

MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO

Dr. Jordi Mascaró

Unidad de Geriátria. Servicio de Medicina
Interna

Hospital de Sant Pau. Barcelona



Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

VIII Congreso de la
Sociedad de Medicina Interna
de la Comunidad Valenciana

Valencia 18-21 Noviembre 2009
Palacio de Congresos

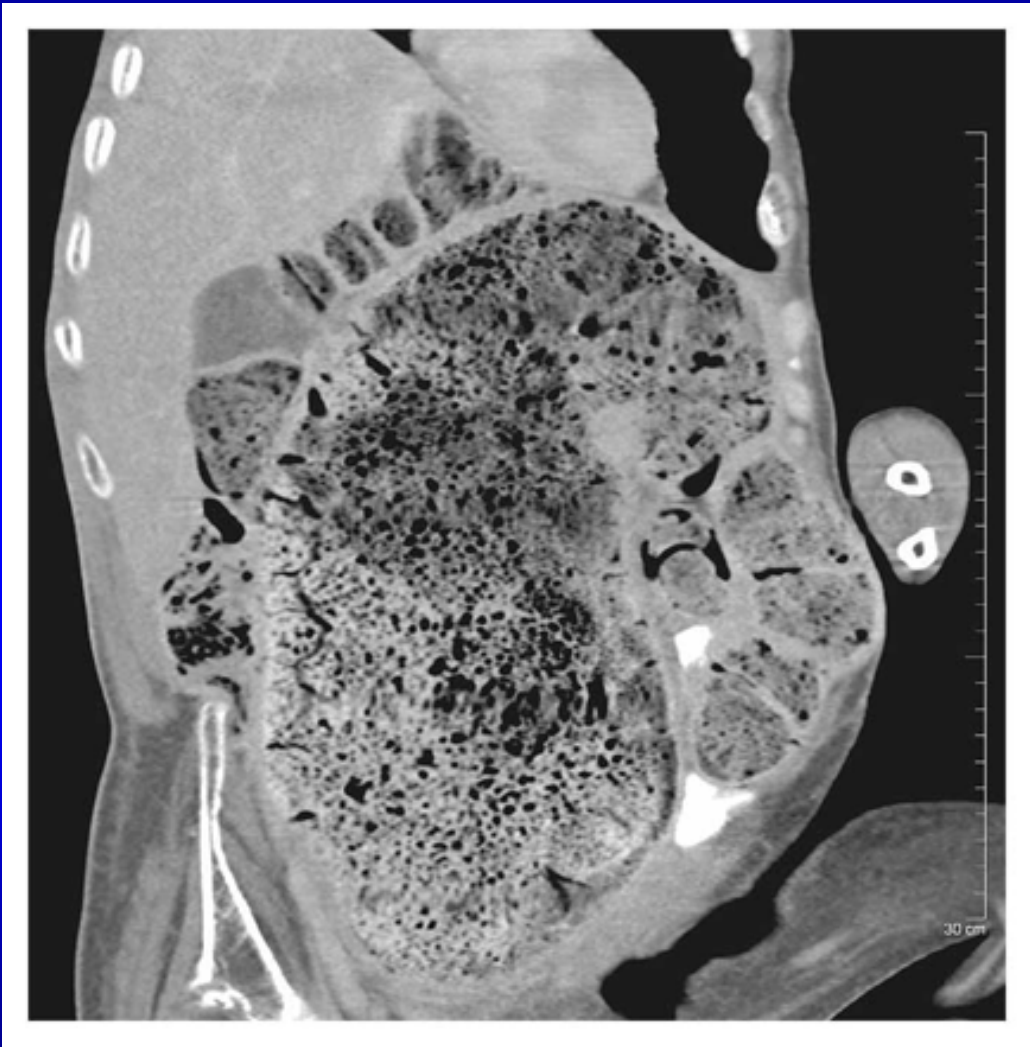


Introducción 1

- El estreñimiento o constipación es un síntoma frecuente en el paciente anciano
- Afecta a la calidad de vida
- Muchas veces es minimizado por profesionales y cuidadores
- Puede comportar complicaciones médicas graves
- Genera consumo de recursos y carga asistencial

Introducción 2

- La etiología es multifactorial
- El principal problema es ponerse de acuerdo en el concepto estreñimiento entre pacientes y profesionales sanitarios, ya que la definición es poco funcional
- La ausencia de ensayos clínicos controlados hace que la evidencia en la valoración, diagnóstico y tratamiento del estreñimiento sea escasa



CASO 1. Sr. Amador 1

- Paciente de 92 años, que consulta por estreñimiento, que ha empeorado en los últimos meses
- Barthel 85, MEC 32
- Deambula con bastón.
- Vive en residencia
- HTA, DLP, Gonartrosis, Hernia Hiatus, HBP

CASO 1. Sr. Amador 2

- Tratamiento habitual:

Enalapril 20 mg. al día

Tamsulosina

Omeprazol 20 mg/día

Paracetamol 1 gr. cada 8-12 horas

Diclofenaco a demanda

Lactulosa y Plantaben

CASO 1. Sr. Amador 3

- El paciente explica disconfor, distensión abdominal, flatulencias, y que pasan varios días sin poder defecar (no tiene ganas) y cuando lo intenta tiene que hacer mucha fuerza. A veces se ayuda con los dedos.
- No bebe mucha agua y la dieta es variada

CASO 1. Sr. Amador 4

- EF: AC i AR Normal. Abdomen distendido ruidos normales.
- T Rectal: próstata adenomatosa, ampolla vacía, restos fecales sin productos patológicos

CASO 1. Sr. Amador 5

- Conducta a seguir?

CASO 1. Sr. Amador 6

- Conducta a seguir:
 - Forzar ingesta hídrica
 - Masajes abdominales
 - PEG en lugar de lactulosa
 - Análisis de sangre determinación de sangre oculta en heces

CASO 1. Sr. Amador 7

- Sangre oculta en heces: 3/3 positivas
 - Hb 10,5 VCM 84; Reticulocitos 1,4%; resto de series bien
 - B12 480; Folatos 2,1 (↓)
 - Ferritina 23; Índice saturación transferrina 14%
 - Bioquímica Normal
 - TSH normal
- ¿Qué HACEMOS?

CASO 1. Sr. Amador 8

- Gastroscofía y colonoscopia con sedación que muestran:
 - Hernia hiatus no complicada y gastritis crónica atrófica
 - Colonoscopia hasta ciego, muestra divertículos aislados un pólipo hiperplásico y hemorroides internas g° III



CASO 1. Sr. Amador 9

- Tras la colonoscopia dice encontrarse mucho mejor (efecto de la preparación)
- Se inicia sulfato ferroso y acido fólico , a las 3 semanas reinicia estreñimiento, se sube la dosis de PEG, y se pauta de forma secuencial senosidos, con lo que el paciente logra evacuar cada 2 días y dice que esta mejor

CASO 2. Sr. Nicolau 1

- **Varón 88 años, consultan por que desde hace 3 días presenta dificultad al deambular, esta más inquieto y de mal humor.**
- **Vive en su domicilio con cuidadora las 24 horas del día. Barthel previo 75 . MEC15**
- **Enfermedad de Parkinson de unos 8 años de evolución, sin disfagia a líquidos**
- **Deterioro cognitivo mixto**
- **HBP con IU tipo urgencia miccional**
- **HTA**
- **Gonartrosis, que le hace andar por su casa con bastón, y sale cada día a la calle**

CASO 2. Sr. Nicolau 2

- **Medicación habitual:**

-Sinemet retard	1-0-0-1
-Sinemet plus	0-1-1-0
-Codiovan 160/12,5	1-0-0
-Adiro 100	1-0-0
-Reminyl solución	2ml c/ 12 horas
-Omeprazol 20 mg.	1-0-0
-Paracetamol 1 gr	1-1-1
-Tramadol sol	5-5-5 gotas (12,5 mg)
-Omnicep 0,4	0-0-1
-Plantaben sobres	0-0-1
-Movicol sobres	1 a demanda, se lo controla él.

CASO 2. Sr. Nicolau 3

- **Es un paciente con mucho carácter, y a pesar de sus limitaciones él quiere llevar el control de sus cosas, Cuando va al baño, se limpia él solo y no quiere que entre nadie.**
- **Las cuidadoras no llevan registro defecatorio, ya que según ellas va cada día y además varias veces**
- **Al observar que no deambula llaman al médico para que vaya a domicilio**

CASO 2. Sr. Nicolau 4

- **Al llegar a domicilio encontramos al paciente encamado, cuando habitualmente nos sale a recibir, tiene peor aspecto (descuidado)**
- **Niega caídas, fiebre, tos, dolor abdominal, cambios u olvidos en la medicación**
- **EF: BEG, aunque descuidado, TA 150/85 FC 88 x'; Sat O2 98%; T^a Axilar 36; Auscultación Cardíaca y Respiratoria Normal; No hay focalidad neurológica, su rigidez esta igual que siempre. No hay edemas, ni IY ni RHY, la piel y el aparato locomotor no muestran anomalías**
- **Abdomen: algo distendido, pero no doloroso, ruidos algo aumentados**
No hay masas ni megalías

¿ Qué HACEMOS?

CASO 2. Sr. Nicolau 5

¿Qué HACEMOS?

1º Combur o multistix de orina que descarta ITU

2º Revisamos últimos análisis de hace < 1 mes, que eran estrictamente normales.

3º ?

CASO 2. Sr. Nicolau 6

¿Qué HACEMOS?

3º Inspección anal y T Rectal, y encontramos:

Un gran fecaloma que protuye por el ano



CASO 2. Sr. Nicolau 7

Se extrae el fecaloma que protuye y se realiza T. RECTAL que muestra un recto lleno de heces duras sin productos patológicos.

Tras la retirada del fecaloma el paciente ya deambula mejor y se siente más aliviado

Se prescribe PEG (Movicol®) 8 sobres a tomar durante toda la tarde, y el paciente presenta abundantes deposiciones, con lo que al día siguiente vuelve a su capacidad funcional previa

El problema es convencerlo para que se deje controlar las deposiciones. Además se fuerza la ingesta hídrica y se pauta a diario 1 ó 2 sobres de Movicol

ESTREÑIMIENTO. CONCEPTO Y DEFINICIÓN I

Con la definición clásica de estreñimiento (<3 deposiciones a la semana) es difícil ponerse de acuerdo con los estudios de prevalencia.

Un 65% de pacientes autodefinidos como estreñidos, presentan al menos una deposición al día

ESTREÑIMIENTO. CONCEPTO Y DEFINICIÓN II

El estreñimiento se puede clasificar a nivel fisiopatológico en dos categorías:

- Funcional ó Transito lento**
- Trastorno defecatorio**

En algunos pacientes puede que coexista más de un mecanismo para favorecer el estreñimiento.



ESTREÑIMIENTO. CONCEPTO Y DEFINICIÓN III

-El tipo más frecuente es el estreñimiento funcional o de tránsito intestinal lento es más frecuente en mujeres jóvenes.

Pueden presentar menos de una deposición a la semana.

En este grupo hay alteraciones a nivel de plexos mientéricos, con menor expresión de sustancia P y de péptidos intestinales vasoactivos.

Hay una reducción en el nº de células intersticiales de Cajal.

La máxima expresión de este estreñimiento es la enfermedad de Hirschsprung.

ESTOS PACIENTES POR ANAMNESIS PUEDEN PASAR DIAS SIN TENER GANAS DE DEFECAR

ESTREÑIMIENTO. CONCEPTO Y DEFINICIÓN IV

Trastorno defecatorio o del vaciado rectal o también llamada disfunción anal.

Se debe a:

-Disfunción del suelo pélvico y/o del esfínter anal. Existe una incoordinación entre la musculatura rectoanal y pélvica durante la defecación, y así se produce una obstrucción funcional a la salida.

-Problema orgánico obstructivo a nivel recto anal: hemorroides, fisura, tumor, prolapso, rectocele, etc.

ESTOS PACIENTES A LA ANAMNESIS QUIEREN DEFECAR PERO NO PUEDEN

Criterios diagn3sticos de Roma III

Debe incluir todos los siguientes y durante los 3ltimos 3 meses

Debe cumplir 2 o m1s de lo sntomas siguientes:

- Esfuerzo defecatorio excesivo durante la defecaci3n en m1s del 25% de las ocasiones.
- Heces duras en m1s del 25% de las ocasiones.
- Sensaci3n de evacuaci3n incompleta en m1s del 25% de las veces
- Sensaci3n de bloqueo/obstrucci3n anorrectal en m1s del 25% ocasiones.
- Maniobras manuales para facilitar la defecaci3n (digitalizaci3n, sujeci3n del suelo p3lvico) en m1s del 25% de las ocasiones.
- Menos de 3 defecaciones por semana.
- Raramente hace deposici3n sin el uso de laxantes
- No cumple criterios claros de sndrome de intestino irritable.

EPIDEMIOLOGIA DE ESTREÑIMIENTO:

Prevalencia oscila entre 1,9 a 27,2%

Predomina en sexo femenino 2,2:1

Prevalencia aumenta con la edad

El 89% de los estreñidos, seguían reportándolo a los 14,7 meses de seguimiento

Higgins Am J Gastroenterol 2004 Apr;99(4)

EPIDEMIOLOGIA DE ESTREÑIMIENTO:

En UK, la prevalencia es:

- 17% > 65 años que viven en la comunidad**
- 80% de los que están en nursing homes**

En España según estudio de Garrigues la prevalencia oscila entre 14 y 29%

CONSUMO DE RECURSOS Y CARGA ASISTENCIAL

En UK el coste de los laxantes prescritos en un año es de 48 millones de £

En estudio económico de Residencias en USA, el coste anual era de 2.253 dólares por residente, incluye fármacos y coste de enfermería

Un estudio en UK mostró que el 5,5% de las llamadas telefónicas fuera de horario a un servicio de enfermería se relacionaban directamente con el estreñimiento

ESTREÑIMIENTO FISIOPATOLOGIA I

Con el paso de los años no parece que haya un enlentecimiento fisiológico del tránsito colónico.

Si se observa una reducción en las neuronas de los plexos mientéricos que son sustituidas por tejido fibroso (neurodegeneración enterica) *

Hay una disminución de la sensibilidad a nivel rectal y canal anal, que altera el umbral de distensión rectal. Como la sensibilidad es fundamental para una correcta defecación y contención fecal, hay más riesgo de incontinencia y estreñimiento.

*Camilleri et al. Neurogastroenterology Motil. 2008

ESTREÑIMIENTO FISIOPATOLOGIA II

Así mismo hay una alteración en la eficiencia de la musculatura pélvica que puede afectar tanto la defecación como la continencia.

Se suman una serie de comorbilidades y de situaciones comunes que pueden favorecer el estreñimiento, tales como la inmovilidad, la deshidratación, los traumatismos del canal del parto, o la polifarmacia.

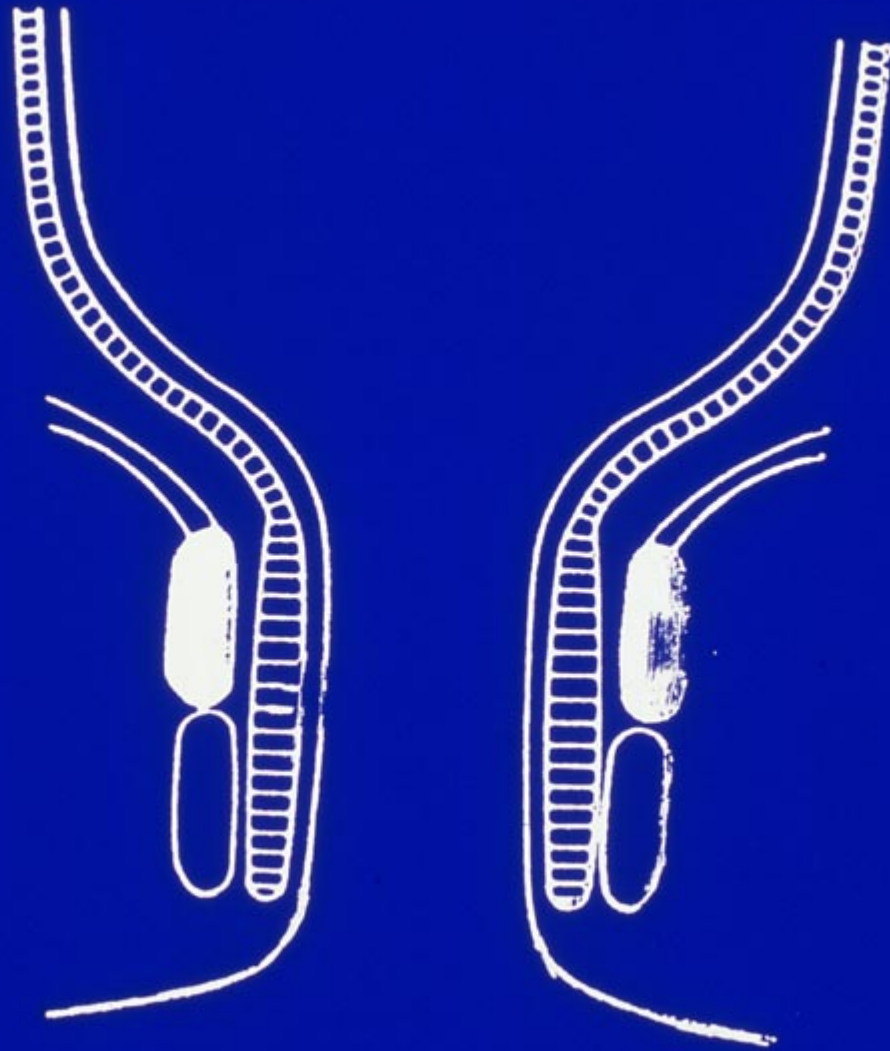
ESTREÑIMIENTO FISIOPATOLOGIA III

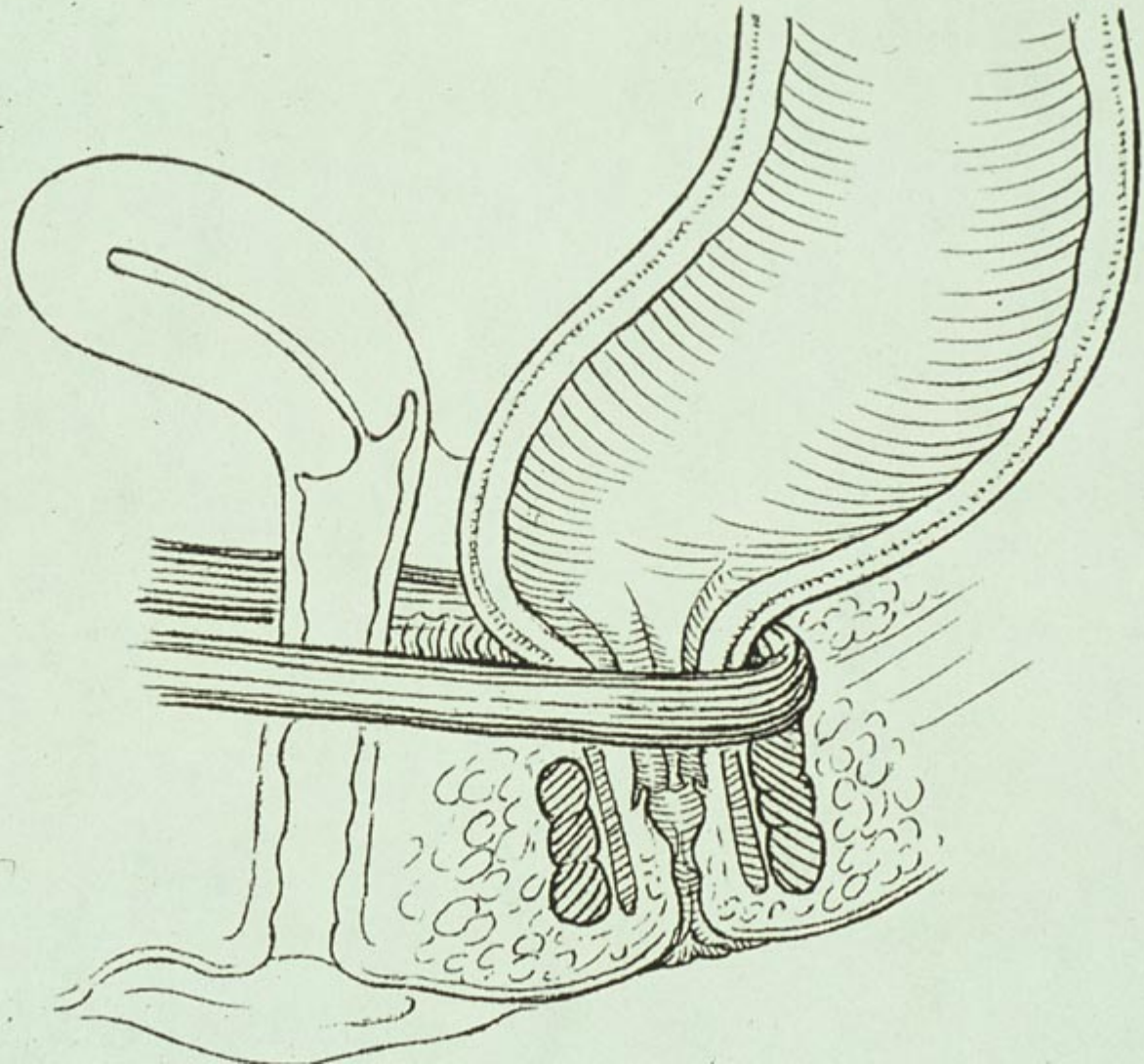
La **Disfunción Anal o Dificultad defecatoria** se produce por **disfunciones del suelo pélvico o de los esfínteres.**

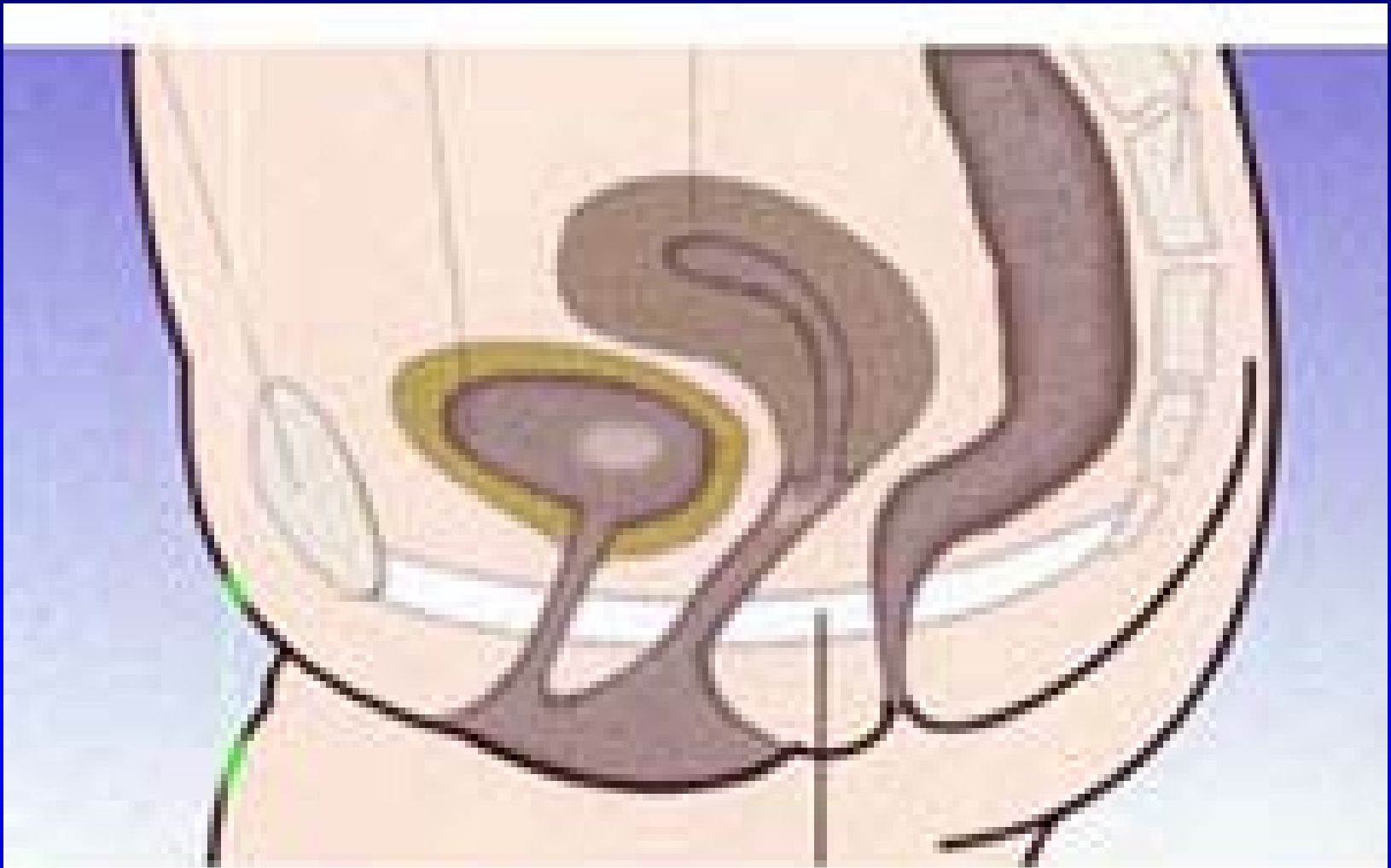
La **disfunción anal**, tiene muchos sinónimos como:

- anismos
- disinergias del suelo pélvico
- contracción paradójica del suelo de la pelvis o síndrome del suelo pélvico espástico

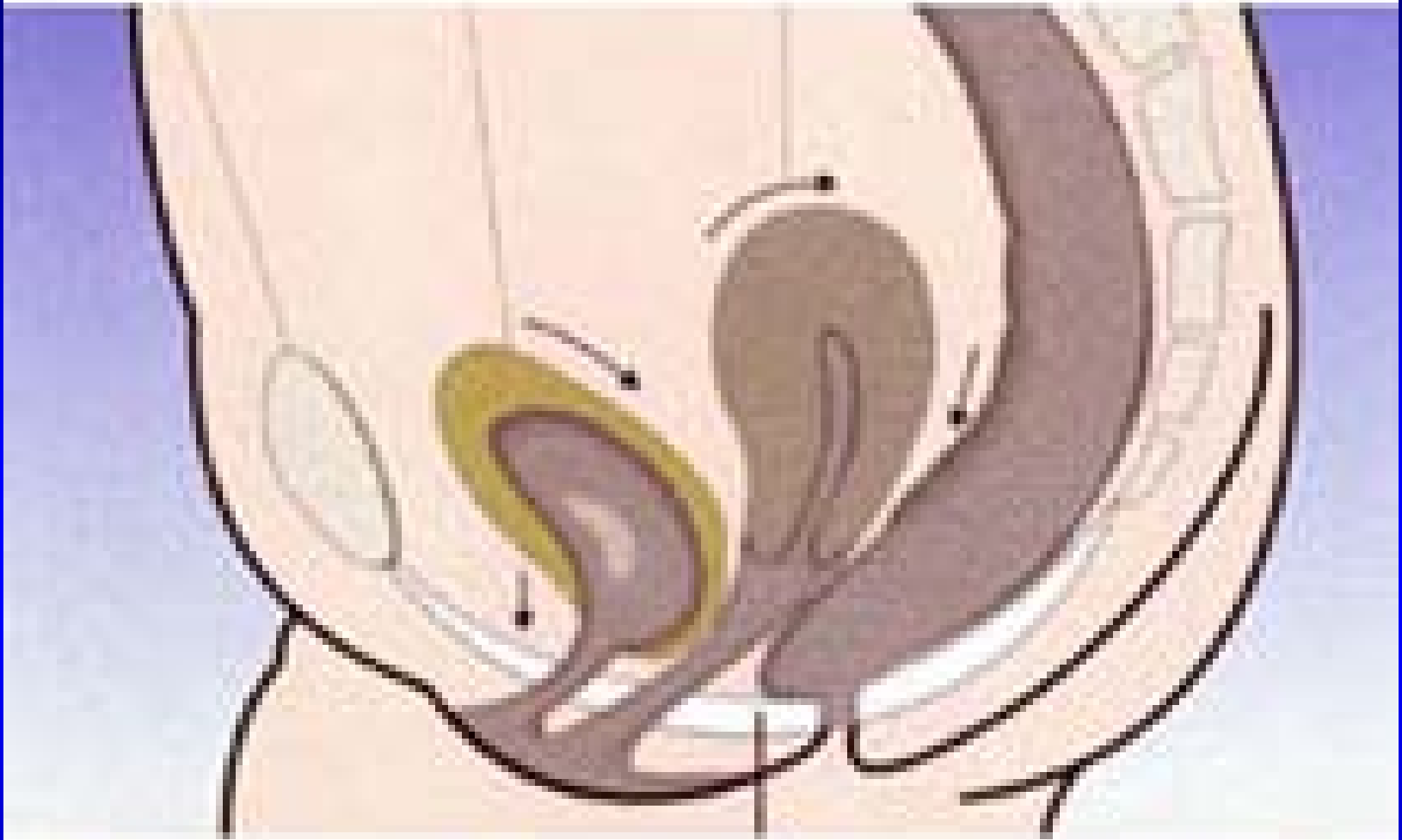
En estos pacientes la **anamnesis** orienta, y la **exploración física** debe descartar anomalías anales y perianales, además de explorar el descenso del periné con las maniobras defecatorias, lo normal es entre 1 y 3,5 cm. La **video defecografla** es una técnica que nos permitirá **explora mejor** estos problemas.



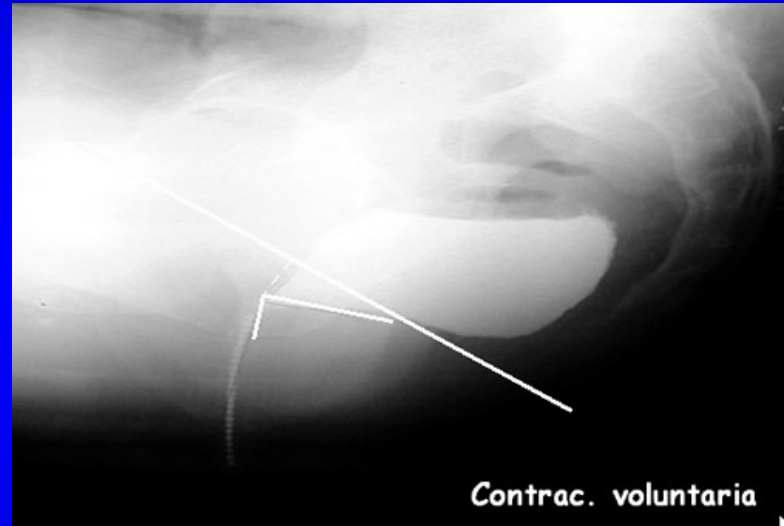
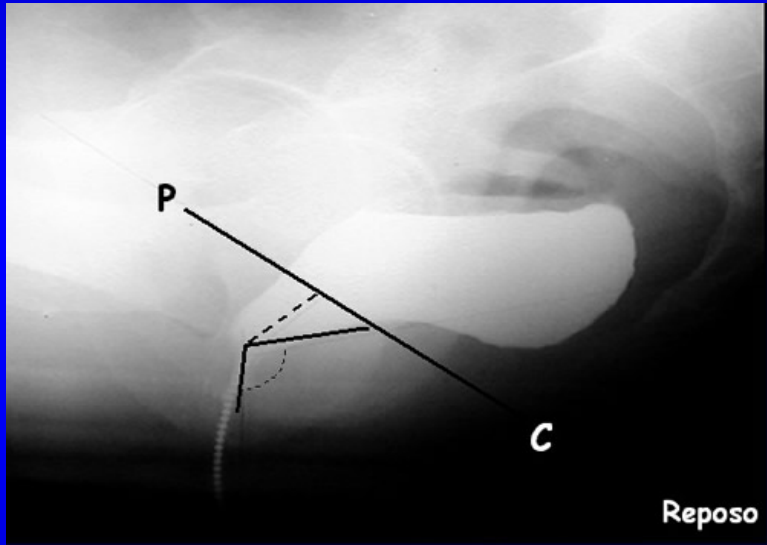




Músculos del suelo pélvico en buen estado



Músculos del suelo pélvico debilitados



ESTREÑIMIENTO ETIOLOGIA

-EL ESTREÑIMIENTO DEL ANCIANO ES MULTIFACTORIAL, y destaca:

-Situación funcional: LA INMOVILIDAD.

-La DIETA

-LA COMORBILIDAD

-LOS FÁRMACOS

-DEBILIDAD MUSCULAR

ESTREÑIMIENTO ETIOLOGIA 1

- **IDIOPÁTICO (POSIBLES MECANISMOS)**
Alteraciones de la motilidad del colon:
 - Colon irritable
 - Transito intestinal lento
- **ANOMALÍAS ESTRUCTURALES**
Enfermedades anorrectales: hemorroides, fisura anal, prolapso rectal
Tumores de colon y recto
Estenosis del colon (posquirúrgica, isquémica)
Megacolon idiopático. Hirschsprung
- **ALTERACIONES ENDOCRINAS/METABÓLICAS/ELECTROLÍTICAS**
Hipotiroidismo
Hipercalcemia
Hipopotasemia
Deshidratación y uremia

ESTREÑIMIENTO ETIOLOGIA 2

- **TRASTORNOS NEUROLOGICOS:**

- Enfermedad cerebrovascular

- Enfermedad de Parkinson

- Lesiones medulares

- Neuropatía autonómica

- Demencia

- Síndrome confusional

- **FÁRMACOS:**

- Opiáceos

- Antiinflamatorios no esteroideos

- Antiácidos (hidróxido de aluminio, carbonato cálcico)

- Anticolinérgicos

- Antidepresivos tricíclicos

- Antagonistas del calcio (verapamilo)

ESTREÑIMIENTO ETIOLOGIA 3

- **Psicogenos:**
 - Depresión/Demencia**
 - Malos hábitos de defecación. Falta de intimidad o de acceso al WC**

- **Debilidad musculatura abdomino pelvica:**
 - Debilidad-Caquexia**
 - Encamamiento-inmovilidad**
 - Apraxias**
 - Anismos**

ESTREÑIMIENTO. VALORACIÓN CLÍNICA

1º-Anamnesis: tipo estreñimiento, comorbilidad, situación funcional , fármacos, síntomas de alarma

2º-Exploración Física: palpación abdominal, inspección anal, tacto rectal y valoración de la movilidad del periné.

Si con lo anterior no tenemos diagnostico:

3º-Análisis: Hemograma, TSH y T4, ionograma, calcio y glicemia

4º-Colonoscopia: hacerla de entrada si:

- síntomas de alarma
- estreñimiento de novo
- > 50 años

5º-Manometría anal: informa sobre sensibilidad y distensibilidad rectal

6º-Videodefecografía



Colonoscopy in the very elderly: a review of 157 cases

Marc Zerey, B. Lauren Paton, Philip D. Khan, Amy E. Lincourt, Kent W. Kercher, Frederick L. Greene, B. Todd Heniford

Division of Gastrointestinal and Minimally Invasive Surgery, Carolinas Medical Center, Charlotte, NC, USA

Received: 14 December 2006/Accepted: 8 January 2007/Online publication: 13 March 2007

Abstract

Background: Colonoscopy is currently the best diagnostic modality for evaluating colonic diseases but studies of its use in the very elderly are limited.

Methods: A single-institution review of all patients aged 85 years or older who underwent colonoscopy from June 2003 to June 2005 was performed. Parameters evaluated included indications for colonoscopy, findings, ability to perform a complete colonoscopy, and immediate and delayed (≤ 21 days) complications.

Results: A total of 157 patients aged 85 years or older (median = 87, range = 85–99) underwent colonoscopy during the two-year period. The cecal intubation rate was 90%. Number of cancers detected/indications for colonoscopy include gross or occult bleeding per rectum, 3/51 (5.9%); abnormal physical exam, 1/2 (50%); abnormal abdominal computed tomography, 3/5 (60%);

Colonoscopy is currently the preferred strategy for colorectal cancer (CRC) screening because of its greater sensitivity and specificity when compared with other modalities [6, 10]. Evidence for its effectiveness comes from cohort studies, which show a decrease in the incidence and mortality of CRC in subjects who have had adenomas removed [14, 15, 26]. In contrast to recommendations on the age to begin screening [25], no guidelines exist regarding the efficacy or safety of screening in the elderly or whether it should be stopped altogether beyond a certain age. With limited resources and an increasing elderly population, a critical view of health care expenditures is warranted, including the tests we perform.

Those aged 65 and 85 years constitute 12.7% and 1.7%, respectively, of the entire U.S. population of 293

Colonoscopia en los muy ancianos

- 157 pacientes > 85 años (media 87,9 a.)
- Complicaciones inmediatas 3:
 - Sangrado durante polipectomía
 - Bradicardia
 - AC x FA paroxística
- Complicaciones tardías 0

Escala de Bristol

Tipo 1	Bolas duras y separadas, difíciles de pasar.	
Tipo 2	Con forma de salchicha, pero llena de bultos.	
Tipo 3	Como una salchicha, con grietas en la superficie.	
Tipo 4	Como una salchicha, o serpiente, lisa y blanda.	
Tipo 5	Trozos blandos con bordes bien definidos. (pasan fácilmente).	
Tipo 6	Trozos blandos con bordes irregulares. Deposición blanda.	
Tipo 7	Diarrea, sin trozos sólidos. Completamente líquida.	

TARJETA DE REGISTRO INTESTINAL

Nombre

Inicio del tratamiento

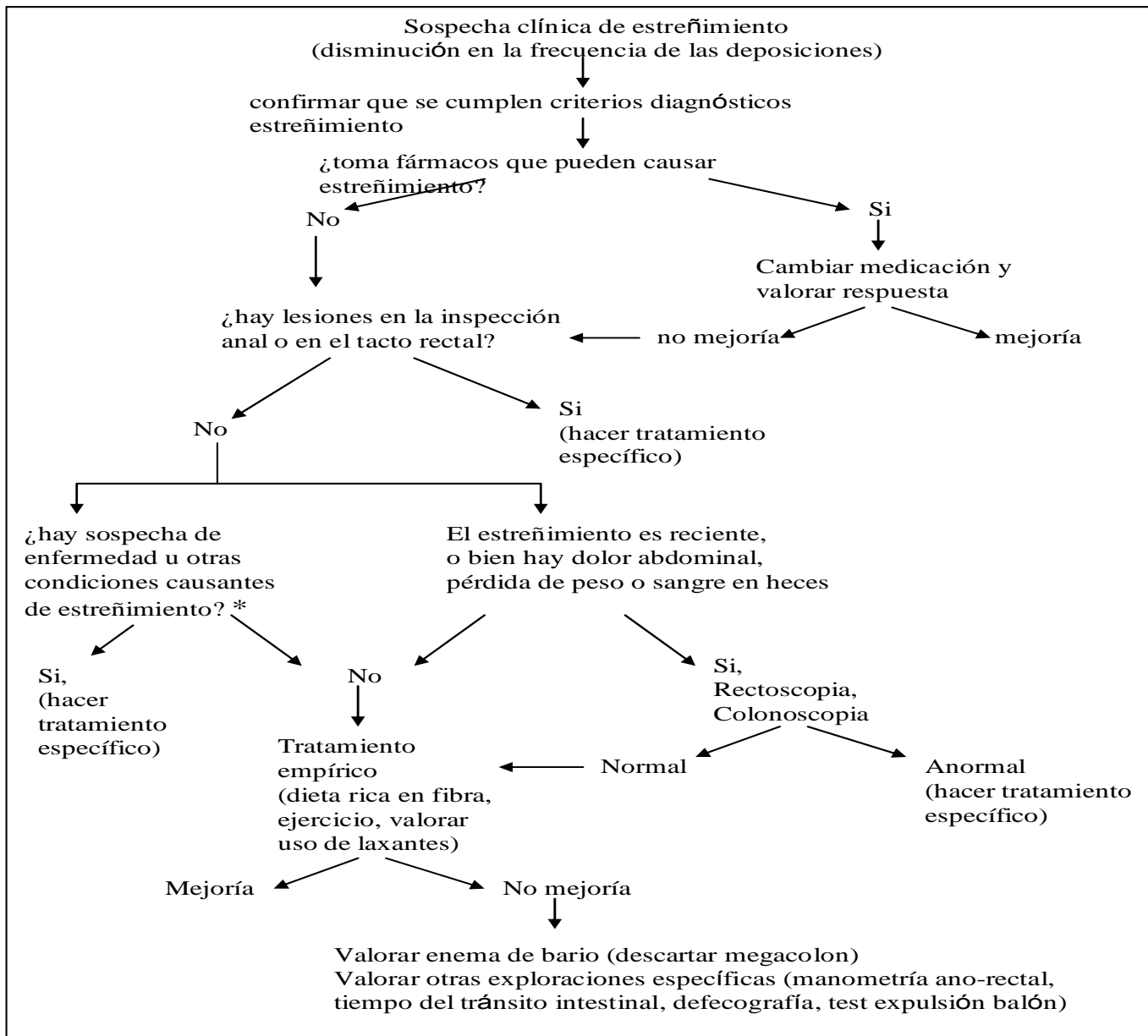
Dosis recomendada

Día	N° sobres tomados	N° de deposiciones	Tipo de deposiciones <small>(mirar Escala Bristol)</small>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Día	N° sobres tomados	N° de deposiciones	Tipo de deposiciones <small>(mirar Escala Bristol)</small>
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Día	N° sobres tomados	N° de deposiciones	Tipo de deposiciones <small>(mirar Escala Bristol)</small>
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Tabla 4 : Algoritmo de evaluación del estreñimiento en el anciano



* enfermedades generales y/o síndromes geriátricos relacionados con el estreñimiento (hipotiroidismo, hipercalcemia, enfermedades neurológicas, inmovilidad, deterioro cognitivo, depresión, etc...).

VALORACIÓN CLINICA. En el Paciente demente e incapacitado

- ✓ **Es muy difícil por que no siempre se expresa**
- ✓ **Hay que llevar un registro de nº de deposiciones, así como del volumen**
- ✓ **No hay un buen registro que sea objetivo y subjetivo del ritmo defecatorio**
- ✓ **En ocasiones habrá que hacer T Rectales de forma periódica**

COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO

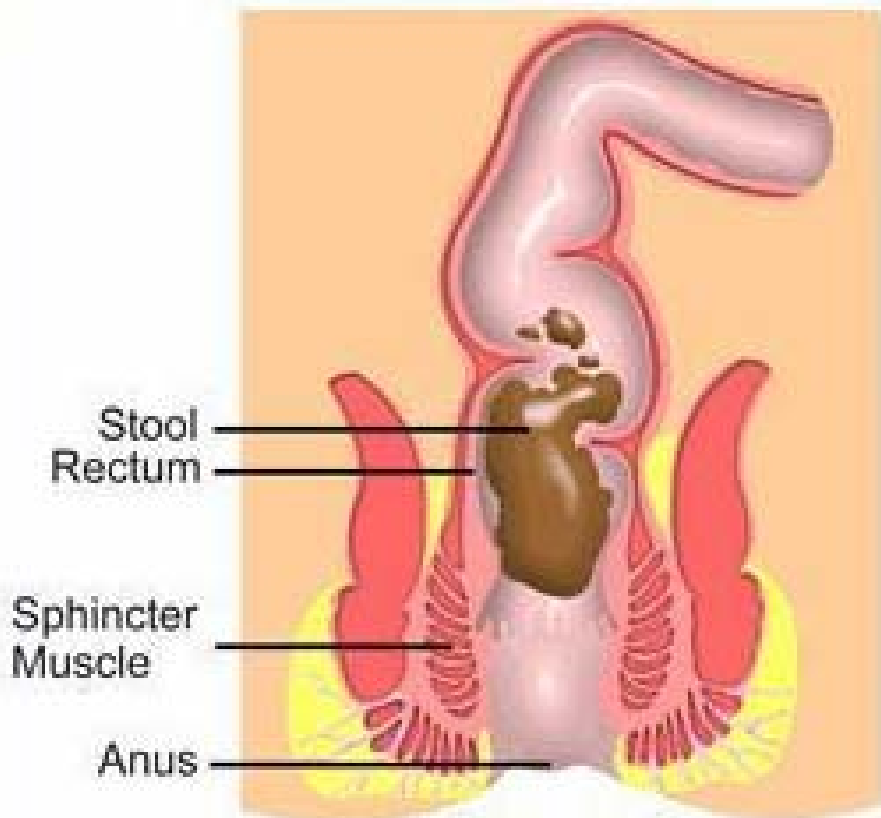
COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO

1. Impactación fecal-fecalomas:
 - Dolor-Pseudodiarreas-Incontinencia
2. Incontinencia
3. Prolapso mucosa anal
4. Empeoramiento reflujo gastro-esofágico
5. Obstrucción
6. Pseudoobstrucción colon - Sd. De Ogilvie
7. Vólvulo de colon
8. Úlceras estercolares
9. Iatrogenia
10. Anorexia y deterioro psicofuncional

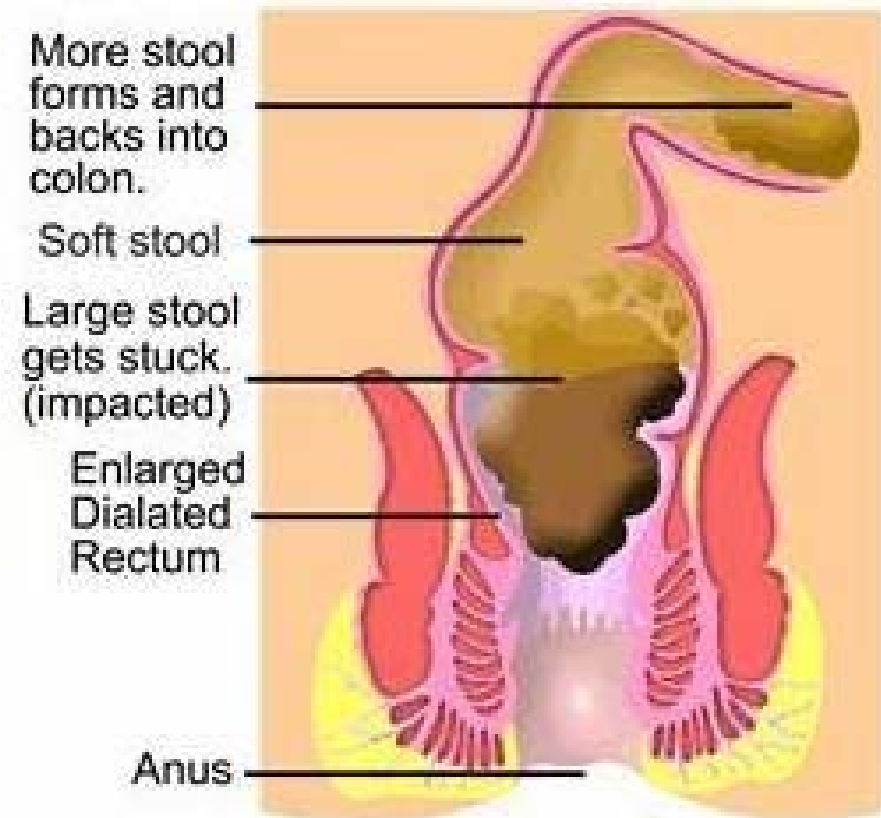
COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO

1. Impactación fecal-fecalomas:

- Dolor-Pseudodiarreas-Incontinencia



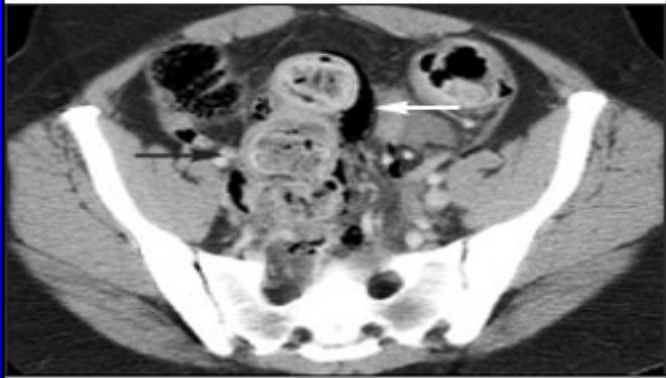
Normal



Chronic Constipation



A

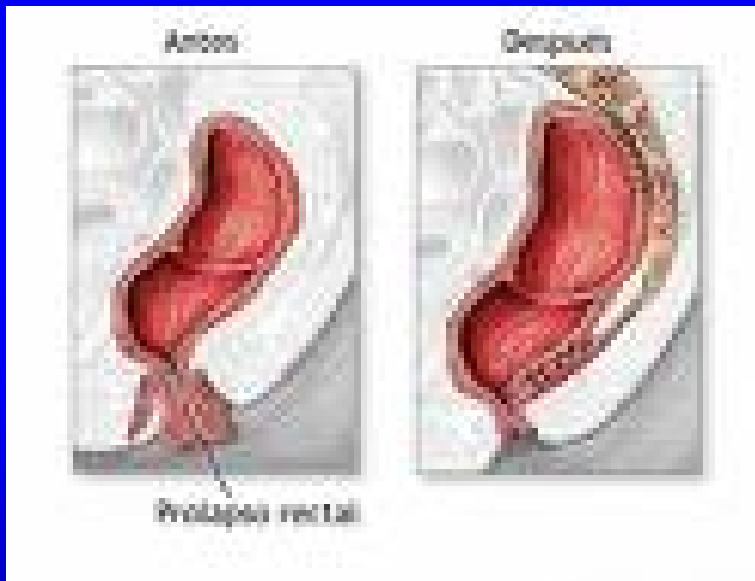


B



COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO

3. Prolapso mucosa rectal y anal



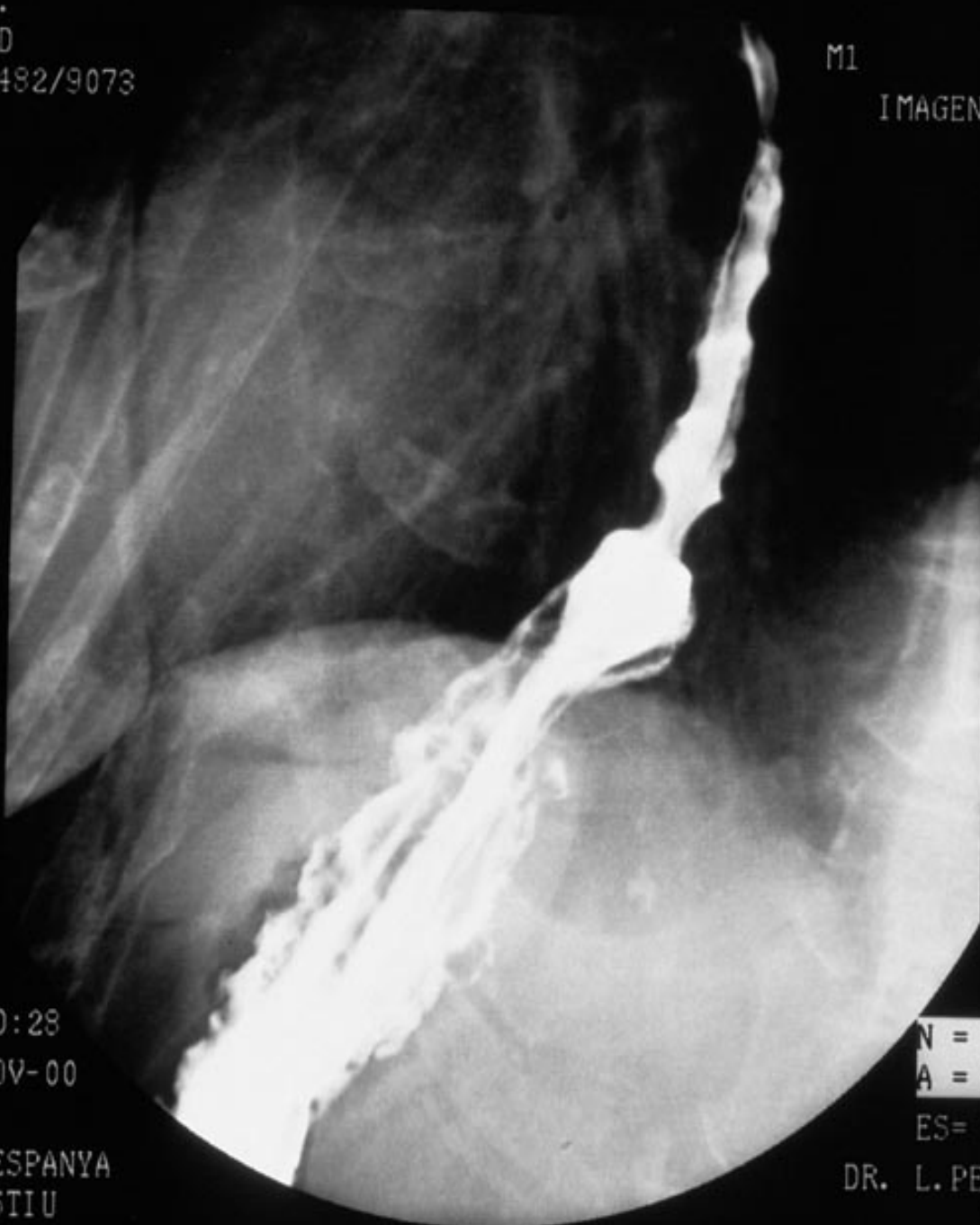
COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO

4. Empeoramiento reflujo gastro-esofágico

D
482/9073

M1

IMAGEN= 15



0:28
IOV-00

ESPANYA
:STIU

N = 127
A = 255

ES= 04

DR. L. PERAY
MIR

COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO

5. Obstrucción



COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO

6. Pseudoobstrucción colon - Sd. De Ogilvie



Sd de Ogilvie 1

Sir Heneage Ogilvie, describió el síndrome por primera vez, de pseudo-obstrucción colónica, en el año 1948 en el *British Medical Journal*. En este artículo describía los casos de dos pacientes que presentaban distensión colónica aislada sin ningún punto de obstrucción. El postulaba que el ileo colónico era secundario al desbalance entre la inervación parasimpática y simpática.

Desde este momento se han descrito muchos casos y pequeñas series de pseudo-obstrucción de Colón asociada a diferentes procesos médicos y quirúrgicos

Sd de Ogilvie 2

La pseudo-obstrucción colónica aguda es un condición que generalmente se produce en pacientes de edad avanzada, muchos de los cuales tienen problemas clínicos o quirúrgicos concomitantes.

Varias condiciones se han asociado con el desarrollo de la pseudo-obstrucción aguda de colon:

- Sepsis
- quemaduras
- procedimientos obstétricos o ginecológicos
- cirugía ortopédica
- alteraciones electrolíticas
- infarto de miocardio
- insuficiencia respiratoria

Sd de Ogilvie 3

-La fisiopatología precisa todavía no ha sido dilucidada.

-El diagnóstico de Síndrome de Ogilvie en la práctica clínica se hace por exclusión.

-Generalmente se diagnostica en pacientes de edad con otros problemas médicos en el proceso del postoperatorio, y que previamente estaban estreñidos

Sd de Ogilvie 4.

- Los síntomas son de comienzo agudo y consisten en distensión abdominal, náuseas y vómitos. Afecta sobretodo a colon derecho
- Puede ir asociado a estreñimiento, aunque también suele presentarse con diarrea.
- Exploración física: abdomen distendido, timpánico, ruidos intestinales escasos, y algunas veces fiebre. Debe descartarse la obstrucción mecánica de colon que podría requerir intervención a posteriori.
- Otros diagnósticos diferenciales son impactación fecal, tumor de colon o recto, vólvulo cecal o sigmoideo, y megacolon tóxico.

Sd. Ogilvie 5

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Laboratorio:** La analítica es de escaso valor, expresando alteraciones hidroelectrolíticas o complicaciones (perforación - peritonitis).
- **RX de tórax y abdomen:** Distensión de colon, sobre todo en ciego, colon ascendente y transverso, y en menor cantidad y frecuencia, en colon descendente (“amputación” del aire cólico en el ángulo hepático o esplénico). La falta de dilatación del I delgado o del colon distal, le diferencia del íleo generalizado.
- **Enema opaco:** EVITAR, por el riesgo de perforación.
- **Colonoscopia:** Si sospecha de oclusión mecánica.

Sd de Ogilvie 6

- **Tratamiento de la enfermedad primaria o factores que agravan el cuadro: infecciones intercurrentes, alteraciones metabólicas o hidroelectrolíticas y retirada de los Fármacos potencialmente causantes.**

Hay 3 niveles de tratamiento:

-Nivel 1: Farmacológico

-Nivel 2: Endoscópico

-Nivel 3: Quirúrgico

Sd de Ogilvie 7

-Nivel 1: Farmacológico

- **Dieta absoluta y fluidoterapia. Corregir las alteraciones hidroelectrolíticas.**
- **Sonda rectal con /sin SNG con aspiración continua.**
- **Neostigmina: Es un anticolinesterásico (inhibe la ACE):**
 - **Amp 2.5 mg (5 cc); 0.5 mg = 1cc**
 - **Vía: iv, IM, sc.**
 - **Dosis: 1- 2 mg (2-4 cc) sc o iv, en bolo lento (3-5min) en dosis única, que se repetirá a las 3 horas si el cuadro no mejora.**

Sd de Ogilvie 8

-Nivel 1: Farmacológico

- **Respuesta:** Se han descrito buenos resultados iniciales, aunque es frecuente la recidiva.
- **Efectos secundarios:** Produce manifestaciones colinérgicas; sudoración fría, bradicardia y síncope, broncoespasmo, miosis y visión borrosa, estimulación GI (sialorrea, vómitos, diarrea). Su antídoto es la atropina.
- **Contraindicaciones:** Bradirritmias, hipoTA, Asma, I renal, HDA, HDB, riesgo de perforación, antecedente o sospecha de neoplasia de colon, gestación.

Sd de Ogilvie 8

Nivel 2: Endoscópico

- **Colonoscopia terapéutica:** La aspiración a través del colonoscopio, y la posibilidad de dejar una sonda en el colon izquierdo o transverso, tiene buenos resultados y pocas complicaciones. Tiene una tasa de éxito del 85 - 90 %.
- **Se puede repetir, lo que aumenta el porcentaje de éxito**

Sd de Ogilvie 9

-Nivel 3: Quirúrgico

• Cirugía urgente si:

- Fracaso del tratamiento endoscópico, o evidencia de progresión con perforación Fiebre, leucocitosis, dolor abdominal continuo o signos de irritación peritoneal.
- Gran dilatación del ciego : > 10 cm de. Sin embargo el riesgo de perforación está más en relación con el tiempo de evolución y el carácter progresivo de la dilatación que con el calibre en sí.
- Sospecha de oclusión mecánica o colitis isquémica

• Técnica quirúrgica:

- Cecostomía provisional.
- Resección (hemicolecotomía derecha) si lesiones isquémicas irreversibles.

Sd de Ogilvie. Algoritmo



COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO

7. Vólvulo de colon



COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO

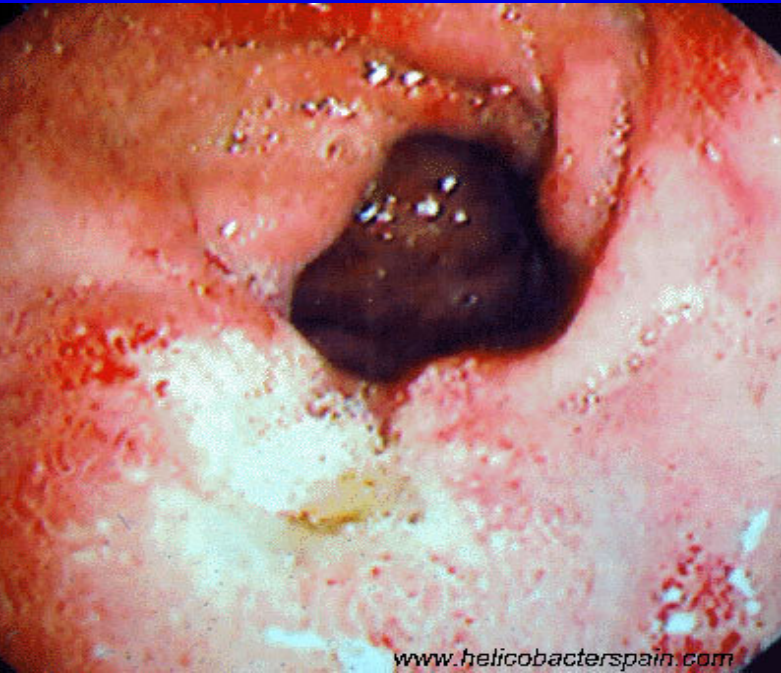
8. Úlceras estercolares

Úlceras Estercolares 1

La ulceración rectocolónica estercolar puede ser causada ante la presión sostenida de una masa fecal, presentándose generalmente en el borde antimesentérico del sigmoide o el rectosigmoide en el 77% de los casos.

Ocasionalmente se puede observar en el ciego (9%), colon descendente (5%) y la flexura esplénica (2%).

Su mecanismo fisiopatológico es por la reducción en la presión de perfusión capilar, con la consiguiente necrosis isquémica de la mucosa, lo cual lleva a ulceración, y eventualmente sangrado o perforación.



Úlceras Estercolares 2

Los factores de riesgo incluyen:

- Estreñimiento crónico (61%)
- Insuficiencia renal y deshidratación
- Enfermedad de parkinson
- Inmovilidad prolongada
- Uso de medicaciones como el hidróxido de aluminio, opiáceos, neurolépticos
- Hipotiroidismo
- Estenosis colónicas

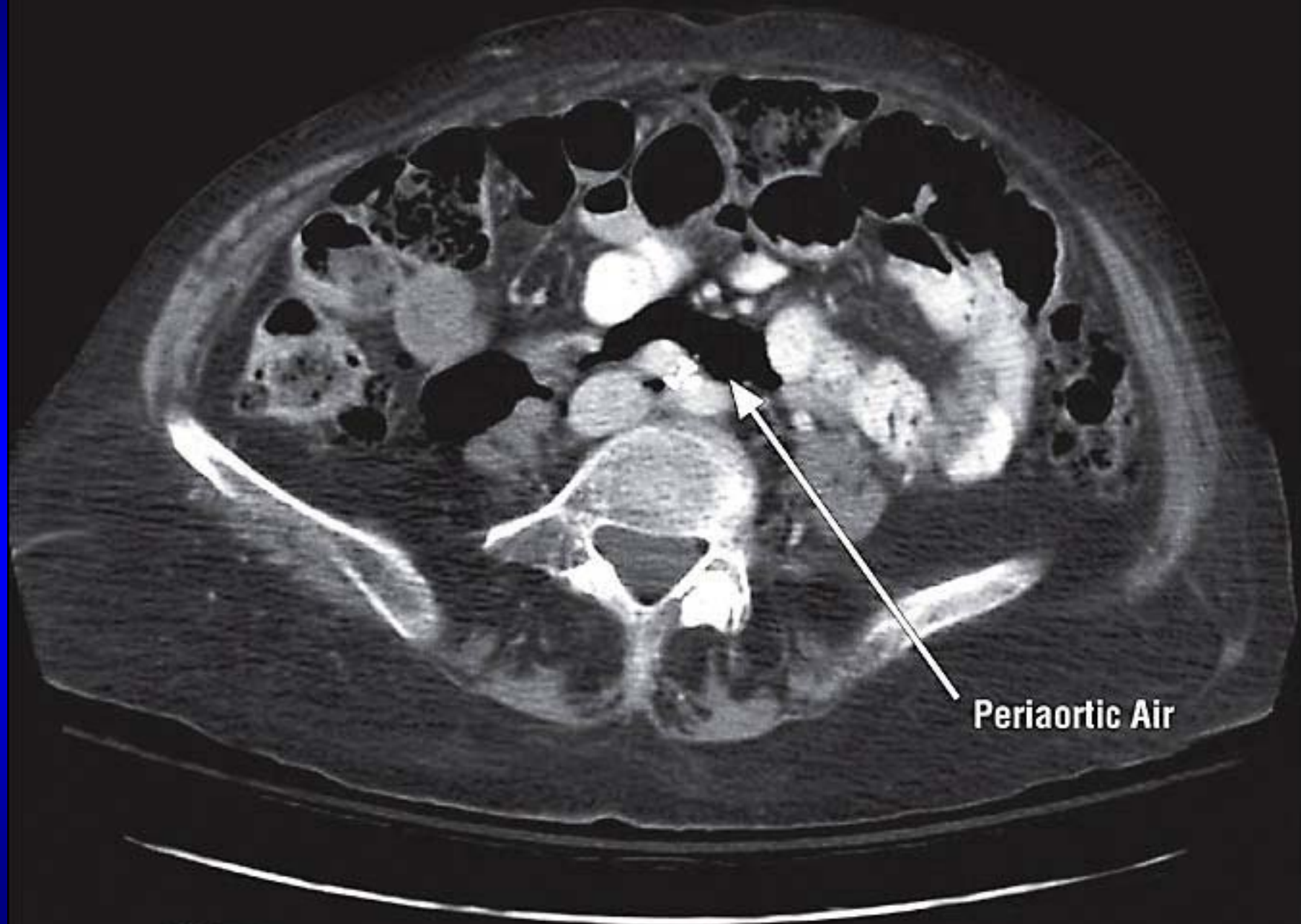
Ulceras Estercolares 3

Las ulceras estercolares no perforantes raramente son diagnosticadas, pero deben ser tenidas en cuenta en pacientes con dolor abdominal y sangrado rectal.

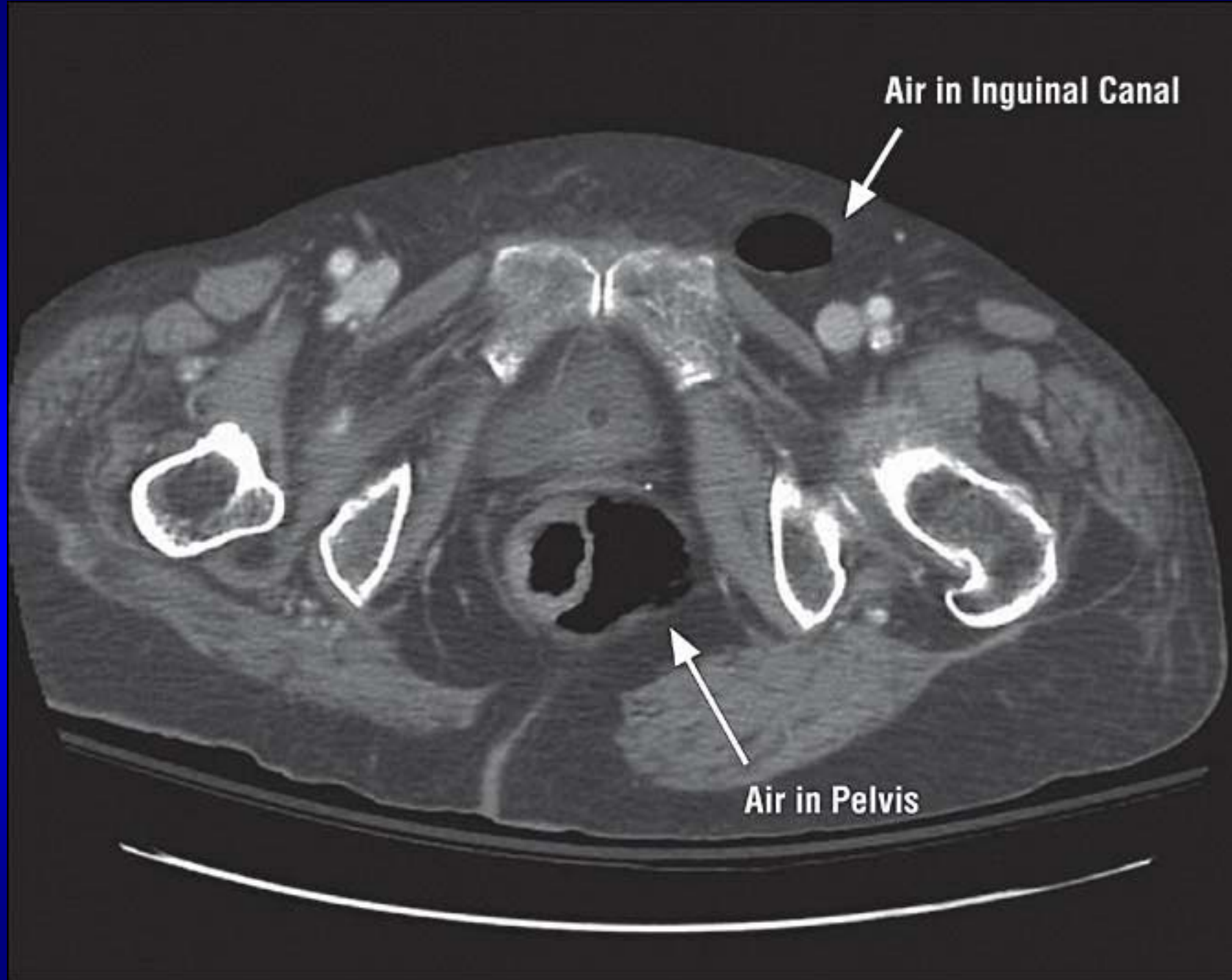
Se pueden presentar como fiebre y bacteriemia por *S. bovis*.

Si no hay perforación, el tratamiento esta dirigido a restaurar el patrón normal de la defecación, Hay alguna experiencia con enemas de sucralfato

La perforación cursa con peritonitis, y puede representar el 3% de las perforaciones de colon. Con el envejecimiento de la población se estima que aumentará su incidencia



Periaortic Air



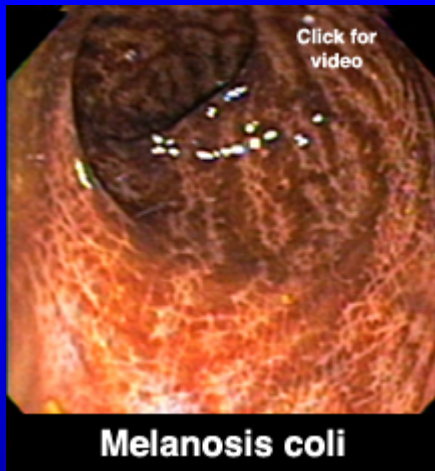
Air in Inguinal Canal

Air in Pelvis

COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO

9. Iatrogenia

10. Anorexia y deterioro psicofuncional





TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO

- **FORMADORES DE MASA: Fibra**
- **OSMÓTICOS**
- **IRRITANTES O ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD**
- **LUBRICANTES o emolientes**
- **SUPOSITORIOS**
- **ENEMAS**
- **PROCINÉTICOS**
- **MEDIDAS FÍSICAS REHABILITACIÓN**
- **NUEVOS FÁRMACOS**
- **CIRUGÍA**



CLÍSTERES ROMANOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS



CLÍSTERES DE ÁFRICA CENTRAL

TIPOS DE LAXANTES

- **FORMADORES DE MASA: Fibra**
- **OSMÓTICOS**
- **IRRITANTES O ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD**
- **LUBRICANTES o emolientes**
- **SUPOSITORIOS**
- **ENEMAS**
- **PROCINÉTICOS**



EL SEN SE INCLUÍA EN VARIAS RECETAS LAXANTES DEL ANTIGUO EGIPTO

TIPOS DE LAXANTES

	TIPOS	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	INICIO ACCIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS
FORMADORES DE MASA: Fibra. Son coloides hidrofílicos que aumentan la absorción de agua del bolo	PANTAGO OVATA (ISPAGULA)	PLANTABEN CENAT	1 a 3 sobres/día	24 h.	Son comunes a todos: meteorismo, flatulencias, anorexia, riesgo de obstrucción
	METILCELULOSA	Cápsulas 500 mg.	2-6 cucharadas al día	24 h.	
	SALVADO DE TRIGO	Sobre 3 gr.	12/24 gr./día	24 h.	
OSMÓTICOS	LACTULOSA	DUPHALAC 3,33 gr./5ml. o sobres monodosis 10 gr.	15-45 ml o 2 sobres	1 a 3 días	Distensión abdominal
	LACTITOL	EMPORTAL, OPONAF sobres 10 gr.	1 o 2 sobres		
	MAGNESIO	MAGNESIA CINFA	1 gr./5 ml.	2-6 horas	Diarreas, hipermagnesemia en Insuf. Renal
	POLIETILENGLICOL	MOVICOL SOBRES	1 a 3 sobres/día		Peligro aspiración si disfagia
ESTIMULANTES de la motilidad	BISACODILO	DULCO-LAXO comp. 5 y sup. 10 mg.	5 o 10 mg.	6-12 horas	Stevens-johnson
	A+B Y SENSENOSIDOS	PUNTUAL, PURSENID LAXANTE SALUD	12 mg/8 gotas	8-32 gotas/día	Alteraciones hidroelectrolíticas + colon catártico
	PICOSULFATO	EVACUOL, SKILAX	7,5 mg/ml.	8-12 gotas/día	
LUBRICANTES y EMOLIENTES, o ablandadores de las heces	DOCUSATO SÓDICO	DAMA-LAX cap. 100 mg.	1-3 cap./día	24-72 horas	Malabsorción vitaminas liposolubles y neumonitis lipoidea en el caso de la parafina
	ACEITE DE PARAFINA	EMULIQUEN HODERNAL	1 o 2 sobres/día 15 ml/12		

ESTUDIOS CON LAXANTES I

La mayoría de los trials se han hecho comparando laxantes contra placebo

Se han hecho muy pocos estudio comparando laxantes estimulantes versus osmóticos

En el 2005. Rankumar et al Am J Gastroenterol, hacen una revisión e intentan hacer un metanálisis y observan que la mayoría ensayos son con “n” pequeñas y con disparidad en los criterios de estreñimiento, pero concluyen que Polietilenglicol (PEG) y Tegaserod tiene evidencia de grado A y que PEG es más eficaz que lactulosa

ESTUDIOS CON LAXANTES II

Rankumar et al en su meta análisis encuentran una moderada evidencia (grado B) en el uso de Lactulosa y psyllium

Di Palma et al. En 2007 PEG a dosis de 17 gr al día durante 1 año concluye que es seguro y sin evidencia de taquifilaxis

Revisión Cochrane en 2007, parece que Tegaserod, mejora síntomas de colon irritable y de estreñimiento.....pero se retira del mercado

Jouët et al 2008 en adultos sanos comparan PEG vs Lactulosa a dosis de 10 gr, y observan que mejora el vaciado del colon ascendente, pero no mejora el nº de movimientos intestinales

2008 Health Technology assesment pone en marcha the STOOL trial

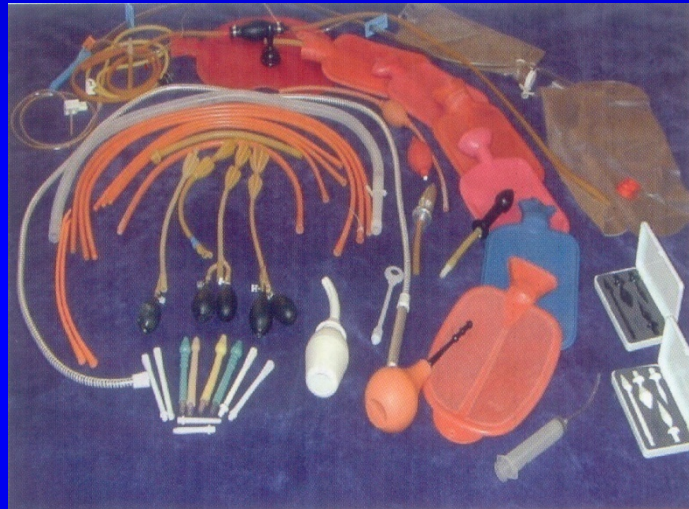


LOS ENEMAS ERAN COMUNES ENTRE LOS MAYAS

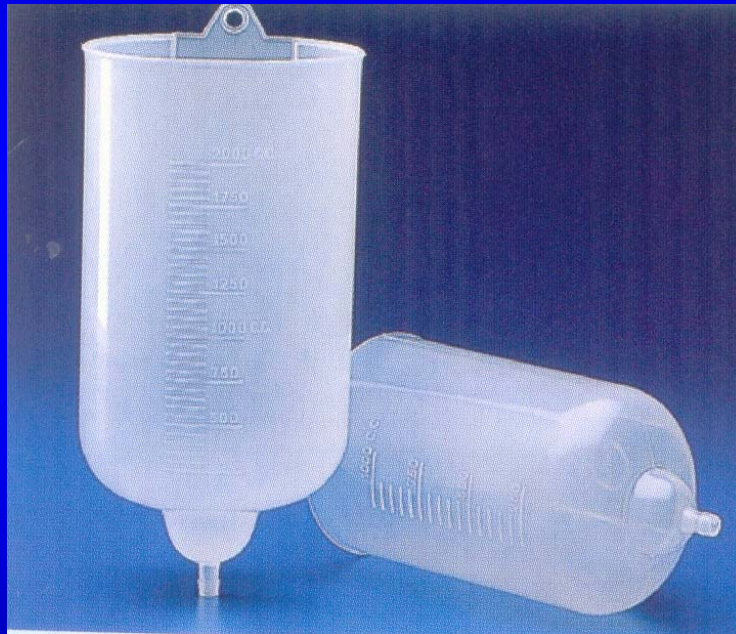
Laxantes: supositorios de glicerina

- Mecanismo de acción: estimulación rectal y del reflejo de la defecación
- Inicio de acción: entre 15 y 60 minutos
- Efectos secundarios: irritación rectal

ENEMAS



VARIOS TIPOS DE ENEMAS



2000
1750
1500
1250
1000
750
500

500
250
0

ENEMAS

- Mecanismo de acción: ablandamiento y lubricación de las heces, efecto de lavado mecánico del recto, estimula el reflejo de la defecación. Puede ser de útil en lesiones medulares. Del Popolo et al Spinal Cord 2008
- Inicio de acción: rápido en minutos
- Efectos secundarios: todos ellos pueden provocar trauma en la mucosa, en especial en pacientes muy frágiles y cirróticos.
- Precaución con los ricos en fosfatos, por riesgo de hiperfosfatemía en ancianos con I. Renal
- No dar aceites minerales ni jabones, son irritantes locales. Poca evidencia pero útil y barato el aceite de oliva

LAXANTES : PROCINÉTICOS

- **Cisaprida, retirada del mercado, por alargamiento del QT**
- **Cinitaprida: Mecanismo de acción: aumenta secreción acetilcolina a nivel plexos mientéricos. Útil en caso de neuropatía. La forma de presentación en sobres lleva incorporada fibra. No aprobada por FDA**
- **Tegaserod: se retiró del mercado en 2007 por que se asoció a eventos isquémicos: AVC e IAM**
- **Prucalopride**

REHABILITACIÓN

-Las técnicas de biofeedback pueden ser muy útiles en los casos de estreñimiento por disinergias musculares del suelo pélvico*

-Técnicas de masajes vibratorios abdominales en ancianos dependientes institucionalizados han demostrado acelerar el tránsito colónico**

*Fernandez-Fraga et al Scand J Gastroenterol.2005
Jan;40(1):20-7

* Rao SS et al Clin Gastroenterol Hepatol 2007
Mar;5(3):331-8

** Mimidis K et al. World J Gastroenterol. 2005 Apr
7;11:1971-5

NUEVOS TRATAMIENTOS Y FÁRMACOS

NUEVOS TRATAMIENTOS Y FÁRMACOS

- Neuroestimulación, hay datos preliminares de que estimulación sacra puede mejorar estreñimiento rebelde

Holzer B et al. Dis Colon Rectum 2008

- Lubiprostone
- Prucalopride
- Methylnaltrexona

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

A Placebo-Controlled Trial of Prucalopride for Severe Chronic Constipation

Michael Camilleri, M.D., René Kerstens, M.Sc., An Rykx, Ph.D.,
and Lieve Vandeplasseche, D.V.M., Ph.D.

NUEVOS FÁRMACOS: Prucalopride

- Es un procinético agonista de los receptores 5-HT₄
- Tratamiento de 12 semanas con dosis única diaria de 2 o 4 mg de Prucalopride vs Placebo mejora de forma significativa a pacientes con constipación crónica severa
- No altera QT
- Hay dudas por que entre el trial y su publicación han > pasado 8 años

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Methylnaltrexone for Opioid-Induced Constipation in Advanced Illness

Jay Thomas, M.D., Ph.D., Sloan Karver, M.D., Gail Austin Cooney, M.D.,
Bruce H. Chamberlain, M.D., Charles Kevin Watt, D.O., Neal E. Slatkin, M.D.,
Nancy Stambler, M.S., Alton B. Kremer, M.D., Ph.D., and Robert J. Israel, M.D.

NUEVOS FÁRMACOS: Methylnaltrexona

-Methylnaltrexona es un antagonista periférico de los opiáceos que se ha diseñado para el tratamiento de la constipación ligada a mórficos en pacientes paliativos

Su administración subcutánea produce rápida evacuación en pacientes que toman mórficos en fase de enfermedad avanzada y parece no provocar interferencias sobre la analgesia ni deprivación aguda de opiáceos

- En España Relistor®, en Julio 09

-Portenoy et al J Pain Symptom Manage 2008

-Thomas et al NEJM 2008

CIRUGÍA

Reservada solo en los casos refractarios en los que ha fallado el tratamiento médico y en los tránsitos muy lentos.

La satisfacción de la colectomía oscila entre el 39 y 100%

Complicaciones: obstrucción intestino delgado, diarrea e IF

Hay 2 técnicas:

- colectomía subtotal con anastomosis ceco-rectal
- colectomía subtotal con ileo-sigmoide anastomosis

MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO SEGÚN LA TIPOLOGIA DEL PACIENTE

- Paciente con envejecimiento satisfactorio:

-Estreñimiento funcional o transito lento:

-Suplementos de fibra (>30 gr./día).

-Actividad física + hidratación correcta

-Si lo anterior falla: laxantes osmóticos

- Disfunción anal:

-Enemas

-Laxantes osmóticos

-Tratamiento específico local si es posible

MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO SEGÚN LA TIPOLOGIA DEL PACIENTE II

- **Paciente encamado o muy dependiente:**
 - Fibra suficiente + hidratación abundante
 - Cambios posturales + masajes abdominales
 - Laxantes osmóticos: PEG, en pacientes con disfagia asociar espesante
 - Higiene en horarios reglados más supositorios de Glicerina y/o enemas
 - Laxantes estimuladores de la motilidad: senosidos de forma secuencial u ocasional

Problema: registro actividad defecatoria, ya que incluye variables subjetivas

Muchas Gracias

- Recordad que “quien no pone el dedo mete la pata”

www.videosdahora.com.br