirúrgica urgente, encontrando un gran fecalomoma que ocupa toda la pelvis, con perforación en sigma y líquido libre. En la evolución posterior desarrolla un episodio confusional autolimitado con alucinaciones visuales.

Conclusión: La edad avanzada, y otros muchos factores asociados al envejecimiento (modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, polifarmacia, comorbilidad, automedicación, prescripción inadecuada) contribuyen a la aparición de reacciones adversas a medicamentos. La loperamida, no está exenta de riesgos, tanto por poseer efectos no deseados como por la interacción con otros fármacos. El caso aquí planteado es un ejemplo de ello, donde su uso condiciona una reacción adversa grave y poco frecuente, como es la perforación intestinal secundaria a un íleo.

400038