

**NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ**

**NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ**

**MATERIA: MEDICINA PALIATIVA**

**TEMA: RESUMEN EXTREÑIMIENTO Y DIARREA**

**UNIDAD: SEGUNDA UNIDAD**

**GRADO Y GRUPO: 6° "A"**

**FECHA DE ENTREGA: 9-OCTUBRE-2020**



El estreñimiento es un síntoma prosaico, pero es frecuente e incómodo. Aproximadamente el 10% de los individuos sanos tienen estreñimiento y la probabilidad aumenta con la edad y el sexo femenino. La enfermedad empeora el estreñimiento. Las personas ancianas ingresadas en el hospital tienen una probabilidad tres veces mayor de estar estreñidas que las del mismo grupo de edad que viven en su domicilio.

El estreñimiento puede ser definido de forma objetiva como la eliminación de heces infrecuente o con dificultad. Los individuos difieren en el peso subjetivo que le dan a los componentes de la definición o añaden elementos propios. Los estudios epidemiológicos demuestran que el 95% 6 de la población sana defeca al menos tres veces a la semana.

El estreñimiento surge debido a una alteración de la velocidad en la que los residuos de los alimentos atraviesan el intestino y del equilibrio de absorción y secreción de líquidos en el intestino. Esto prolonga el tiempo de tránsito desde la boca hasta el ano y causa deposiciones más secas y duras.

## **TRANSITO INTESTINAL**

El contenido intestinal se mantiene durante 2 a 4 horas en el intestino delgado y de 24 a 48 horas en el colon. El tránsito puede ser mucho más lento; casi la mitad de la población de una residencia de enfermos terminales tenía tiempos de tránsito de 4 a 12 días<sup>8</sup>. El intestino delgado responde al pH, la osmolaridad y la composición química de los contenidos lumbinales con dos patrones de actividad que afectan a la velocidad de vaciamiento gástrico.

El patrón interdigestivo contiene el complejo motor migratorio, en el cual se producen contracciones rítmicas intensas del músculo circular de forma periódica hacia la parte distal a lo largo del intestino para limpiar la luz y reducir el crecimiento bacteriano.

El intestino grueso también desempeña dos tipos principales de motilidad, pero no tiene patrones motores regulares como el complejo motor migratorio. La mayoría de la actividad contráctil del colon es segmentaria. Esto consiste en ondas irregulares

de contracciones que mezclan el contenido luminal, lo cual facilita la absorción de agua y nutrientes mientras los residuos se desplazan hacia el recto.

## **MANEJO DE LIQUIDOS**

El manejo de los líquidos en el intestino es el resultado neto de un estado dinámico de absorción y secreción intestinal. Se secretan aproximadamente 7 l de líquidos al intestino cada día, a los cuales se añaden al menos 1,5 l de líquido con la ingesta. La mayoría se reabsorben en el intestino delgado, especialmente en el yeyuno, pero en el colon entra más de 1 litro. Debido a que el contenido diario de agua en las heces es de aproximadamente 200 ml y la diferencia entre estreñimiento y diarrea en términos de excreción de líquido es de aproximadamente 100 ml al día, la precisión en la absorción de los líquidos por parte del colon es importante en el mantenimiento de un hábito intestinal apropiado.

## **FISIOPATOLOGIA**

La fisiología intestinal indica que tres consecuencias importantes de la enfermedad grave (reducción de la ingesta de alimentos, reducción de la ingesta de líquidos y disminución de la actividad física) probablemente precipitan o agudizan el estreñimiento, y por tanto no es sorprendente encontrar estreñimiento con frecuencia en pacientes enfermos, incluso cuando no están en tratamiento con opiáceos.

Otras influencias indirectas de la enfermedad avanzada sobre el estreñimiento pueden ser el estrechamiento intestinal por un tumor y la alteración de la coordinación nerviosa de la peristalsis debido a la infiltración tumoral de la pared intestinal o a la neuropatía paraneoplásica que afecta al sistema nervioso entérico intrínseco o a su inervación autonómica. La hipercalcemia neoplásica se asocia a estreñimiento, presumiblemente como consecuencia de la función esencial que desempeña el calcio en la contractilidad muscular.

La acetilcolina es el neurotransmisor de la vía final común en la coordinación de la actividad peristáltica, y cualquier fármaco con propiedades anticolinérgicas altera el

tránsito intestinal. Sin embargo, los opiáceos tienen el efecto más potente debido a su acción en los receptores opiáceos endógenos en la pared intestinal. La morfina y sus derivados aumentan el tono del esfínter en todos los puntos del tubo digestivo desde el esófago hasta el ano y disminuyen las contracciones colónicas propagadas de gran amplitud. Se reduce la secreción activa de líquido y se aumenta la absorción de líquido, en parte debido al enlentecimiento del tránsito. La sensibilidad rectal está disminuida, lo cual se combina en los pacientes ancianos con la reducción de la sensibilidad propia de la edad y puede precipitar una impactación fecal. A través de todos estos mecanismos, los opiáceos producen un estreñimiento importante que está relacionado con la dosis (aunque con gran variabilidad, ya que la respuesta a cada dosis difiere mucho entre los individuos) y para el cual se desarrolla una tolerancia escasa.

## **MANIFESTACIONES CLINICAS**

El estreñimiento puede manifestarse en forma de náuseas, dolor abdominal o incontinencia urinaria. Cuando se combina con un rebosamiento, puede simular una diarrea y parecer una obstrucción intestinal. La ímpactacióm fecal es bien reconocida como precipitante de incontinencia urinaria en los ancianos. El inicio reciente de incontinencia urinaria debería promover la realización de una exploración abdominal y rectal.

## **TRATAMIENTO**

A pesar de la prevención, la mayoría de los pacientes con enfermedad avanzada requieren laxantes. Se dividen en fármacos que principalmente ablandan las heces y aquellos que estimulan la peristalsis.

## **DIARREA**

La diarrea es la eliminación de deposiciones frecuentes y blandas con sensación de urgencia. Con frecuencia se ha definido como la eliminación de más de tres deposiciones no formadas en un período de 24 horas.

La diarrea que persiste durante más de 3 semanas se considera crónica y con frecuencia está asociada a enfermedad orgánica importante. La mayoría de los casos de diarrea son agudos, duran pocos días y generalmente están causados por infecciones gastrointestinales.

Tratamiento específico Existen tratamientos específicos para varias causas de diarrea. El metronidazol es el antibiótico de primera elección para la diarrea por *C. difficile* y puede intentarse de forma razonable cuando se sospecha que la diarrea está causada por un sobrecrecimiento bacteriano.

## BIBLIOGRAFIA

Declan Walsh. (2010). Medicina Paliativa Walsh. Barcelona, España: Elsevier.