

**MATERIA: MEDICINA PALIATIVA.**

**SEGUNDA UNIDAD.**

**TEMA: EXTREÑIMIENTO Y DIARREA.**

**DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.**

**ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.**

## **EXTREÑIMIENTO Y DIARREA.**

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 es más frecuente en las personas terminales con cáncer que en aquellas que mueren por otras causas.

Aproximadamente el 50% de los pacientes refieren estreñimiento cuando son ingresados en las residencias para enfermos terminales, donde iguala o supera al dolor como causa de sufrimiento.

Cuando el estreñimiento se produce junto a otra enfermedad es un síntoma, no una enfermedad o un signo.

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.

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.

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.

El intestino delgado responde al pH, la osmolaridad y la composición química de los contenidos luminales 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.

Poco después de la ingesta, este patrón es sustituido por el patrón alimentario, con actividad contráctil continua.

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.

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.

Los orígenes del estreñimiento en una población de cuidados paliativos son multifactoriales.

Con la excepción de la analgesia con opiáceos, que es probablemente la influencia única más importante, las interacciones de los diferentes componentes son difíciles de aclarar.

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.

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.

Una anamnesis completa, una exploración abdominal y, a menos que haya habido una evacuación completa reciente, un tacto rectal, pueden evitar errores.

Algunos pacientes experimentan náuseas rápidamente, con o sin vómitos, en presencia de un retraso intestinal.

El esfuerzo del músculo colónico para propulsar heces duras con frecuencia causa un dolor abdominal tipo cólico.

La palpación abdominal puede demostrar masas fecales en la zona del colon, pero la distinción entre las masas tumorales y las fecales puede ser difícil.

La ímpectación fecal es bien reconocida como precipitante de incontinencia urinaria en los ancianos.

Las causas del estreñimiento en la enfermedad progresiva.

Debe asegurarse el bienestar general.

Debido a la relación entre la peristalsis colónica y la actividad, se debería animar y capacitar a los pacientes para tener la mayor movilidad posible.

Las deposiciones del estreñimiento tienen un contenido de agua relativamente bajo, lo cual hace que sean duras y difíciles de eliminar, y esto empeora si el paciente está deshidratado.

Debería animarse a ingerir suficientes líquidos, pero el estreñimiento aislado raramente justifica la administración parenteral de líquidos.

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.

Bibliografía.

D, Wash.. (2010). *Medicina paliativa*. España: Elsevier .