

MANEJO PRÁCTICO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO. PRIMER ESCALÓN TERAPÉUTICO.

MANAGEMENT OF CHRONIC CONSTIPATION. FIRST STAGE.

A. Guil-Soto¹, J. García de Paso-Mora²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón. Sevilla.

Resumen

El tratamiento del estreñimiento crónico y saberlo aplicar con idoneidad es primordial en nuestra consulta dada su frecuencia y el impacto negativo que tiene en la calidad de vida del paciente.

En el primer escalón terapéutico del estreñimiento crónico son fundamentales una relación médico paciente óptima, conocer las medidas higiénico-dietéticas, y un manejo claro de los principales tipos de laxantes.

Lo más importante de los laxantes de primer escalón es conocer su mecanismo de acción, forma de uso y contraindicaciones para indicarlos según su adaptación idónea a la situación del paciente.

Entre los laxantes de primer escalón los laxantes osmóticos son los principales. Aunque no debemos olvidarnos de los formadores de bolo/masa, los laxantes estimulantes y otros tipos de laxantes usados en este primer escalón como los emolientes y enemas.

Conocer lo mejor posible todas estas cualidades es lo que nos asegurarán un tratamiento óptimo y personalizado según cada paciente, y aumentará claramente la probabilidad de éxito en el tratamiento de primer escalón del estreñimiento funcional.

Palabras clave: estreñimiento, funcional, tratamiento.

Abstract

The treatment of chronic constipation and knowing how to apply it with suitability is essential in our clinical practice because its frequency and the negative impact it has on the patient's quality of life.

In the first therapeutic step of chronic constipation, an optimal patient medical relationship, knowing the hygienic-dietary measures, and a clear management of the main types of laxatives are essential.

The most important of the first-stage laxatives is to know their mechanism of action, how to use them and their contraindications to indicate them according to their ideal adaptation to the patient's situation.

CORRESPONDENCIA

Javier García de Paso Mora
Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón
41013 Sevilla
javiergarciadepaso@gmail.com

Fecha de envío: 04/11/2019

Fecha de aceptación: 05/12/2019

Among the first-stage laxatives, osmotic laxatives are the main ones. Although we should not forget about bolus / mass formers, stimulant laxatives and other types of laxatives used in this first step such as emollients and enemas.

Knowing all these features as well as possible is what will ensure us an optimal and personalized treatment according to each patient, and will clearly increase the probability of success in the first-stage treatment of functional constipation.

Keywords: liver cyst, painless jaundice, obstructive jaundice.

Introducción

Conocer el tratamiento del estreñimiento crónico y saberlo aplicar con idoneidad según el caso que se nos presente es primordial en nuestra consulta dada su frecuencia y el impacto negativo que tiene en la calidad de vida del paciente.

En el primer escalón terapéutico del estreñimiento crónico son fundamentales una relación médico paciente óptima, conocer y transmitir adecuadamente las medidas higiénico-dietéticas, y un manejo y entendimiento claro de los principales tipos de laxantes.

Aspectos prácticos generales

Evitar fármacos que favorezcan el estreñimiento

Dado que la mayoría de estos pacientes están polimedcados, se debería revisar los fármacos para intentar reducir la dosis (o cambiarlos por otros si fuese posible) de aquellos que favorecen el estreñimiento, haciendo especial énfasis en los derivados opioides, las sales de hierro, algunos antihipertensivos (bloqueantes de los canales de calcio), diuréticos y bifosfonatos, por el uso tan extendido que presentan.

Asegurar el cumplimiento

Como en todas las patologías crónicas el cumplimiento estricto es imprescindible, pero más en esta ya que implica no solo la toma de fármacos sino una serie de medidas higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida, por lo que es fundamental conseguir una estrecha colaboración con el paciente, haciéndole partícipe de la toma de decisiones

De igual forma, habrá que tener en cuenta una serie de cuestiones que facilitaran el cumplimiento, como puede ser:

- Fármacos con posología simple, con poco número de tomas y formas galénicas adecuadas al paciente.
- Facilitar al paciente información y recordatorios escritos, simples y de fácil comprensión.
- Calendarios de cumplimiento.

- Informar al paciente de la fisiología del proceso para aumentar su implicación

- Implicar a familiares y cuidadores.-Asegura la regularidad del tratamiento.

- Seguimiento cercano (papel de la enfermería).

Medidas educativas

Es importante dedicar tiempo al paciente para explicarle la fisiología de la defecación de manera que pueda entenderla. Así le indicaremos los beneficios de un horario regular, de disponer del tiempo necesario, de aprovechar el reflejo gastrocólico tras el desayuno, de una postura adecuada, de saber identificar la ocupación rectal y no inhibir el deseo defecatorio¹.

Ingesta de líquidos

La mayoría de guías clínicas recomiendan modificaciones del estilo de vida, como la adecuada ingesta de líquidos, recomendando entre 1,5 y 2 litros/día. Hay estudios que demuestran su utilidad asociado a dieta rica en fibra, pero no hay ensayos clínicos que lo estudien de forma aislada¹.

Por tanto, aunque no hay evidencia suficiente, si puede ofrecer beneficios en estreñimiento leve, siempre asociado a alto consumo de fibra.

Ejercicio físico

El ejercicio físico aeróbico realizado de forma regular puede ser útil en la mejoría del estreñimiento, favoreciendo la evacuación del gas intestinal y mejorando la distensión, por lo que se aconseja su realización¹.

Dieta rica en fibra

Suele ser la medida inicial aconsejada en la mayoría en la mayoría de las guías clínicas.

El promedio de consumo de fibra en el mundo occidental oscila entre 10-15 g/día. Un incremento de 15-20 g/día hasta llegar a 30 g/día determina un aumento del volumen de las deposiciones, una disminución de su consistencia y una reducción del tránsito colónico, sobre todo en pacientes con tránsito normal, ya que los pacientes con TC lento o disineria del suelo pélvico suelen empeorar con la fibra.

Además, la fibra induce cambios en el pH colónico y en la microbiota, pudiendo tener efecto sobre la permeabilidad e inflamación intestinal. El salvado de trigo constituye la fuente principal de aporte de fibra de nuestra dieta (44 g/100 g).

Se debe recomendar principalmente alimentos ricos en fibra soluble, (que es la que más retiene agua y disminuye el tiempo de tránsito) como hortalizas, legumbres, frutos secos, pan de centeno y algunas frutas como kiwis o ciruelas pasas¹.

Se le debe explicar al paciente que su efecto no es inmediato y que con frecuencia aparecerá meteorismo y flatulencia, que se puede minimizar con un aumento gradual de la cantidad de fibra¹.

Agentes formadores de bolo (mucílagos)

Varios metaanálisis han revisado su evidencia con gran dificultad para extraer conclusiones por la gran heterogeneidad de los estudios. Se trata de polisacáridos no absorbibles, con el mismo mecanismo de acción que la fibra (al hidratarse aumentan el volumen fecal, favoreciendo la peristalsis) debiendo ser administrados con abundante agua.

Entre ellos se incluyen mucílagos naturales obtenidos a partir de la semilla del psillio o de algas marinas (*Agar-agar*) y otros derivados semisintéticos de fibras vegetales como la metilcelulosa y carboximaltosa. Se pueden asociar a fibra dietética, su efecto puede tardar en aparecer hasta 72 horas y hay que esperar hasta seis semanas para ver su eficacia y tolerabilidad.

Sus principales efectos secundarios son la distensión, flatulencia y meteorismo por la fermentación bacteriana, limitando su uso en muchos pacientes. Hay que utilizarlos con precaución en pacientes inmobilizados o con trastornos graves de la motilidad colónica o intestinal por el mayor riesgo de impactación².

Laxantes osmóticos

Son moléculas o iones no absorbibles que crean un gradiente osmótico lo que aumenta o retiene el agua en la luz intestinal. El aumento de del volumen y la hidratación de las heces mejor su peristalsis y por lo tanto mejora el estreñimiento. Existen dos tipos según su funcionamiento.

El primer grupo es aquel atraen el líquido hacia el lumen intestinal. Entre ellos se encuentran las sales de magnesio, el sorbitol y la lactulosa, que sería el representante principal del grupo. Otra característica para tener en cuenta de estos dos últimos es que se metabolizan por la flora intestinal. Las sales de magnesio son útiles si se busca una deposición rápida aunque como se comenta más adelante hay que evitarlos en paciente con IRC o ICC, sobre todo, si ésta es severa.

El segundo grupo es aquel que retiene el líquido que existe en la luz intestinal o con el que se administraron. Entre ellos el principal es el polietilenglicol o PEG, que también actualmente es considerado el principal dentro del global de todos los laxantes osmóticos.

Profundizando por lo tanto más en el PEG conocer que es una molécula inerte, no metabolizado, no absorbible (sólo se hallan trazas mínimas en orina del producto), que no produce hábito y que no es fermentado por la flora microbiota por lo que no produce flatulencias.

Los laxantes osmóticos son el grupo principal dentro de los laxantes del primer escalón por sus buenos resultado y sus escasas contraindicaciones y efectos secundarios. Además de existir buena evidencia científica de sus resultados.

Existen estudios donde globalmente el PEG se sitúa con un NNT de 3. La lactulosa se sitúa con un NNT de 4. Existe una revisión Cochrane del 2010 en el que se objetiva que el PEG sería superior a la lactulosa en el tratamiento del estreñimiento crónico del adulto. En dicha revisión se objetiva que el PEG es mejor que la lactulosa en cuanto aumentar la frecuencia de deposiciones por semana, consistencia de las heces, alivio del dolor abdominal y necesidad de productos adicionales para el control del estreñimiento^{1,2}.

El perfil de seguridad de los laxantes osmóticos es muy bueno, sobre todo el del PEG, pudiendo ser utilizado en niños, embarazadas, lactantes y ancianos sin problemas. Hay que mencionar que las sales de magnesio pueden ocasionar hipermagnesemia por lo que deben evitarse en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) e insuficiencia cardíaca crónica (ICC)².

Los efectos secundario más típicos de los laxantes osmóticos son el dolor y la distensión abdominal por la flatulencia proveniente de la fermentación de la flora intestinal del colon y la diarrea, al igual que en la mayoría de los laxantes. El PEG es el laxante del grupo que menos efectos secundarios presenta, con un excelente perfil de seguridad, como se ha comentado, y además una muy buena eficacia por lo que por todo ello deberse resaltado como el laxante osmótico por excelencia actualmente.

Laxantes estimulantes

El mecanismo de acción de los laxantes estimulantes consiste en aumentar la secreción intestinal y la peristalsis del colon. Se dividen clásicamente en difenilmetanos y antraquinonas.

Dentro de los difenilmetanos los dos más importantes son el bisacodilo y el picosulfato sódico. Uno metabolito del otro. También se encuentra entre ello la fenolftaleína que está en desuso en la actualidad. Estos laxantes son glucósidos inactivos que no se absorben en el intestino delgado y son hidrolizados en el colon por las glucosidasas dando lugar a metabolitos activos que aumentan las ondas propulsivas y la secreción del colon.

Entre las antraquinonas se encuentra la senna y todos los senósidos, la cáscara sagrada y el aloe vera³. Existen múltiples derivados y gran variedad de productos comercializados dentro de los mismos. En la última guía de AEG de 2016 no se recomiendan, a pesar de la frecuencia en la que son usado por los enfermos, por no existir estudios adecuados que demuestren su beneficio y seguridad.

Estudios realizados sobre bisacodilo y picosulfato sódico demuestran un NNT de 3, al igual que el PEG. Pero a pesar del buen resultado en corregir el estreñimiento como el PEG presentar más efectos secundarios indeseables. De hecho, en un estudio que recogía todos los efectos adversos asociados al tratamiento con bisacodilo el RR de experimentar algún efecto fue del 1,94 (IC 95%; 1,52-2,47)².

Su perfil de seguridad global es menor que el de los laxantes osmóticos. No se pueden utilizar en embarazadas. Además, hay que tener especial precaución en paciente ancianos, ICC y paciente bajo

tratamiento diurético o corticoideo.

Los efectos secundarios que presentan son los comunes a todos los laxantes, aunque en mayor medida que los osmóticos, como son el dolor abdominal, las náuseas y la diarrea. Además, presenta típicamente un efecto bastante indeseable para el paciente como es la mayor urgencia defecatoria y un ritmo intestinal no predecible.

Otros laxantes de primer escalón

Existen multitud de otros laxantes que se suelen usar en la práctica clínica, aunque la mayoría de ellos se usan como apoyo a los anteriormente descritos o en pautas de mantenimiento como laxantes de rescate mientras el laxante principal o las medidas higiénico-dietéticas comienza a volverse efectivas.

Entre ellos, se encuentran los emolientes o lubricantes como la parafina líquida. Son sustancias habitualmente poco agresivas y bien toleradas que favorecen la defecación al mejorar la consistencia de las heces mediante la emulsión del agua con la grasa del aceite.

Hay que tener precaución con ellos y la toma de otros medicamentos concomitantes ya que pueden impedir la absorción de los mismos por lo que es mejor espaciar su toma, mínimo, una hora para no alterar los niveles plasmáticos del fármaco concomitante. También deben utilizarse con precaución en pacientes con riesgo de aspiración por el riesgo de neumonía lipode³.

Otros laxantes de este grupo heterogéneo son los enemas o supositorios que se suelen utilizar como laxantes de rescate más que de mantenimiento dada la necesidad de manipulación ano-rectal y posible pérdida del reflejo defecatorio rectal por su abuso. También es posible laceraciones traumáticas anales en su colocación por lo que hay que explicar con detenimiento cómo colocarlos correctamente.

Pueden ser enemas de limpieza, comercializados (salinos o minerales) o supositorios de glicerina o bisacodilo. Todos tienen en común el favorecer la defecación por provocar distensión rectal. Además de aquellos que lleven sustancias activas que también se sumen al efecto de la distensión. Hay que tener precaución en los que presenten fosfatos como adyuvante ya que pueden provocar fenómenos hidroelectrolíticos en ICR, ancianos e ICC².

Los enemas se suelen utilizar típicamente en episodios de impactación fecal en los que es necesario forzar la expulsión de heces por llevar varios días el paciente sin defecación ninguna.

Finalmente, dentro de este heterogéneo grupo sí que existe evidencia científica a favor de sistemas de irrigación anal (Peristeen®) en pacientes con lesión medular. No es un grupo numeroso en la consulta, pero es conveniente conocer su posible uso y beneficio ya que el estreñimiento de estos pacientes suele ser de difícil tratamiento y muchas veces con pobre respuesta a los laxantes clásicos del primer escalón².

Nota final

Por último, hacer hincapié en la importante necesidad de realizar estudios de calidad sobre el tratamiento de primer escalón terapéutico del estreñimiento crónico y así poder abordarlo desde la mejor evidencia científica posible.

Tener siempre presente que, además, del tratamiento óptimo según la evidencia actual y la que podamos ir recabando en los próximos años es fundamental un excelente manejo clínico del paciente y así ofrecer la mejor opción individualizada a cada uno de nuestros pacientes.

El algoritmo resumen del tratamiento del primer escalón en el tratamiento del estreñimiento funcional se puede encontrar en la **figura 1**.

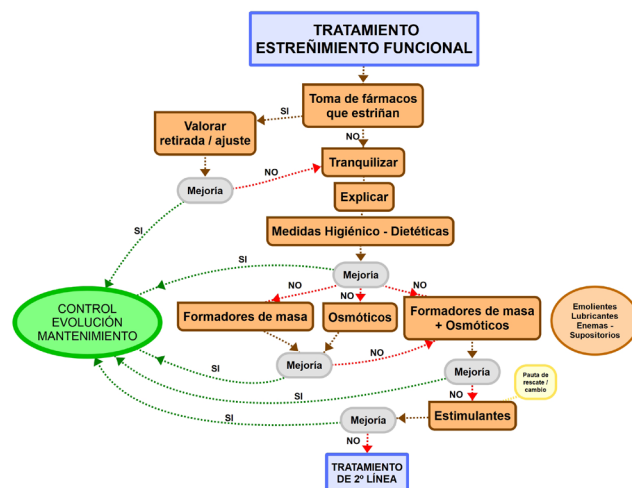


Figura 1 Propuesta de algoritmo terapéutico de primer escalón en el estreñimiento crónico funcional.

Bibliografía

- Serrá J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Delgado S, Ferrándiz J, Rey E, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 2: Diagnóstico y tratamiento. Gastroenterol Hepatol 2017;40:303-316.
- Mearín F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Guía de Práctica Clínica: Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. Rev Esp Enferm Dig 2016;108:332-363.
- González-Martínez MA, Ortiz-Olvera NX, Méndez-Navarro J. Novel pharmacological therapies for management of Chronic constipation. J Clin Gastroenterol 2014;48:21-28.