

Estreñimiento. Uno de los problemas más frecuentes del mundo occidental



Jesús C. de Vega Domínguez, MD

El estreñimiento constituye uno de los problemas de salud universales con mayor presencia en el mundo occidental. Afecta hasta a un 20% de la población y no distingue entre jóvenes y viejos, hombres y mujeres, ricos y pobres, aunque las proporciones se reparten de diferente manera en función, la mayoría de veces, de su higiene alimenticia y sus hábitos de vida. Y sin embargo, no en todos los casos lo que la gente entiende como estreñimiento lo es en realidad. Se entiende por estreñimiento la evacuación de las heces con una frecuencia inferior a tres deposiciones semanales. Las heces suelen ser anormalmente secas, duras, y su expulsión se efectúa con dificultad. El consenso de Roma del año 2000 incluye como uno de los criterios dos o menos deposiciones semanales. Éste es uno de los seis criterios para definir el estreñimiento. El resto, y por orden de importancia, de mayor a menor, son: esfuerzo en la defecación, dureza excesiva de las heces, urgencia de defecar no productiva, poca frecuencia y sensación de evacuación incompleta.

Otros autores consideran que existe estreñimiento cuando se dan los siguientes supuestos: frecuencia en las deposiciones inferior a tres veces por semana, peso de las heces inferior a 35 g/día y esfuerzo defecatorio en más del 25% de las ocasiones.

CAUSAS

El estreñimiento puede ser la consecuencia de otras enfermedades que se localizan en el propio colon (cáncer, proctitis, fisura anal...), alteraciones de tipo neurológico (lesiones espinales, parkinsonismo, etc.) o alteraciones endocrinológicas, como ocurre con la diabetes y el hipotiroidismo, por ejemplo. En estos casos, el tratamiento de la enfermedad primaria debería resolver el problema, aunque no siempre es así.

El estreñimiento puede ser también de carácter idiopático, es decir, no tiene una causa exacta conocida y al que se relaciona con una dieta pobre en fibras, sedentarismo, factores ambientales, etc. Es el más frecuente, el más difícil de erradicar y el que se instala de forma crónica.

Por otra parte, el estreñimiento aparece como consecuencia de alteraciones de la motilidad del tramo colorrectal:

– Un entrecimiento de las ondas peristálticas que se producen a lo largo del último tramo del intestino y que empujan las heces hacia el recto, que puede producirse por múltiples causas. Otras veces se debe a una actividad motora incoordinada en el colon distal que actúa como una barrera que detiene el normal curso de las heces.



– Una disfunción del suelo pélvico que hace más lento el tránsito de las heces y permite el almacenamiento de residuos por periodos largos de tiempo a causa de una evacuación incompleta.

– Una alteración de la distensión del colon por una dieta escasa en fibras, megacolon, etc.: la superficie de absorción del colon se incrementa y las heces se secan y se compactan más.

– O una combinación de ellas, como sucede en la diverticulitis.

TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico, en una primera diferenciación más amplia de estreñimiento agudo o crónico, se instaura el tratamiento más conveniente, buscando un balance positivo entre beneficios y efectos secundarios. Conviene tener en cuenta que, si el estreñimiento es crónico, el tratamiento será de mayor duración, y que algunas poblaciones presentan un mayor riesgo de padecerlo, como las embarazadas, los niños y los ancianos.

Existen ciertas medidas iniciales de orden general que podrían aplicarse tanto en la profilaxis como en el tratamiento del estreñimiento, sobre todo en el caso de estreñimiento crónico.

1. Medidas dietéticas. Una alimentación que contenga fibras vegetales en abundancia (fibra de trigo o frutas y vegetales), sean incluidas en la propia dieta o como suplemento farmacológico, puede en muchos casos ser suficiente para una regulación aceptable del intestino, sobre todo si ello se acompaña de técnicas de educación.

2. Técnicas de educación sociocultural. Buscar la misma hora para las deposiciones, tomarse el tiempo que haga falta, intentar evitar situaciones de estrés y practicar ejercicio todos los días, aunque sólo sea caminar, ayuda a combatir el estreñimiento.

3. Laxantes. Existen laxantes de lo más variado y con resultados impredecibles en muchas ocasiones,

con respuestas distintas en diferentes pacientes, pero con una cierta efectividad solos o en combinación con otras medidas (ver tabla).

4. Técnicas quirúrgicas, cuando son necesarias, como en caso de hipotonía colónica grave.

5. Tratamiento de la enfermedad causal, cuando se trata de un estreñimiento secundario por enfermedad o medicamentos.

6. El caso de las embarazadas merece un capítulo aparte.

ESTREÑIMIENTO Y EMBARAZO

Durante los meses de embarazo, la mayoría de las mujeres sufren estreñimiento, debido a un enlentecimiento de los movimientos intestinales. Se trata de un estreñimiento agudo, que suele desaparecer

Diversidad de laxantes

1. Agentes formadores de masa

- Mecanismo de acción: Aumentan el volumen de las heces absorbiendo agua. Incrementan el bolo intestinal y estimulan el peristaltismo
- Efectos secundarios: Distensión abdominal, flatulencia, obstrucción intestinal. Pueden interferir con la absorción de iones de calcio o hierro. Contraindicados en diverticulitis, obstrucción intestinal, hernia de hiato, alergia al gluten
- Inicio de acción: 12-24 h
- Sustancias:
 - Salvado de trigo: Tratamiento de primera elección con agua abundante. Profilaxis; 6 g/día. Tratamiento: 20-30 g/día
 - Metilcelulosa: Pacientes que no toleren el salvado. Puede usarse en gestantes. Dosis de 1,5-6 g/día
 - Plántago ovata: Útil en gestantes. Dosis de 3,5-7 g en ayunas con 2 vasos de agua
 - Otros: ispágula, goma baraya

2. Laxantes por vía rectal

- Mecanismo de acción: Ablandan las heces y las lubrican. Provocan un peristaltismo suave
- Efectos secundarios: Raros. A veces, escozor o irritación anal
- Inicio de acción: Casi inmediato
- Sustancias:
 - Supositorios de glicerina (Rovi®): Tratamiento de corta duración. Útil en colon catártico secundario a laxantes. Mujeres gestantes. Tratamiento: 1 supositorio/día
 - Enema Casen: Tratamiento puntual del estreñimiento. Dosis de 1 enema de 140-250 mL/día
 - Micralax: Tratamiento puntual del estreñimiento. Dosis de 1 canuleta/día

3. Laxantes emolientes

- Mecanismo de acción: Hidratan y ablandan las heces
- Efectos secundarios: Pueden causar tolerancia y dependencia, sabor amargo, náuseas. No utilizar en pacientes con cuadro abdominal desconocido, ni en pacientes encamados
- Inicio de acción: 24-48 h
- Sustancias:
 - Docusato sódico: Tratamientos cortos. Posible uso en embarazadas. Tratamiento: 20-250 mg/día al acostarse
 - Parafina: Tratamientos cortos. Posible uso en embarazadas. Dosis de 15 mL/12 h

4. Laxantes osmóticos-salinos

- Mecanismo de acción: Actúan por ósmosis
- Efectos secundarios: Desequilibrio electrolítico, deshidratación en insuficiencia renal. Contraindicados en insuficiencia renal y pacientes encamados
- Inicio de acción: 1-3 h
- Sustancias:
 - Hidróxido, citrato o sulfato de magnesio. En exploraciones o cirugía. Uso: 15 mg en 250 mL de agua

5. Laxantes osmóticos-derivados de azúcares

- Mecanismo de acción: efecto osmótico. Estimulan la motilidad del colon
- Efectos secundarios: flatulencia, molestias gastrointestinales, diarrea
- Inicio de acción: 2-48 h
- Sustancias:
 - Lactitol: En ancianos con fibra insuficiente. Dosis de 10-20 g/24 h
 - Lactulosa: Con precaución en embarazadas. Precaución en diabetes. Dosis de 15-30 mL/24 h

6. Laxantes estimulantes

- Mecanismo de acción: actúan en el plexo mientérico estimulando la peristalsis. Efecto secretor
- Efectos secundarios: dolor abdominal, trastornos electrolíticos, colon catártico
- Inicio de acción: 0,25-1 h/6-12 h
- Sustancias:
 - Sen: Estreñimiento transitorio. Dosis de 18-36 mg/día
 - Bisacodilo: Estreñimiento transitorio. Dosis: 5-10 mg/día
 - Fenoltaleína: Estreñimiento transitorio. Dosis: 90 mg/día
 - Aceite de ricino: Estreñimiento transitorio. Dosis: 15-45 mL 16 h antes de diagnóstico o cirugía
 - Otros: álora, frángula, cáscara sagrada, ruibarbo

7. Procinéticos

- Mecanismo de acción: estimulan la actividad motora intestinal
- Efectos secundarios: flatulencia
- Inicio de acción: 12-24 h
- Sustancias:
 - Cisaprida: Para disminuir el consumo de otros laxantes. Dosis de 5-10 mg/8 h



con el parto o poco después de la lactancia, pero que puede resultar muy molesto para la mujer que lo padece.

La primera causa de este enlentecimiento de las ondas peristálticas es el propio mecanismo de defensa que adopta el organismo ante una situación en la que el útero gestante está cercano al intestino y debe ser protegido de cualquier molestia. Además, cabe señalar la presión que ejerce un útero que crece cada día.

Otra causa la constituyen las alteraciones hormonales que se producen durante el embarazo y que afectan a la motilidad del intestino: por una parte, la motilina, que es una hormona producida por el propio intestino y que estimula el peristaltismo, se encuentra disminuida; y por otra parte, la progesterona, que es responsable, además, de otras alteraciones digestivas.

Si a esto se añade una alimentación inadecuada (poca fibra, poca agua), afecciones como hemorroides o fisuras y alteraciones emocionales, el establecimiento del estreñimiento será casi seguro.

Cómo tratar el estreñimiento de la embarazada

Debemos ser conscientes, sobre todo, de que nos hallamos ante una mujer que lleva un feto dentro y que los métodos que utilicemos para tratar ese estreñimiento pueden dañar al feto. Por eso, en este caso ha de primar más que nunca el *primum non nocere* del juramento hipocrático.

a. Medidas dietéticas. Aumentar el consumo de forma paliativa de alimentos con gran contenido de fibra de origen vegetal, verduras, frutas, legumbres; pasta e hidratos de carbono, a poder ser, integrales; limitar el consumo de arroz y embutidos; beber líquidos de forma abundante (hasta 2 litros diarios de agua, leche, zumos...).

b. Medidas higiénicas. Acostumbrar el intestino a evacuar a la misma hora. Regular las horas de las comidas. Dar paseos de 30-40 minutos. Practicar ejercicios dirigidos.

c. Si el problema no se resuelve con los métodos anteriores, pueden utilizarse laxantes, con el consejo del médico. Están contraindicados los laxantes que contienen aceite de ricino, los aceites minerales orales y los laxantes salinos.

Pueden emplearse los laxantes emolientes y azúcares osmóticos. Como ocurre en los estreñimientos ocasionales, la aplicación de microenemas de soluciones sódicas o supositorios de glicerina pueden ser la solución más rápida y efectiva, sin que haya que temer efectos secundarios para la madre o el feto.

BIBLIOGRAFÍA

Bilik SE. The trainer's bible. Nueva York: Athletic Trainer's Supply, 1928; 88.

Bouchard C. Lectures on auto-intoxication in disease or self-poisoning of the individual. Filadelfia: Davis, 1906; 15.

Burkitt D, Painter N. Gastrointestinal transit times; stool

weights and consistency; intraluminal pressures. En: Burkitt DP, Trowell HC, eds. Refined carbohydrate foods and disease: some implications of dietary fibre. Londres: Academic, 1975; 69-84.

Catálogo de Especialidades Farmacéuticas de 2001 del Consejo General de Farmacéuticos.

Chaussade y cols. Determination of total and segmental colonic transit time in constipated patients. Results in 91 patients with a new simplified method. Dig Dis Sci 1989; 34: 1.168-1.172.

DARE. NHS Centre for reviews and dissemination. The treatment of chronic constipation in adults: a systematic review. 1997. Resumen 970266.

Drossman DA y cols. US householder survey of functional gastrointestinal disorders. Dig Dis Sci 1993; 38: 1.569-1.580.

Eastwood MA y cols. Fecal weight and composition, serum lipids, and diet among subjects 18-80 years not seeking healthcare. Am J Clin Nutr 1984; 40: 628-634.

Ebbell BB, ed. The Papyrus Ebers. Copenhagen: Levin and Munksgaard, 1937; 30-32.

Gil MI. Estreñimiento crónico. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: SEMFYC, 1998; 606-610.

Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. The Cochrane Library, Issue 4, 2001.

Lieutaud J. Synopsis of the practice of medicine. Filadelfia: Parker, 1816; 21.

Locke GR III, Pemberton JH, Phillips SF. AGA technical review on constipation. Gastroenterology 2000; 119: 1.766-1.778.

Locke GR III. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in North America. Gastroenterol Clin North Am 1996; 25: 1-19.

Medicamentos en embarazo, madres lactantes, niños y ancianos. Madrid: Consejo General de Farmacéuticos.

Minués Pérez M, Mora Miguel F, Pascual Moreno I, Benages Martínez A. Tratamiento del estreñimiento. Medicine 2000; 8(7): 337-343.

Pascual Moreno I y cols. Protocolo diagnóstico de la alteración del ritmo defecatorio. Medicine 2000; 8(7): 355-359.

Pelta R, Vivas E. Reacciones adversas medicamentosas. Barcelona: Ed. Díaz de Santos.

Pérez Hernández CA. Estreñimiento agudo. Guías de actuación en atención primaria. SEMFYC, 1998.

Root HK. The people's medical lighthouse. Nueva York: Ranney, 1856; 114.