

## CONSTIPACIÓN EN ANCIANOS

### 1. Concepto y definición.

Las definiciones exactas de constipación no son claras. Muchas de ellas incluyen movimientos (Sin los :) intestinales menos de dos veces por semana, **los** cuales a menudo requieren esfuerzo para eliminar las heces, que a veces se asocia con sensación de dolor y evacuación incompleta.

La percepción sobre la función intestinal varía, lo que es constipación para una persona es normal a otra.

*La función intestinal normal:* en el 90 % de las personas de los países del Este, se halla dentro de una frecuencia comprendida entre tres veces por día y tres veces por semana. Las causas probables de constipación incluyen: *falta de fibras en la alimentación, pobre ingesta de líquidos, inmovilidad, dietas insuficientes, y efectos de drogas.*

Desde el punto de vista *fisiopatogénico*, la constipación puede ser debida a heces escasas y duras con tono muscular colónico normal o, alternativamente, a heces normales con falta de tono muscular y fallo en la respuesta al estímulo defecatorio.

Es normal que durante meses o semanas en la vida de una persona, exista disminución de la frecuencia evacuatoria. Consecuentemente el confort se relaciona con la calidad de las heces, por ejemplo dos evacuaciones confortables por semana puede ser normal y evacuaciones diarias laboriosas y dolorosas pueden ser constipación.

### 2. Prevalencia

En 1993, más de 10.000.000 de prescripciones de laxantes fueron realizadas en Inglaterra en la práctica general.

Es más común en los gerontes, 20% de ellos la **padece**n, a menudo asociada con inmovilidad y dieta pobre en volumen y en fibras. También con músculos perineales con tono disminuido, en personas de mediana edad se hallaría en el 8 % y 2.9 % en **gente joven**. **Las mujeres** tienen mayor prevalencia de constipación que los hombres.

### 3. Cuadro clínico.

- *¿Cómo reconozco que mi paciente padece de constipación?*

Anamnesis:

Un interrogatorio eficientemente formulado, puede revelar síntomas de larga data o cambios recientes en la frecuencia intestinal, con o sin cambio en la consistencia de heces, lo que es percibido como anormal por el paciente. A los efectos de homogeneizar el diagnóstico y disminuir la variabilidad del observador, existen “*Criterios estándar*”, que surgieron del Consenso de Roma(,.)

Se requiere que uno o más de los siguientes **síntomas**, se halle presente al menos por tres meses:

- a) Esfuerzo en la defecación, por lo menos en un cuarto de las evacuaciones.

- b) Heces duras o caprinas, por lo menos en un cuarto de las evacuaciones.
- c) Sensación de evacuación incompleta, por lo menos un cuarto de las evacuaciones.
- d) Dos o menos evacuaciones intestinales por semana.

Nota: *la constipación severa puede, paradójicamente, presentarse con diarrea e incontinencia fecal.*

- ¿Qué más se debe tener en cuenta ?

Es importante tener en cuenta condiciones subyacentes las que pueden presentarse con síntomas de constipación. Por ejemplo:

- ❑ Causas de deshidratación.
- ❑ Síndrome de intestino irritable.
- ❑ Obstrucción intestinal (Ej. Carcinoma gastrointestinal, íleos, tumores ovario/uterino, estenosis benignas).
- ❑ Condiciones de dolor anal: fisura anal, hemorroides.
- ❑ Condiciones metabólicas: hipotiroidismo, hipercalcemia.
- ❑ Condiciones neurológicas: injuria nerviosa espinal o de pelvis, enfermedad de Parkinson.
- ❑ Condiciones psiquiátricas: depresión, efectos adversos de ciertas drogas usadas en el tratamiento.

*Examen físico:*

- Puede ser normal.
- Puede haber masas fecales palpables, especialmente en el cuadrante inferior y superior del abdomen.
- Se debe realizar un tacto rectal.
- La presencia de heces versus ampolla vacía es orientadora: evaluar consistencia de las heces, masa no fecal (tumoral, hemorroidal), presencia de sangre ( melena , fresca).

*El diagnóstico de constipación en el geronte no ofrece dificultades.*

#### 4. Estudios a solicitar.

La constipación de larga data que responde al tratamiento puede no requerir investigación, excepto el tacto rectal. Considerar investigación (*colon por enema baritada, sigmoidoscopia, colonoscopia*) en las siguientes situaciones:

- Cambios en el hábito intestinal en personas de mediana edad y gerontes, o personas con alto riesgo para **neoplasia** (**Medicines Resource, 1996**).
- Sangrado rectal a cualquier **edad** (**Kamm, 1994**).
- Síntomas severos de reciente comienzo y que no responden al tratamiento (**MeReC, 1994**).
- Síntomas de rápido comienzo (**Moriarty and Irving, 1992**).

Dependiendo de las facilidades y experiencia en la práctica médica, pueden requerir de la derivación a un Segundo nivel.

### 5. Conducta inicial.

Los **objetivos** del manejo de un geronte constipado son:

- Lograr una defecación confortable en forma regular, utilizando el menor número posible de fármacos, lo ideal es sin ninguno de ellos, por el menor tiempo posible.
- Establecer la frecuencia normal de evacuación para ese individuo.
- Prevenir la dependencia a los laxantes.
- Liberar a los pacientes de las molestias que se asocian a la constipación.
- Modificar el estilo de vida en lo referente a la alimentación, ingesta de líquidos y actividad física

#### *Fármacos:*

Si se deben usar *laxantes*, lo que corresponde toda vez que se haya comprobado fehacientemente que las medidas precedentes no son suficientes, administrar la menor dosis que resulte efectiva y reduzca los síntomas iniciales.

No existen evidencias concluyentes que un tipo de laxantes sea más efectivo que otros en el paciente geronte, por lo tanto la droga debiera ser elegida de acuerdo con las circunstancias individuales del paciente.

La polifarmacia puede conducir a la constipación, por lo tanto se debería suspender o reducir si fuera posible las drogas constipantes.

#### *Efectos adversos e interacciones: pautas generales.*

- Si la constipación no responde al tratamiento, si se considera la evacuación manual de acuerdo a las facilidades, a menudo puede ser realizada en la institución o requerir internación.
- La derivación al nutricionista es apropiada.
- Considerar causas subyacentes. Suspender o reducir drogas causales.
- Aviso sobre que la ingesta de cantidad adecuada de fibras, la ingesta de líquidos y el ejercicio son indicaciones de primera línea.
- Los laxantes de volumen, sumados a la ingesta de líquidos, debieran prescribirse si no alcanza **con las** fibras y los líquidos, especialmente si la constipación es crónica. Con ellos, el máximo efecto se observa a los dos o tres días.
- Los laxantes de tipo estimulante deben ser tenidos en cuenta si las fibras o los evacuantes de volumen no son efectivos o bien tolerados. Actúan después de 8 a 12 horas. En general, ellos deberían ser reservados por cortos periodos de tiempo, o para uso intermitente. Sin embargo en los gerentes, por periodos prolongados puede ser apropiados en algunos casos.
- Los supositorios estimulantes proveen *más* rápido alivio, 20 a 60 minutos, que las preparaciones orales 8 a 12 horas. No se usan por mas de 7 días.
- Los ablandantes de la material fecal **sólo** deben usarse por corto tiempo, porque tienen efectos adversos clínicamente relevantes y se requiere precaución.
- Los preparados de uso rectal pueden ser no confortables si los pacientes tienen hemorroides y/o fisuras anales. El docusato rectal debiera ser usado en esos pacientes.

- Los laxantes estimulantes causan con frecuencia dolor abdominal y deben evitarse si la obstrucción intestinal es posible.
- Los evacuantes de volumen pueden producir flatulencia y distensión, riesgo de obstrucción intestinal o esofágica e impactación fecal, especialmente cuando hay trastornos en la deglución.
- Para la elección de un esquema farmacológico se debe tener en cuenta las características del paciente a tratar; es necesario reconocer si el tratamiento comprenderá a un geronte funcionalmente apto o a un paciente frágil e inmóvil.

*Manejo de la constipación en gerontes funcionalmente aptos .*

El enfoque es igual que para cualquier paciente adulto.

*Situaciones específicas:*

- *La prevención de la constipación es de gran importancia en el enfermo terminal.*
- La constipación acontece en todos los pacientes con drogas constipantes, en los que se hallan inmóviles, tienen reducida alimentación e ingesta de líquidos o en quienes reciben bajas cantidades de fibra. La rehidratación y uso de laxantes profilácticamente se debe recomendar. Entre las causas más específicas en el paciente terminal incluyen la obstrucción intestinal debida a tumores, hipercalemia, depresión y síntomas neurológicos tales como compresión de médula espinal.
- La constipación puede simular algunos de los síntomas de tumor intestinal, como dolor, masa abdominal y anorexia, especialmente donde se usan opioides, anticolinérgicos, antieméticos y AINES.
- **Aun** los pacientes anoréxicos con cáncer necesitarían movimientos intestinales para remover sus heces formadas de la renovación de la mucosa intestinal.
- Si las heces son duras y el recto está lleno, los líquidos con co-danthramer, los supositorios de glicerina o docusato se deben recomendar. Si las heces son blandas se deben recomendar los laxantes estimulantes tales como sen o bisacodilo. Si no hay respuesta se debe tener en cuenta la evacuación manual.
- Si el colon se halla repleto y se presentan cólicos, se debe **recomendar** un ablandante ligeramente estimulante como docusato, siendo una alternativa lactulosa, si bien su utilización se halla limitada por la distensión intestinal y posible hipotensión ortostática, debido al fluido que pasa al intestino. Si no existen cólicos, lo recomendable es co-danthramer.

### 6. Niveles de atención.

- Atención primaria:** la mayoría de los pacientes pueden ser atendidos y controlados en este nivel.
- Derivación al especialista o segundo nivel:** las constipaciones de reciente **comienzo** (en todas las afecciones el reciente comienzo, en general requiere de estudios, a excepción de que exista una clara explicación) **con** elementos que evocan organicidad (pérdida de sangre, refractariedad al tratamiento, pérdida de peso, síntomas sistémicos asociados). Las historias de larga evolución eliminan los factores de riesgo; no existe una edad definida de inicio, que determine un punto de corte para el aumento de riesgo. La derivación al especialista se halla determinada por la necesidad de realizar estudios de comprobación diagnóstica.
- Derivación al subspecialista o tercer nivel:** gerontes con formas obstructivas rectales o adinámicas, que requieren medición del tiempo de tránsito de material radioopaco, manometría rectal, defecografía.

## 7. Control y seguimiento del tratamiento.

- Hemorroides debido al esfuerzo en constipación tratada.
- Colon atónico o no funcionando luego de constipación persistente. Esto también puede resultar del abuso de laxantes.
- **Las constipaciones** de larga evolución dependiendo de su severidad y duración, pueden resultar en impactación fecal, obstrucción intestinal o perforación, incontinencia urinaria o **fecal**, infecciones del tracto urinario, sangrado rectal, debilidad generalizada y desórdenes de tipo **psicológico**.
- El estreñimiento causa un aumento de presión (dice intratorácica ¿no debería ser intratorácica?) al defecar. Esto puede conducir a una reducción en la circulación coronaria, cerebral y periférica. Esto también puede resultar en la génesis de hernias, empeoramiento de los síntomas de reflujo gastroesofágico, ataque de isquemia transitoria y síncope de gerentes con enfermedad cerebrovascular o reflejos deficientes en barorreceptores.
- En la literatura médica se sugiere una asociación entre constipación crónica y cáncer de colon.

## 8. Riesgos de iatrogenia.

En la educación del paciente es fundamental la información respecto de los siguientes aspectos:

- Causas de constipación: en la mayoría de las veces, no existen causas obvias.
- Plan alimentario con bajo contenido en fibras, insuficiente ingesta de líquidos. Algunos problemas médicos y/o los efectos adversos de la medicación. El uso regular de laxantes estimulantes, el sedentarismo.
- El exceso de té o café puede empeorar la constipación.
- Se debe ingerir por lo menos 8 a 10 vasos de líquido por día.
- Es necesaria la ingesta de mayor cantidad de fibras ( frutas, vegetales, cereales)
- Actividad física regular, mantener el cuerpo en actividad ayuda a mantener los intestinos en actividad.
- Los suplementos de fibras tales como salvado o agentes de volumen como la ispagula son habitualmente suficientes, si las medidas precedentes no alcanzan.
- Recién cuando se ha llegado a la completa incorporación de líquidos, vegetales, frutas y suplementos de fibras, se debe pensar en los laxantes.
- Los laxantes que no sean los suplementos de fibras, son mejor usados como un remedio temporario en las constipaciones severas. Ellos pertenecen a distintos tipos que actúan de diferentes maneras.
- Estimulantes: hacen trabajar intensamente al intestino, su efecto dura 8 a 12 horas y pueden producir dolores de tipo retortijones.
- Ablandantes de las heces: demoran uno o dos días en su efecto .
- Supositorios: son una alternativa.

## Bibliografía

*Long stay elderly patients: a comparison of lactulose and a senna-fibre combination.* BMJ 1993;307, 769-771.

**Petticrew, M., Watt, I. and Brand, M.:** *What's the best buy for treatment of constipation? Results of a systematic review of the efficacy and comparative efficacy of laxatives in the elderly.* British Journal of General Practice 1999;49, 387-393.

**Tramonte, S. M. and et.al.** *The treatment of chronic constipation in adults: a systematic review.* The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1997.

**Abyad, A. and Mourad, F.** *Constipation: common sense care of the older patient.* Geriatrics 1996;51, 28-36.

**Lamazza, a.et.al.** *Water supplementation enhances the effect of high fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation.* Hepatogastroenterology 1998;45, 727-732

**Wise, J.** *Expensive laxatives not necessarily the best.* B M J 1998 ;316, 93-97