

El Ache-Ce-O

Pulso...de la medicina primaria

Pasos claves en la evaluación del estreñimiento:

- Evaluar la presencia de síntomas de alerta ("red flags") que sugieren enfermedad orgánica:
- prominente dolor abdominal, que puede señalar hacia un síndrome de intestino irritable con constipación.
- pérdida de más de 10 libras de peso involuntariamente.
- historia familiar de cáncer de colon y recto
- anemia
- hematochezia (sangre visible en el excremento)
- prueba de sangre oculta positiva

□ (El estreñimiento es un desorden común de motilidad gastrointestinal que frecuentemente es crónico, afecta negativamente las vidas de los pacientes y esta asociado a costos de salud altos.

- Un 25-30% de la población sufre de estreñimiento.
- Es más común en mujeres y en la razas no-blancas.
- Hay un aumento en la incidencia con la edad, y hasta 40% de personas mayores de 65 años padecen de estreñimiento.
- El costo directo de evaluación y tratamiento se mide en miles de dólares, y los costos indirectos como ausentismo del trabajo, son muy altos.

□ El estreñimiento no es una enfermedad sino un síntoma. Se sugieren varios criterios para el diagnóstico, incluyendo por lo menos dos de los siguientes síntomas presentes por lo menos 3 meses:

- Excreta sumamente dura.
- Pujos
- Sensación de evacuaciones incompletas por lo menos el 25% de las veces.
- Dos o menos evacuaciones por semana.

□ En ausencia de síntomas de alerta en la evaluación, hay que determinar si el estreñimiento es primario o secundario.

- El estreñimiento funcional, primario o idiopático:
 1. Estreñimiento simple – una represión del deseo de evacuar.
 2. Intestino irritable con estreñimiento.
 3. Constipación con dilatación del colon – megacolon idiopático.
 4. Constipación sin dilatación del colon – estreñimiento idiopático de tránsito lento.
 5. Anomalías anorectales.
 - Obstrucción rectal – anismus, ulcera, intususcepción
 - ¡En disinergia y disfunción del piso pélvico, no hay coordinación de esta musculatura con el esfínter del ano; en digitalización rectal el dedo no desciende cuando el paciente puja!
 - Al examen físico, en estos pacientes puede haber un poco de distensión abdominal o excreta palpable en el sigmoide.
 - Obstrucción intestinal crónica.
 - Superposición de mecanismos y síntomas es común

□ El estreñimiento o constipación secundaria:

1. Con otras condiciones del tracto gastrointestinal, como fisuras en el ano, hemorroides, estrecheces o tumores.
2. Estilos de vida – dieta con poca fibra, falta de ejercicio.
3. Con una historia de constipación reciente, hay que excluir una obstrucción intestinal y vólvulo (un giro del intestino sobre sí mismo que causa obstrucción).
4. **Disfunciones endocrinas o metabólicas**
Diabetes

Hipercalcemia
Embarazos
Hipopotasemia
Hipotiroidismo

5. **Desordenes neurológicos** – Apoplejías
Enfermedad de Parkinson
Esclerosis múltiple
Enfermedad de Hirschsprung
6. **Medicamentos** – Antiespasmódicos y Diuréticos
Antidepresivos
Bloqueadores del canal de calcio
Antipsicóticos
Narcóticos: codeína, morfina
Antiácidos: compuestos de aluminio o calcio
7. **Desordenes psicológicos** – depresión

□ Pruebas de laboratorio y estudios pertinentes –

- Químicas séricas ("serum chemistry"): para excluir causas metabólicas, como hipopotasemia e hipercalcemia.
- Recuento sanguíneo completo ("CBC"): podría revelar una anemia secundaria a sangrado en el intestino.
- Pruebas de función tiroidea si se sospecha hipotiroidismo: el TSH, nivel de tirotrópina en la sangre (la hormona estimulante de la tiroides) sirve de prueba de tamizaje ("screening test").
- Radiografía abdominal o placa plana del abdomen ("flat plate or KUB"): se puede ver la cantidad de excreta en el colon y detectar un fecaloma o coprolito ("fecalith") si lo hay.
- Anoscopia se debe hacer en todo paciente con estreñimiento: se pueden visualizar fisuras, hemorroides, úlceras y tumores malignos locales.

Ref: 1. Practice Parameters for the evaluation and Management of Constipation: The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Dec 2007. 2.

www.emedical.com. Holson DA. Mount. Simai School of Medicine, N.Y. Actualizado agosto 2007.

Luis F. Montaner, MD. Comunicaciones a Proveedores

Farmacocinética

Pulso...de la medicina primaria

▣ Manejo y Tratamiento del Estreñimiento idiopático con intervenciones no farmacológicas:

- Intensificar la actividad física y el ejercicio diario; por ejemplo, se sabe que el caminar estimula la actividad colónica.
- Aumentar ingesta hídrica.
- Aumento de la fibra en la dieta, como frutas y vegetales.

- También se pueden utilizar suplementos de fibra o los suplementos a granel ("bulk supplements") como el bran, metilcelulosa (**Citrucel**®), poliacarbofil o psyllium.

- En la literatura revisada hay datos basados en evidencia sobre la efectividad de los suplementos a granel solamente para **psyllium (Metamucil**® o **Fiberall**®): dosis 1-2 galletas con 8 onzas de agua TID).

- Este régimen se debe prolongar por lo menos tres meses, y hay que consumir fibra en grandes cantidades (hasta 25 gramos por día), lo cual puede ser muy desagradable.

- Desgraciadamente el aumento en fibra per se funciona solamente en algunos pocos pacientes.

- Los reblandecedores de heces, como el docusate (**Colace**®, **Surfak**®) pueden ayudar a muchos pacientes.

- Reeducar al paciente en su hábito intestinal hacia un ritual diario de deposiciones, un reentrenamiento intestinal.

- Para los que no responden a estas medidas, hay otras alternativas que usualmente se ofrecen en centros especializados:

- Terapia de comportamiento.
- Terapia de biorretroalimentación ("biofeedback") para entrenamiento neuromuscular del paciente con disfunción del piso pélvico.
- Estimulación eléctrica.

- La cirugía (colectomía subtotal con

anastomosis ileo-rectal) se considera solo para pacientes con tránsito lento, y solo después de una evaluación minuciosa en un centro terciario

▣ Los laxantes osmóticos: azúcares mal absorbidos o no absorbidos, laxantes salinos, **polietilenglicol (PEG)**.

- Arrastran agua del colon y de los tejidos y vasos sanguíneos.
- En general, son seguros para el paciente.
 - Hay que tomarlos varios días para que sean efectivos.
 - Pueden causar cólicos abdominales, sensación de llenura y flatulencia.
 - Los laxantes salinos no se deben utilizar en pacientes con fallo renal o disfunción cardíaca.
 - Existen datos basados en evidencia sobre laxantes con base de polietilenglicol (PEG).

- El PEG aumenta la frecuencia de evacuaciones y mejora la consistencia.
- El PEG 3350 tiene aprobación del FDA para tratamiento de constipación.
- Disponible sin receta (OTC) como **Miralax**® de Braintree Labs: dosis una tapita del envase en 8 onzas de agua o jugo.
- El PEG 3350, bajo el nombre de **Colyte**®, se utiliza para limpiar el intestino antes de una colonoscopia o una enema de bario.
- Para el hidróxido de magnesio (**Phillips Milk of Magnesia**®) y la lactulosa (**Kristalose**®, **Cephulac**), que también tienen un efecto osmótico en el colon y producen distensión y peristalsis, no hay tan buena evidencia.

▣ Los laxantes estimulantes (por ejemplo bisacodilol o "**Fleet**®) aumentan las contracciones musculares que hacen mover la materia fecal por el intestino – se pueden tratar si los laxantes osmóticos no funcionan.

- Funcionan en pocas horas, pero pueden causar cólicos severos.
- Su uso continuo puede causar hiponatremia, hipopotasemia y deshidratación. No se pueden usar por tiempo prolongado.
- Dosis en tabletas: adultos 2-3 tabletas una vez al día; de 6-12 años una tableta.
- Disponible también en enemas y supositorios.

▣ **Lubiprostone (Amitiza**® -- 24mcg bid con comida) es el primer activador selectivo del canal cloruro del epitelio gastrointestinal, y el más reciente medicamento aprobado por FDA para el tratamiento del estreñimiento crónico idiopático.

- Aumenta la secreción de agua rica en cloruro en el intestino.
- Usualmente hace efecto en las primeras 24 horas.
- Produce más frecuentes y más blandas deposiciones, y con menos pujos.
- Los efectos adversos más comunes son gastrointestinales: náusea, vómitos y diarrea – y también dolor de cabeza.
- La severidad de la náusea se reduce cuando el lubiprostone se da con comida.

Tegaserod (**Zelnorm**®) fue retirado del mercado en marzo de 2007 debido a serios efectos secundarios en el sistema cardiovascular.

Pacientes con estreñimiento que se deben referir a un gastroenterólogo:

- Constipación de reciente aparición.
- Estreñimiento crónico cuando se asocia a pérdida de peso, anemia o un cambio notable en la consistencia de las deposiciones.
- Pacientes con estreñimiento refractario que no responden al tratamiento conservador.
- Constipación que requiere el uso crónico de laxantes.

¡OJO, No fallen en la administración de la vacuna de Influenza! Es muy importante para sus pacientes.

Ref:

1. Review of the Treatment Options for Chronic Constipation. Johanson FJ. Univ. of Illinois Coll of Med. Medscape: actualizado mayo 2007.
2. New and emerging treatment options for chronic constipation. Schiller LR. Rev Gastroenterol Disord. 2004; 4 (suppl 2): S43 – S51.
3. Enciclopedia Médica en Español. NIH: tema actualizado oct. 2008.
4. www.emedicine.com. Constipation: tema actualizado agosto 2007.

Luis F. Montaner, MD. Comunicaciones a Proveedores