

**NOMBRE DE ESTUDIANTE:
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ**

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SANZ

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

TEMA: ESTREÑIMIENTO Y DIARREA

CARRERA:

MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: SEXTO

FECHA: 30/04/2021

ESTREÑIMIENTO Y DIARREA

ESTREÑIMIENTO

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 en Gran Bretaña, donde iguala o supera al dolor como causa de sufrimiento. 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. Los servicios que atienden a pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se enfrentan a ella con mucha mayor frecuencia, dado que se ha comunicado una prevalencia del 27%.

CIENCIAS BÁSICAS

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. Estas descripciones tienden a contener los componentes de los criterios de Roma. En la unidad de la residencia de enfermos terminales del autor, el 85% de los pacientes mencionaron dificultad para eliminar las heces como síntoma de estreñimiento y el 69% refirieron reducción de la frecuencia de defecación, pero el 45% también mencionaron flatulencia e hinchazón abdominal. No existía criterio de tiempo mínimo de persistencia de estos síntomas. Se pretendió que los criterios de Roma esclarecieran el diagnóstico de estreñimiento funcional en una población esencialmente sana. Cuando el estreñimiento acompaña a la enfermedad terminal, el requerimiento del tiempo es menos apropiado. Como con otros síntomas que se presentan en la medicina paliativa, el estreñimiento principalmente se asume y se alivia más que se define. 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. Tránsito 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 lumbales 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 La actividad colónica propagada es menos

frecuente y tiene dos variantes diferenciadas por la amplitud de las contracciones. La variedad de baja amplitud se produce más de 100 veces al día y se asocia a la distensión intestinal y a la eliminación de gases. El tipo de gran amplitud se produce aproximadamente seis veces al día y se corresponde con los movimientos masivos, en los que grandes cantidades de contenido intestinal son propulsadas distalmente a lo largo de distancias considerables. Las contracciones de gran amplitud son uno de los principales iniciadores de la defecación. 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 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. La mayoría de las secreciones se producen mediante un proceso activo a partir de las células de las criptas de la mucosa, mientras que la absorción tiene lugar en las células de las vellosidades. La estimulación mecánica de las neuronas sensitivas de la mucosa activa la secreción a través del sistema nervioso entérico y estimula el flujo sanguíneo y la contracción del músculo liso. En el lado sensitivo del reflejo de secreción están implicadas la 5-hidroxitriptamina, la sustancia P y las neurocininas 1 y 2, y el neurotransmisor secretomotor es el péptido intestinal vasoactivo (VIP). La importancia fisiológica de esta coordinación es lograr una mejor digestión mediante una mayor mezcla y dilución del contenido luminal y una mayor absorción como consecuencia de una mayor motilidad.

TRATAMIENTO

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 cólicos¹⁵, pero se carece de estudios de superioridad de un fármaco laxante sobre otros. El coste y la preferencia del paciente son factores significativos en la elección del laxante. Los agentes formadores de bolo deberían ser utilizados con precaución en cuidados paliativos, porque si no se emplean con agua suficiente pueden formar una masa gelatinosa que puede precipitar una obstrucción intestinal. La parafina líquida no se utiliza mucho de forma aislada; puede causar una neumonía lipoidea si es inhalada, pero en algunos países está comercializada en combinación con hidróxido de magnesio que es un laxante ablandador útil, económico y seguro. El uso de supositorios rectales y enemas debería minimizarse mediante el control y la titulación cuidadosos de los laxantes orales. Los pacientes aceptan peor los supositorios que los laxantes.

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. Se han utilizado otros criterios, y diferentes medidas pronosticas 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.

Manifestaciones clínicas

Cuando un paciente refiere tener diarrea se requiere realizar una anamnesis cuidadosa de la frecuencia de defecación, las características de las heces y la evolución temporal del problema. En conjunto, estas manifestaciones con frecuencia indican el diagnóstico. Las heces abundantes, acuosas, son características de la diarrea colónica, mientras que las heces pálidas, 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. La exploración debería descartar la impactación fecal y la obstrucción intestinal, y por tanto debería incluir un tacto rectal y una palpación abdominal para valorar la presencia de masas fecales. Si existen dudas, una radiografía de abdomen puede dar la respuesta. La historia de heces pálidas, grasas y flotantes sugiere esteatorrea. La diarrea persistente, acuosa y sin malestar general, que sugeriría una causa infecciosa, puede ser más difícil de diagnosticar. El diagnóstico diferencial es entre la diarrea secretor como consecuencia de la secreción activa de líquido y electrolitos y la diarrea osmótica debida a un soluto adicional no absorbido. Con frecuencia, una distinción clínica es factible si se realiza un ayuno o una suspensión de los fármacos durante 24 horas, porque en estas circunstancias la diarrea osmótica generalmente se resuelve. Si existen dudas, deberían determinarse la osmolaridad y las concentraciones de sodio y potasio de las heces. El hiato aniónico, la diferencia entre la osmolaridad y el doble de la suma de las concentraciones de los cationes, es más de 50mmol/l en la diarrea osmótica, pero menos de 50mmol/l en la diarrea secretora. La resección ileal produce un cuadro mixto, que se convierte en secretor puro si el paciente realiza ayuno. 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, Shigella o Campylobacter o por una infección vírica. Por tanto, el coprocultivo generalmente no es rentable; la repetición del cultivo no mejora el rendimiento diagnóstico. El Clostridium difficile es la causa más frecuentemente detectada de diarrea nosocomial y se identifica mediante inmunoensayo de sus toxinas.

FÁRMACOS

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. En modelos animales reducen la secreción de agua y electrolitos, pero está menos claro si este efecto está presente en humanos a las dosis terapéuticas. De los tres, sólo la loperamida administrada por vía oral no alcanza o atraviesa la barrera hematoencefálica. Los análogos de la somatostatina, octreotida y lanreotida, tienen una función específica en el tratamiento de la diarrea grave no controlada con opiáceos, como la causada por la infección por VIH

BIBLIOGRAFÍA

- Walsh, D. (2010). Medicina Paliativa (1.a ed.). Elsevier.

