

**ESTREÑIMIENTO**

# ***HABITO INTESTINAL NORMAL***

Defecación indolora, que no requiere de un esfuerzo

excesivo y se acompaña de sensación de evacuación rectal completa.

Ritmo deposicional normal: 3-21 evacuaciones por semana, promedio 5/semana. Oscila entre tres deposiciones al día y tres por semana

# ***DEFINICION***

Evacuación de heces excesivamente secas, escasas o infrecuentes (menos de tres evacuaciones/semana)

Defecación insatisfactoria:

defecación dolorosa

requiere un esfuerzo excesivo

sensación de evacuación incompleta

# ***ETIOLOGIA (I)***

## **Causas que interfieren el llenado del recto**

Cancer colorrectal

estenosis de colon: diverticulitis, isquemia, radiación

síndrome del intestino irritable

alteración 1ª motilidad colónica o forma idiopática (\*)

enfermedades metabólicas: diabetes, hipotiroidismo,  
hipercalc.

dieta inapropiada: pobre en fibra

fármacos: analgésicos, opiáceos, antidepresivos, Fe

# ***ETIOLOGIA (II)***

## **Causas que interfieren en el vaciado del recto**

cáncer anorrectal

estenosis anales

lesión anal dolorosa: fisura, abscesos

alteración del reflejo de la defecación:

- disinergia rectoesfinteriana o anismo
- lesiones del SNC
- debilidad muscular (obesidad, multiparidad, senilidad)
- psicopatías (demencia, depresión, psicosis, anorexia)

# COMPLICACIONES

## Genitourinarias

infecciones urinarias  
nicturia  
enuresis

incontinencia de esfuerzo  
micción imperiosa  
reflujo v-ureteral  
vaginismo  
anorgasmia

## Digestivas

incontinencia fecal

## Mama

cáncer de mama  
(↑ incidencia)

## Locales

fecalomas

oclusión

ulceras

hemorragia

# ***ESTREÑIMIENTO Y PSIQUE***

Estreñimiento crónico idiopático asociado a:

somatización

ansiedad

depresión

hipocondría

histeria

problemas psicosexuales

trastornos de personalidad

infancia perturbada

# *TRATAMIENTO (I)*

Enfoque naturista  
Enfoque farmacológico  
Otros enfoques

# ***TRATAMIENTO (II)***

## **Enfoque naturista**

Fibra dietética (prebióticos)

Agua / líquidos

Probióticos

Ejercicio físico

# ***TRATAMIENTO (III)***

## **Enfoque farmacológico:**

Procinéticos: cinitaprida

Laxantes: ag. emolientes: parafina

ag. lubricantes: aceite mineral, glicerina

ag. salinos: sulfato de magnesio, fosfatos

ag. estimulantes: bisacodilo

ag. hiperosmóticos: lactulosa y lactitol

ag. formadores de volumen: psyllium

Enemas: agua tibia, agua jabonosa, comerciales

# *TRATAMIENTO (IV)*

Enfoque conductista

Biorretroalimentación

Enfoque psicológico

# DIARRHEA

# DEFINICION

- Incremento del número habitual de deposiciones en un sujeto dado, las cuales normalmente aumentan de peso y en frecuencia, a la vez que disminuye su consistencia.
- Exceso de pérdida de agua por secreción de la misma o inhibición de su absorción.
- La forma aguda (gastroenteritis o enterocolitis) se caracteriza por un comienzo brusco y duración corta, inferior a tres semanas.

# CLASIFICACION FISIOPATOLOGICA

- D. osmótica
- D. secretora
- D. motora
- D. exudativa o inflamatoria
- D. mixta

# ***DIARREA OSMOTICA***

- Concentración intraluminal de solutos que atraen agua
- Alto volumen de las heces
- Osmolaridad “ “ “ elevada
- Electrolitos fecales normales
- Cesa siempre tras el ayuno
- pH ácido de las heces (irritación perianal)
- Ejemplo: déficit de lactasa

# ***DIARREA SECRETORA***

- Secreción hidroelectrolítica aumentada con mucosa normal
- Alto volumen de heces líquidas
- Osmolaridad fecal baja
- Contenido aumentado de electrolitos
- Persiste a pesar del ayuno
- pH fecal neutro (no irritantes)
- Ejemplo: gastroenteritis enterotoxigénicas

# ***DIARREA MOTORA***

- Volumen de heces moderado
- Reflejo gastrocólico exaltado o no
- No hay pérdida de electrolitos
- No hay repercusión ponderal
- Ejemplo: síndrome de intestino irritable (hipermotilidad)  
diabetes mellitus (hipomotilidad)

# ***DIARREA EXUDATIVA***

- Pérdida de la integridad anatómica de la mucosa intestinal
- Déficit de absorción de nutrientes
- Escape de agua, electrolitos, proteínas, moco, leucocitos, etc.
- Ejemplos: infecciones enteroinvasivas  
enfermedad inflamatoria intestinal

# ETIOLOGIA (I)

- *Agentes infecciosos (50-80%)*

Bacterias: enterotoxigénicas: E. coli, V. Cholera, Cl. perfringens, Staphyl. aureus

enteroinvasivas: Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter, E. Coli, Cl. diff

Virus: agente Norwalk, rotavirus, adenovirus

Parásitos: Entamoeba, Giardia, Cryptosporidium

Hongos: Cándidas, Histoplasma

## ETIOLOGIA (II)

- *Fármacos:*

Antibióticos: ampicilina, amoxicilina, cefalosporina  
lincomicina, clindamicina, neomicina

Antiácidos: magnesio

Laxantes: lactulosa

Digital, quinidina, propranolol, diuréticos

Tiroxina

Quimioterápicos

Otros: salicilatos, colchicina

# CLINICA

- Diarrea, náuseas, vómitos, fiebre y dolor abdominal= DA inf.
- Diarrea con náuseas y vómitos, sin fiebre= enterotoxinas
- Diarrea con dolor difuso, leve, retortijón= enterotoxinas
- Dolor abdominal severo y fiebre alta= inf. enteroinvasiva
- Grandes volúmenes de heces líquidas blanquecinas= cólera
- Tenesmo, fiebre, deposición mucosanguinolenta= shigelosis
- Toxiinfección alimentaria (aves, huevos, lácteos) en ambiente epidémico= salmonelosis
- Cuadro simulando apendicitis aguda (ileitis )= yersiniosis
- Brotes epidémicos en niños > 3 años= virus Norwalk
  - “ “ “ < “ = rotavirus
- Visita a países subdesarrollados y cálidos= diarrea viajero

# LOCALIZACION

	<b>I. delgado</b>	<b>I. grueso</b>
Dolor	periumbilical	abdomen inferior
Aspecto heces	acuosas	pastosas
Volumen	grande	pequeño
Sangre en heces	raro	frecuente
Leucocitos	raro	frecuente
Sigmoidoscopia	normal	enferm. inflamat.
Gérmenes	E. coli Virus V. cholera	Salmonella Shigella Campylobacter

# HISTORIA CLINICA

- Características de las deposiciones
- Presencia de fiebre y dolor abdominal
- Existencia de moco/sangre/pus en las heces
- Viajes al extranjero
- Alimentos ingeridos
- Medicamentos consumidos

# EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Analítica: hemograma; iones, urea - creatinina; pH
- Coprocultivo si hay deshidratación, fiebre, sangre y un cuadro intenso / prolongado
- Parásitos fecales en caso de viajes y zonas endemia
- Leucocitos fecales:
  - presentes: infecciones enteroinvasivas
  - ausentes: infecciones enterotoxigénicas
- Rectosigmoidoscopia si los signos/síntomas orientan hacia el colon

# INGRESO HOSPITALARIO

## Indicaciones

Signos de deshidratación

Vómitos repetidos refractarios

Edades extremas

Enfermedades asociadas graves

Trastorno electrolítico y del pH

Fallo renal

# TRATAMIENTO

## Objetivos

- (1) Mantener un buen estado de hidratación
- (2) Fármacos antidiarreicos
- (3) Antibióticos

# CORRECTA HIDRATACION

- Cuadros leves: líquidos orales (pocos y frecuentes)
- Cuadros moderados: solución para rehidratación oral (O.M.S.)
  - 20 grs. de glucosa
  - 3.5 grs. de ClNa                      por litro de
  - 1.5 grs. de ClK                        agua
  - 2.5 grs de CO<sub>3</sub>HNa
- Cuadros graves: rehidratación i.v. con s. fisiológico o Ringer Lactato y dieta absoluta (ingreso hospital)
- Evitar frutas, verduras, lácteos, grasas, alcohol
- Reinstauración de sólidos a base de arroz, patatas, zanahoria, membrillo, caqui, pan tostado

# ANTIDIARREICOS

- Fármacos que inhiben la motilidad intestinal:
  - codeína, loperamida, difenoxilato
  - Indicados cuando hay gran núm. de deposiciones e intenso dolor abdominal
  - Evitar en niños y en cuadros disenteriformes para que se puedan eliminar los gérmenes por las heces.
- Fármaco que aumenta la absorción intestinal:
  - rocecadotriilo (niños)

# ANTIBIOTICOS (I)

## Indicaciones

- 1) Edades extremas de la vida (niños y ancianos)
- 2) Síntomas intensos y prolongados
- 3) Enfermos con prótesis (vasculares, valvulares)
- 4) Pacientes inmunodeprimidos
- 5) Pacientes con enfermedades asociadas graves

# ANTIBIOTICOS

<b>Germen</b>	<b>Antibiótico</b>	<b>Posología</b>	<b>Tiempo</b>
E. Coli	Amoxicilina	50 mg/Kgr	5 días
V. Cholera	Tetraciclinas	500 mgr/6 h	2 días
Yersinia	Tetraciclinas	250 mgr/6h	7 días
Shigella	Ciprofloxacino	500 mgr/12 h	5 días
Campylob.	Eritromicina	250 mgr/6h	5 días
Cl. diffic	Vancomicina	500 mgr/6h	10 días