



Nombre del alumno: Juan Carlos Bravo Rojas

Nombre del tema: Estreñimiento

Parcial: 2do

Nombre de la materia: Geriatría

Nombre del docente: Dr. Josué Vásquez Sumoza

Nombre de la licenciatura: Medicina humana

Semestre: 6to

Tapachula Chiapas 04/04/2025

ESTREÑIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR

El estreñimiento en geriatría es

Síntoma que implica alteración en la eliminación fecal en cuanto a sus componentes objetivos de frecuencia, consistencia y tamaño de las deposiciones, así como subjetivos referidos al esfuerzo excesivo en la defecación o sensación de evacuación incompleta.

Se diagnostica mediante

TRATAMIENTO

Se trata con

MEDIDAS HIGIENICO-DIETÉTICAS

- Aumento de fibra (15-25 g/d).
- Ingesta de líquido (2L/d).
- Ejercicio físico.

Solo si existen molestias, no por mas de 7 días.

LAXANTES

- Formadores de masa (Primera línea):
 - Lactulosa y lactitol.
- Ingerir con abundante cantidad de líquido.
- Estimulantes:
 - Bicodilo, picosulfato sodico, antraquinonas.
- Laxantes rectales (segunda línea):
 - Aceite de oliva, glicerina, bisacodilo.

Su abuso puede causar

COLÓN CATÁRTICO

Paciente dependiente de laxantes para defecar.

FISIOPATOLOGÍA

Alteración de la motilidad intestinal por uso crónico de laxantes.

SÍNTOMAS

- Dependencia a laxantes.
- intestino atónico.
- estreñimiento severo.

TRATAMIENTO

- Suspensión de laxantes.
- Reeduación intestinal
- Dieta rica en fibra (medidas higienico-dietéticas).

En caso de ser necesario

Utilizar laxantes formador de masa en dosis mínima eficaz durante el tiempo necesario para reestablecer la función normal del colon y recuperar los reflejos defecatorios.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de estreñimiento funcional en México es del 14.4% según los criterios de Roma II y Roma III, y puede llegar hasta el 22% en encuestas específicas.

Más frecuente en

Estudios muestran que el estreñimiento afecta más frecuentemente a las mujeres, con una relación de 3:1 en comparación con los hombres.

ETIOLOGÍA

Las causas del estreñimiento son múltiples y variadas, influyendo tanto alteraciones derivadas del propio envejecimiento como características asociadas al estilo de vida de las personas ancianas y determinados procesos patológicos.

Causado por

Inmovilidad, incapacidad funcional, dieta pobre de fibra, deshidratación, denervación inducida por laxante, alteraciones endocrino-metabólicas, alteraciones neurológicas, etc.

FISIOPATOLOGÍA

TRANSITO COLONICO LENTO

Inercia colónica: disminución del número de contracciones propulsivas colónicas de los segmentos proximales a los distales, particularmente en periodos posprandiales.

Hiperactividad colónica: contracciones descoordinadas en el movimiento del contenido intestinal de unos segmentos a otros del colon.

DISFUNCIÓN DE SUELO PÉLVICO

Disminución de la sensibilidad rectal: con inhibición del deseo defecatorio.

Disinergia defecatoria: se han descrito cuatro tipos de alteración de la coordinación según patrones manométricos.

TIEMPO DE TRÁNSITO COLÓNICO NORMAL

Subtipo más común
Ocurre cuando el tiempo que los alimentos tardan en desplazarse por el colon es adecuado, pero los pacientes perciben erróneamente su frecuencia de evacuaciones.

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Trastorno funcional digestivo caracterizado por dolor abdominal, distensión y alteraciones en el hábito de deposición (diarrea, estreñimiento o ambos). Los síntomas deben haber estado presentes durante los últimos 6 meses y al menos en los últimos 3 meses para su diagnóstico.*

MIXTO

Combinación de tránsito colónico lento y disfunción del suelo pélvico. Con frecuencia la etiología es multifactorial.

TIPO I

El paciente puede generar un esfuerzo defecatorio adecuado (aumento de la presión intrabdominal) con una contracción paradójica del esfínter anal (anismo).

TIPO II

El paciente no puede generar un esfuerzo defecatorio adecuado (no aumenta la presión intrarrectal) y puede presentar una contracción paradójica.

TIPO III

El paciente puede generar un esfuerzo defecatorio adecuado, pero la relajación del esfínter anal es incompleta (> 20%) o está ausente.

TIPO IV

El paciente no puede generar esfuerzo defecatorio y además la relajación esfinteriana está ausente o es incompleta.

BIBLIOGRAFÍA

- Remes-Troche, J. M., Tamayo de la Cuesta, J. L., Raña Garibay, R., Huerta Iga, F., Suárez Morán, E., & Schmulsong, M. (2011). Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. Revista de Gastroenterología de México, 76(2), 126-132. Recuperado de Revista de Gastroenterología de México.
- Geriatria-CTO
- Abizanda Soler, P., & Rodríguez Mañas, L. (2020). Tratado de medicina geriátrica: Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores (2ª ed.). Elsevier.