



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

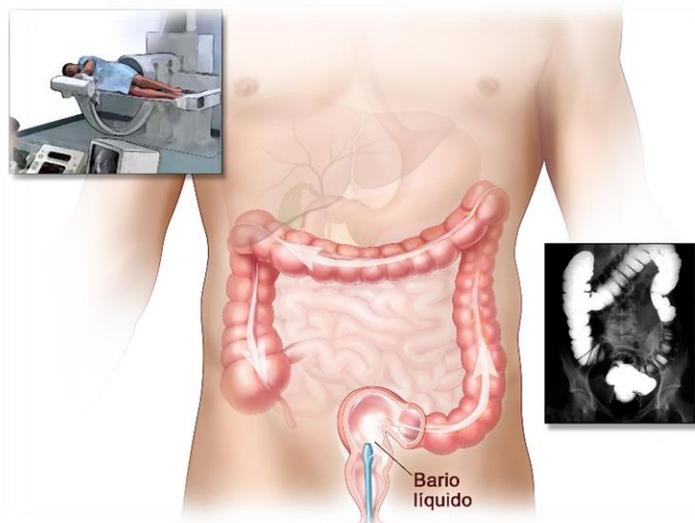
SEMESTRE: 6º

UNIDAD: 2

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

TITULO DEL TRABAJO: (RESUMEN)

- **ESTREÑIMIENTO Y DIARREA**



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. 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 en Gran Bretaña, donde iguala o supera al dolor como causa de sufrimiento. **Ciencias básicas.** ¿A qué se denomina estreñimiento? Cuando el estreñimiento se produce junto a otra enfermedad es un síntoma, no una enfermedad o un signo. 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. **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. 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 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. **Manejo de los líquidos.** 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 ayuno, 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. **Epidemiología y prevalencia.** Tránsito intestinal Si se considera la prevalencia del estreñimiento en cuidados paliativos, existen pruebas de que el 61-63% de los pacientes que no toman analgésicos opiáceos requieren un laxante, pero esta frecuencia se eleva hasta el 83-87% si están implicados los opiáceos. Debido a que los opiáceos se utilizan con frecuencia, no es sorprendente que el 78% de los 260 pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos recibieran un laxante de forma regular. De 200 pacientes seguidos durante 6 semanas o hasta su muerte, el 75% requirió intervenciones rectales, es decir, supositorios, enemas o evacuaciones manuales, durante la primera semana tras el ingreso y el 40% continuó haciéndolo en las siguientes semanas a pesar de la prescripción de más laxantes. **Fisiopatología.** 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. **Manifestaciones clínicas.** 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. 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. La impactación manifestada como diarrea y con frecuencia con incontinencia se produce característicamente en los ancianos, en los que la falta de respuesta a la necesidad de defecar, la confusión o la insensibilidad rectal causan una masa fecal de gran tamaño que es imposible de eliminar de forma espontánea.

Tratamiento. Las causas del estreñimiento en la enfermedad progresiva sugieren varias medidas preventivas. 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. Las personas enfermas tienen escaso apetito, y los alimentos que ingieren tienden a tener bajo contenido en fibra. En las sociedades occidentales se ha asociado el déficit de fibra en la dieta con el estreñimiento, pero en la población que recibe cuidados paliativos la cantidad de fibra requerida para corregir el estreñimiento supera la tolerancia de las personas enfermas. **Fármacos.** 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. La mayoría de los pacientes de cuidados paliativos probablemente requieren una combinación de los dos tipos para maximizar la eficacia y minimizar los cólicos, pero se carece de estudios de superioridad de un fármaco laxante sobre otros.

Diarrea. Epidemiología y prevalencia. 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 pronosticas dificultan la comparación de estudios sobre presentación y tratamiento. **Fisiopatología.** 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. **Diagnostico diferencial.** La obstrucción intestinal maligna y la impactación fecal pueden confundirse con una diarrea. La obstrucción intestinal completa produce un estreñimiento resistente al tratamiento, pero la obstrucción parcial puede manifestarse con diarrea o alternancia de diarrea y estreñimiento. **Manifestaciones clínicas.** Deberían enumerarse los fármacos actuales y recientes. Los laxantes pueden causar diarrea cuando se administran de forma irregular, lo cual produce una alternancia entre estreñimiento y diarrea, o cuando se administran a dosis excesivas. En cualquier diarrea persistente deberían comprobarse los valores de hematología y bioquímica sanguíneas. La diarrea que comienza en los 3 primeros días tras el ingreso de un paciente puede estar causada por microorganismos bacterianos entéricos adquiridos en la comunidad como Salmonella. **Tratamiento de apoyo.** 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. **Tratamiento específico.** Los opiáceos, generalmente en forma de codeína, loperamida o difenoxilato, son los fármacos antidiarreicos orales más eficaces. Actúan a través de receptores opiáceos específicos intestinales para reducir la peristalsis colónica y preservar el patrón de motilidad propio del ayuno en el intestino delgado tras la ingesta.

Bibliografía. Declan Walsh. (2010). Estreñimiento y Diarrea. En Medicina Paliativa (846-854). Cleveland, Ohio: Elsevier Saunders.