



ESTREÑIMIENTO

CLÍNICAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

Dra. Fabiola Arguello Melo



Defecación persistentemente difícil, poco frecuente o aparentemente incompleta.



Tres evacuaciones a la semana como mínimo; muchos pacientes describen una frecuencia normal de la defecación.

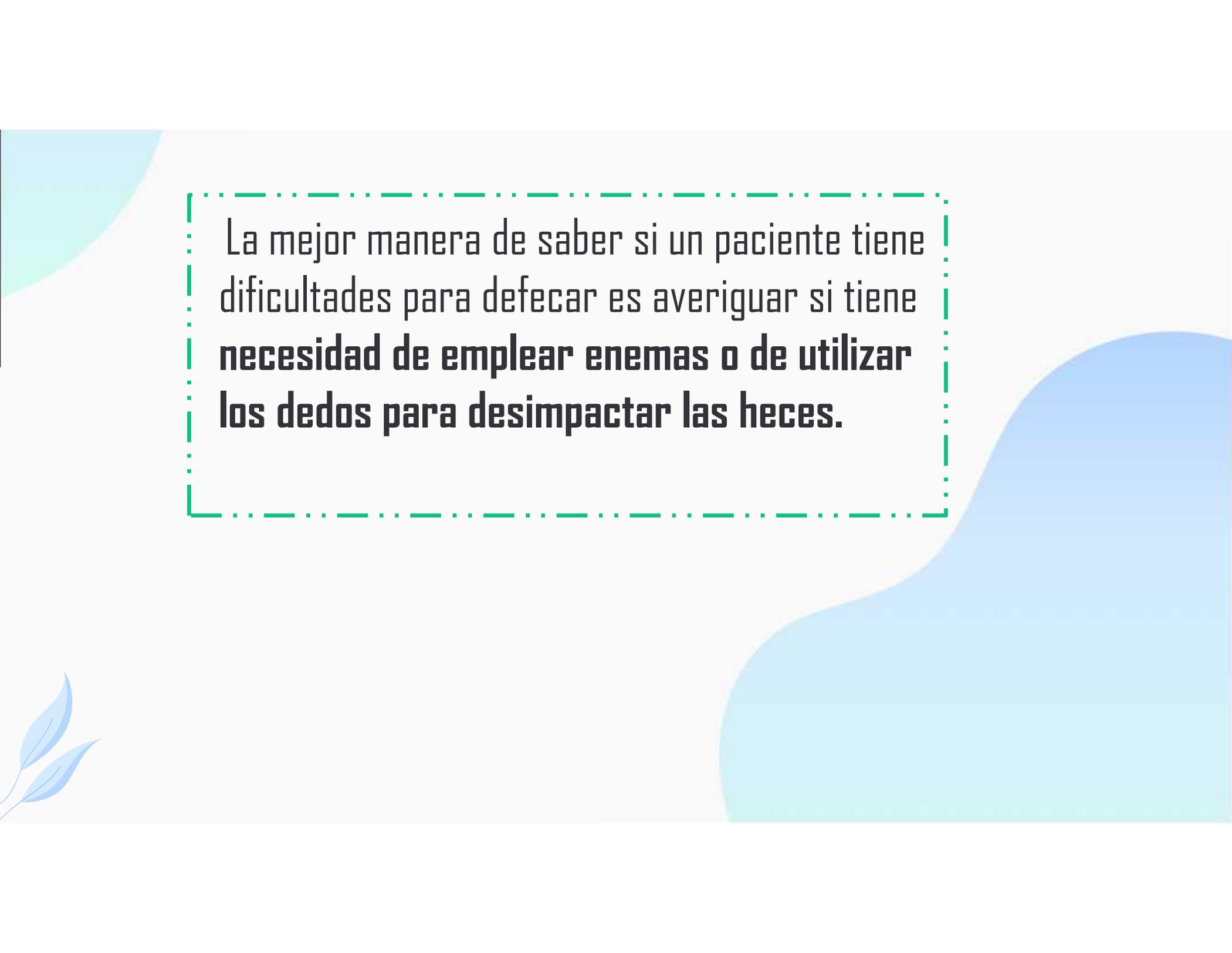
Molestias subjetivas:

- Esfuerzos excesivos.
- Distensión en la parte baja del abdomen.
- Sensación de evacuaciones incompletas.

- Cuando el tránsito es lento hay heces duras o en forma de bolas.
- Cuando el tránsito es rápido produce heces laxas y acuosas.

Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos: Enteramente líquido



La mejor manera de saber si un paciente tiene dificultades para defecar es averiguar si tiene **necesidad de emplear enemas o de utilizar los dedos para desimpactar las heces.**

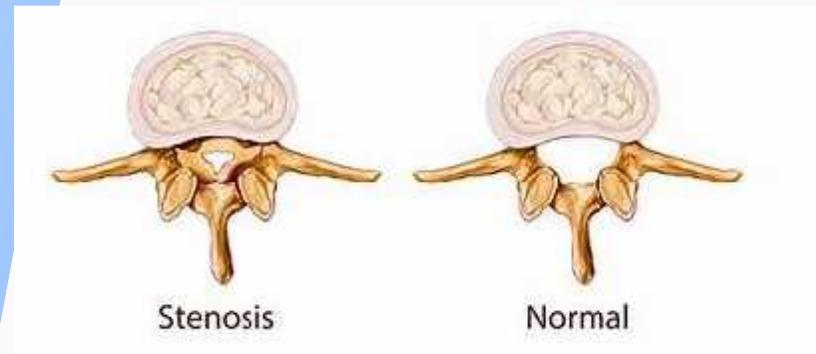


ETIOLOGIA

Desde el punto de vista **fisiopatológico**, el **estreñimiento crónico** se debe por lo regular al consumo insuficiente de **fibra o líquidos**.

- Trastornos del tránsito por el colon o de la función anorrectal.
 - Problema neurogastrointestinal.
 - La acción de ciertos fármacos.
 - Edad avanzada.
 - Las múltiples enfermedades sistémicas que afectan al tubo digestivo.
- 

El estreñimiento de reciente inicio puede ser un síntoma de algún trastorno orgánico importante, como un **tumor** o una **estenosis**.



En el *estreñimiento idiopático*, algunos pacientes tienen:

- Vaciamiento retardado del colon ascendente y transversal.
- Transito mas prolongado (a menudo en el colon proximal).
- Escasa frecuencia de las contracciones propagadas de gran amplitud propulsivas.



El estreñimiento de cualquier origen puede agravarse cuando una enfermedad crónica produce deterioro físico o mental que tiene como consecuencia inactividad o inmovilidad física.

CUADRO 55-5 Causas de estreñimiento en adultos

Tipos de estreñimiento y causas		Ejemplos
Comienzo reciente		
Obstrucción del colon		Neoplasia; estenosis: isquémica, diverticular, inflamatoria
Espasmo del esfínter anal		Fisura anal, hemorroides dolorosas
Fármacos		
Crónico		
Síndrome de colon irritable		Estreñimiento predominante y que causa alteraciones
Fármacos		Bloqueadores del calcio, antidepresivos
Pseudoobstrucción colónica		Estreñimiento por tránsito lento, megacolon (en ocasiones, enfermedad de Hirschsprung o de Chagas)
Trastornos de la evacuación por recto		Disfunción del piso pélvico, anismo, síndrome de descenso perineal, prolapso de mucosa rectal, rectocele
Endocrinopatías		Hipotiroidismo, hipercalcemia, embarazo
Trastornos psiquiátricos		Depresión, trastornos de la alimentación, fármacos
Enfermedades del sistema nervioso		Enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, lesión de médula espinal
Miopatías generalizadas		Esclerosis generalizada o sistémica progresiva

DIAGNÓSTICO

La anamnesis detallada debe profundizarse en los síntomas del paciente y confirmar si existe realmente estreñimiento.

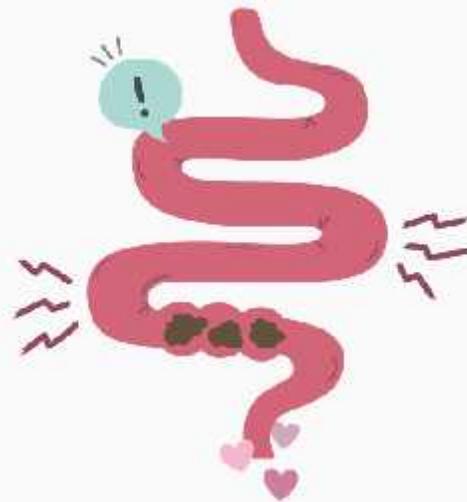


- Frecuencia (menos de tres evacuaciones por semana).
- Consistencia de las heces (pastosas o duras).
- Esfuerzos excesivos para defecar.
- Larga duración del acto de la defecación.
- Necesidad de apoyar el perineo o de manipular con los dedos la región anorrectal.

El estreñimiento mejora con:

Hidratación generosa.

Practica de ejercicio.



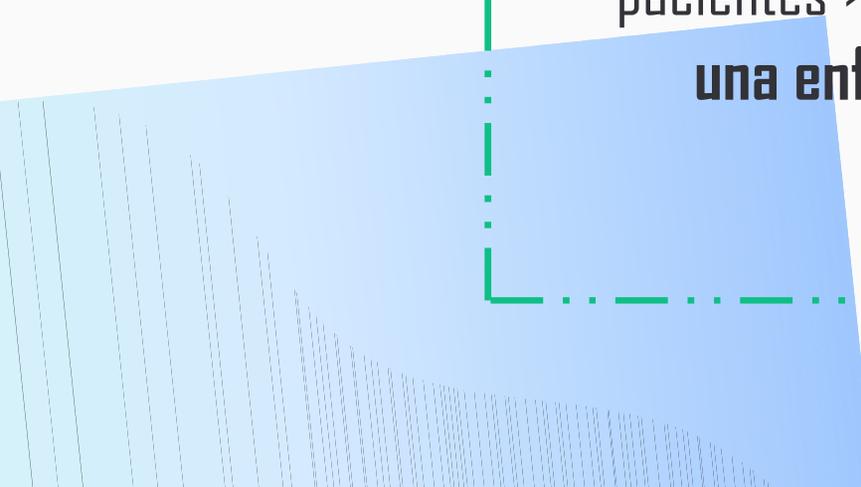
Adición de fibra a la dieta (15 a 25 g/día).

Son elementos clave la alimentación equilibrada, el control de los fármacos utilizados y la atención de los problemas psicosociales.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Examen rectal, deben descartar la impactación fecal.





Si existe pérdida de peso, hemorragia rectal o anemia, además del estreñimiento, es indispensable realizar una **sigmoidoscopia** o una **colonoscopia**, sobre todo en los pacientes >40 años, con el fin de **descartar una enfermedad estructural como cáncer o estenosis.**



Es posible que los pacientes con estreñimiento más resistente no mejoren con el solo aumento del consumo de fibra.

Hay que ayudarles para que adquieran un hábito o esquema de evacuación, que incluya tomar un **laxante osmótico** (sales de magnesio, lactulosa, sorbitol, polietilenglicol) y evacuar con **enema o un supositorio** (p. ej., glicerina o bisacodil), según sea necesario.



