

## UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEGUNDO PARCIAL.

TEMA: ESTREÑIMIENTO Y DIARREA.



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

## ESTREÑIMIENTO 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.

Del 7 al 10% de los pacientes con cáncer al ingresar en una residencia de enfermos terminales y el 6% de los hospitalizados refieren diarrea; es mucho menos frecuente que el estreñimiento. 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 les 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. Aproximadamente la mitad de estas contracciones se propagan distalmente, por lo que este patrón mezcla y propulsa el contenido del intestino delgado.

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. 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. Las náuseas o los vómitos no explicados deberían promover una anamnesis y una exploración sobre el estreñimiento. El esfuerzo del músculo colónico para propulsar heces duras con frecuencia causa un dolor abdominal tipo cólico. La anamnesis y la exploración generalmente sugieren la causa del dolor, pero el estreñimiento todavía es tratado en ocasiones con morfina. El dolor puede ser especialmente intenso y difícil de diagnosticar si coexiste un tumor abdominal o pélvico, quizá debido a la presión del intestino distendido o a la obstrucción intestinal parcial sobre el tumor. 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. Las heces con frecuencia pueden ser melladas mediante palpación si el paciente puede tolerar la presión necesaria, y pueden dar una sensación de crepitación debido al gas incluido en ellas. También se desplazan después de un tiempo. Una radiografía abdominal puede diferenciar el tumor de las heces.

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. Se han utilizado otros criterios, y diferentes medidas pronósticas dificultan la comparación de estudios sobre presentación y tratamiento. Los pacientes pueden describir la diarrea como

una única deposición blanda, como deposiciones frecuentes de pequeños volúmenes de consistencia normal o incluso dura o como incontinencia fecal. Al igual que en el estreñimiento, cuando el paciente refiere tener diarrea se requiere una aclaración cuidadosa. 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. Sin embargo, la causa más frecuente de diarrea en los pacientes de medicina paliativa es el exceso de laxantes, especialmente cuando se ha aumentado la dosis de los mismos para resolver una acumulación de heces. La diarrea generalmente mejora en 24 a 48 horas si se suspenden temporalmente los laxantes. Otros fármacos pueden causar diarrea con frecuencia (como antiácidos y antibióticos) o de forma idiosincrásica (como fármacos antiinflamatorios no esteroideos o compuestos de hierro). Los disacáridos como el sorbitol, que se utiliza como edulcorante en algunos productos sin azúcar, actúan como laxantes osmóticos y con frecuencia pasan inadvertidos cuando se busca una causa de la diarrea. Algunos fármacos contienen polietilenglicol o propilenglicol y pueden tener un efecto similar. Los antibióticos pueden causar intolerancia a la lactosa y la resolución de la diarrea requiere una suspensión temporal de productos lácteos. La radioterapia sobre el abdomen o la pelvis puede causar diarrea, con una incidencia máxima en la segunda o tercera semanas de tratamiento y que continúa poco tiempo después. La lesión de la mucosa intestinal por la radiación libera prostaglandinas y causa malabsorción de las sales biliares, lo cual aumenta la peristalsis. Otra causa iatrogénica importante en la medicina paliativa es el bloqueo del plexo celíaco, que en ocasiones desencadena una diarrea acuosa profusa y duradera.

Excepto en la infección por VIH, la diarrea en los pacientes de medicina paliativa raramente es de suficiente gravedad o duración como para suponer un riesgo significativo por deshidratación. Los pacientes con ileostomía requieren un promedio de 1 litro extra de agua al día y aproximadamente 7 g de sal extra para compensar sus pérdidas de líquidos y electrolitos, con especial atención durante el tiempo caluroso. Si se necesita una rehidratación, la vía oral es superior a la

intravenosa. Las soluciones de rehidratación comercializadas, que contienen concentraciones adecuadas de electrolitos y glucosa para facilitar el transporte activo de electrolitos a través de la pared intestinal, son apropiadas para todos los casos de diarrea excepto los más graves. Cualquier diarrea se beneficia de una dieta de líquidos ligeros, como limonada o cerveza de jengibre sin burbujas, e hidratos de carbono simples, como tostadas o galletas saladas. Deberían evitarse los productos lácteos en caso de intolerancia transitoria a la lactosa. Gradualmente se reintroducen las proteínas y, más adelante, las grasas según se resuelve la diarrea.

Bibliografía: Nigel P. Sykes. (2010). Estreñimiento y diarrea. En MEDICINA PALIATIVA DE DECLAN WALSH(846-854). Barcelona España: ELSEVIER