

Manejo del Problema de Constipación en la Consulta

INTRODUCCIÓN: La constipación es un Síntoma inespecífico, sujeto a interpretaciones variables por parte de la comunidad y los profesionales. Debe ser investigada y tratada adecuadamente, tanto por sus implicancias clínicas como económicas: frecuente automedicación y abuso de laxantes, posibilidad de patología subyacente y alto costo económico.

OBJETIVO: El médico de atención primaria debe ser capaz de detectar la patología subyacente y aliviar los síntomas a los pacientes sin lesión orgánica, derivando en forma oportuna aquellos casos que requieren tanto evaluación como manejo especializado.

COMENTARIO: El presente artículo pretende reunir los elementos más importantes a considerar, por el profesional y equipo de salud de atención primaria, en el abordaje de una persona que sufre de constipación. Se muestra un abordaje gradual en que simultáneamente se evalúa de acuerdo a cuadros más frecuentes y de mayor gravedad.

Dr. Jaime Contreras P.

*Coloproctólogo,
Docente Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.*

Dra. Verónica Rojas V.

*Médico Familiar.
Centro de Salud Familiar
San Joaquín de la P. U. Católica
de Chile.
Departamento de Atención
Primaria, Servicio de Salud
O Higgins, VIª Región.*

ANTECEDENTES GENERALES

Se define como la eliminación de deposiciones duras, pequeñas y de difícil expulsión con sensación de evacuación incompleta. Un elemento clínico más objetivo, asociado a los anteriores, es la frecuencia defecatoria por semana; se considera constipación menos de 5 veces en el hombre y menos de 3 veces en la mujer.

La prevalencia de este problema es desconocida, sin embargo es uno de los tres síntomas gastrointestinales más frecuentes en la población general. Por otro lado, se estima que el 6% de la población sufre de constipación indolora, lo que aumenta al 20% en mayores de 60 años.

FISIOLOGÍA DE LA DEFECACIÓN

El colon recibe un volumen de contenido intestinal que varía según la cantidad de fibra de la dieta, éste progresa a una

velocidad tal que permite la absorción del exceso de agua, de electrolitos y de algunos nutrientes, formándose el bolo fecal, cada vez más espeso. El bolo fecal queda finalmente retenido en el sigmoides, de donde se vacía una o dos veces al día hacia el recto, el que en condiciones de reposo se encuentra vacío. Cuando llega al recto una cantidad suficiente de deposiciones, su pared se distiende y se produce el reflejo rectoanal o recto-esfinteriano (*aumento de la actividad propulsiva rectal y relajación del esfínter anal interno*) que hace descender las heces al canal anal. Sucesivamente, el individuo pasa de la sensación de plenitud rectal a la urgencia defecatoria. En este momento intervienen mecanismos voluntarios que pueden, por un lado ayudar al proceso mediante la relajación de la musculatura del piso pelviano y del esfínter anal externo, y mediante el aumento de la presión abdominal, por contracción del diafragma y de los músculos de la pared del abdomen; y por otro, inhibir el proceso mediante la contrac-

ción del esfínter anal externo y los músculos del piso pelviano, con lo que se ocluye el canal anal, ascienden las deposiciones, el recto se relaja acomodándose a este nuevo volumen, y desaparece el deseo de defecar, hasta que se produce un nuevo incremento de la masa fecal. Si la defecación se impide voluntariamente en forma repetida, el recto se hace más tolerante al contenido de las deposiciones, disminuye su capacidad propulsiva y aumenta el umbral que genera el reflejo recto-anal.

En resumen, para que se produzcan evacuaciones normales, es necesario que se cumplan varias condiciones: 1) Debe existir un volumen adecuado de materia fecal, que estimule la actividad propulsiva del colon y recto. 2) Debe existir una normalidad anatómica y de la función motriz del colon y del recto, que permitan un transporte eficiente del bolo fecal. 3) Debe producirse un funcionamiento correcto del reflejo recto-esfinteriano. 4) Por último, es fundamental la participación voluntaria del individuo, que ayude en el momento de la expulsión fecal.

CONSIDERACIONES FISIOPATOLÓGICAS

En atención a las condiciones señaladas en el párrafo anterior, los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la constipación están a nivel de:

- Fallas en la dieta y hábitos.
- Alteración del tránsito colónico (*colon y recto*) por causa anatómica o funcional.
- Alteración de la función anorrectal (*falla de la relajación o inadecuada contracción de la musculatura del piso pélvico o esfínter anal*).
- Condiciones que alteren los mecanis-

mos voluntarios en la fase final de la evacuación.

- Factores predisponentes que actúan en cualquiera de las fases del proceso como edad avanzada, inmovilización, embarazo.

Falla en la dieta y hábitos

- a. Dieta pobre en residuos
- b. Alimentos astringentes (*provocan deposiciones duras*): carnes rojas, arroz, pan tostado, canela, manzana, quesos maduros, chocolates y derivados, masas en general
- c. Sedentarismo, inmovilización (*hospitalización*)
- d. Baja ingesta de líquidos
- e. Baja ingesta calórica (*importante en ancianos*)
- f. Pérdida de horarios, postergación voluntaria de la evacuación
- g. Abuso de laxantes
- h. Masticación inadecuada que obliga a dieta blanda (*importante en ancianos*)

Lesiones estructurales del colon, recto o canal anal

- a. Colon: neoplasias, inflamación (*diverticulitis, enf. de Crohn, adherencias*), lesiones intermitentes (*vólvulo, hernia, invaginación, endometriosis*)
- b. Recto: neoplasias, inflamación, rectocele, prolapso rectal
- c. Ano: estenosis tumorales, inflamatorias, congénitas; fisuras, abscesos, hemorroides complicadas

Alteraciones funcionales

- a. Alteración de la motilidad del colon: Tránsito lento idiopático, colon irritable, megacolon y megarecto idiopático
- b. Trastornos metabólicos: hipotiroidismo, uremia, diabetes mellitus, estados hipercalcémicos, porfirias,

hipopotasemia

- c. Trastornos neurológicos: Aganglionosis (*Hirschprung, Chagas*), lesiones espinales (*esclerosis múltiple, paraplejías, tumores*), alteraciones del SNC (*Parkinson, tumores*)
- d. Mesenquimopatías: esclerodermia, enfermedad mixta del tejido conectivo
- e. Trastornos neuromusculares hereditarios (*pseudobstrucción crónica idiopática*)

Alteraciones Psiquiátricas

- a. Trastornos depresivos
- b. Trastornos de ansiedad (*Fobias, situaciones de estrés*)
- c. Anorexia nerviosa

Fármacos

- a. Cationes: Hierro, calcio, aluminio
- b. Anticolinérgicos: antiespasmódicos, antidepresivos tricíclicos, antiescóticos y antiparkinsonianos
- c. Opiáceos
- d. Anticonvulsivantes
- e. Antagonistas del calcio
- f. Colestiramina
- g. Bloqueadores ganglionares

DIAGNÓSTICO

Historia:

A través de una cuidadosa historia clínica es necesario objetivar el síntoma y definir cuándo y en qué circunstancias la constipación se convirtió en un problema:

- la constipación simple es generalmente asintomática, puede producirse dolor abdominal, meteorismo y náuseas como consecuencia de uso de laxantes o enemas evacuantes, más que por acumulación de materia fecal en colon izquierdo.
- el inicio agudo debe llevar a buscar organicidad en edades media y ma-

yor, especialmente cáncer de colon. En niños se asocia con frecuencia a cambios bruscos en el hábito de alimentación, enfermedades febriles, lesiones anorrectales (*fisuras, erosiones*) o reposo prolongado en cama.

- un curso crónico desde la adolescencia o adulto joven sin cambios recientes orienta hacia funcional, 90-95% no es posible identificar una causa orgánica subyacente.

Además es necesario preguntar por:

- Hábito alimentario respecto a calidad, cantidad y horario
- Hábito de evacuación intestinal, horarios, factores estresantes que lo inhiben, calidad del baño disponible
- Historia psicossocial
- Síntomas asociados que puedan sugerir organicidad y ser sugerentes de enfermedades sistémicas que se acompañen de constipación: rectorragia, dolor, baja de peso, otros sistemas afectados
- Uso de fármacos: Laxantes, tienen efectos colaterales importantes que pueden aumentar la constipación; drogas constipantes
- Antecedentes de cirugía anal o abdominal
- Antecedentes demográficos y de vectores (*vinchuca*)

Examen físico:

El examen físico debe ser cuidadoso y completo, orientado a evaluar:

- estado nutricional
- calidad de la dentadura
- signos de enfermedades sistémicas
- calidad de musculatura que interviene en la defecación

directamente:

- periné
- elevador del ano (maniobra de Hurst, en que siendo normal que

al pujar el ano se retraiga y desplace a anterior, lo hace hacia atrás y desciende el periné)

- tonicidad del esfínter anal

indirectamente:

- diafragma (*enfisema pulmonar*) y pared abdominal
- masas abdominales, signos de lucha intestinal, ruidos hidroaéreos
- exámen de la zona anorrectal en busca de fisuras, prolapso, impactación fecal, etc. o consecuencias de la constipación.

DECISIÓN DE ESTUDIO COMPLEMENTARIO

En los casos crónicos, si luego de la historia no hay una sospecha de organicidad, se sugiere condicionar el estudio de laboratorio a la respuesta al tratamiento médico.

Inicialmente, será necesario según la orientación de la historia realizar estudio de condiciones generales con TSH, glicemia, calcemia, potasemia; en pacientes mayores en que existe la posibilidad de neoplasia: hemograma, VHS y test de hemorragias ocultas.

Para el estudio de la anatomía colorectal comenzar con enema baritado o colonoscopia según la sospecha clínica, están indicados en los casos donde se sospecha organicidad.

Otros estudios más específicos serían de resorte del especialista del área, para pacientes con constipación severa que no responden a medidas terapéuticas, como estudios de función colónica y anorectal:

- tránsito colónico con marcadores radio-opacos
- manometría anorectal
- estudios cinéticos rectocólicos
- electromiografía para estudio del esfínter externo.

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento son regularizar la frecuencia defecatoria y normalizar la consistencia de las heces.

La terapia es individual y compleja, lo más difícil puede ser cortar el círculo vicioso constipación / abuso de laxantes, puesto que ellos hacen una adicción difícil de vencer.

Se debe ser cuidadoso en crear expectativas al paciente sobre alivio total y permanente de las molestias y sobre la frecuencia de evacuación, ya que esto podría hacer más difícil cortar el círculo constipación/abuso de laxantes.

Se deben derribar los mitos y dar instrucción respecto a que una evacuación diaria no es esencial para la buena salud y que el movimiento intestinal depende de los hábitos de vida y alimentación y que, por lo tanto, la «Regularidad» difiere de persona a persona. Al respecto, conviene insistir que el obrar una deposición normal, sin dolor, 1 o 2 veces por semana NO constituye constipación.

Re-educación:

1. Recuperar el deseo fisiológico de la evacuación, estableciendo un tiempo para la defecación (*después del desayuno en que la motilidad colónica espontánea es mayor*), visitando el baño 5-10 minutos sin interrupciones ni distracciones (*revistas*), evitando el pujo. Además, ayuda el realizar actividad física regular.
2. Tratamiento de modificación conductual mediante retroalimentación (*biofeedback*) manométrico, es una técnica de uso restringido y alto costo en nuestro medio (*de resorte de especialidad*). Se realiza con el mismo equipo utilizado con fines diagnósticos y busca mejorar la sensibilidad de percepción rectal, y enseñar a evitar

la contracción paradójica del esfínter anal externo.

- Entrega de recomendaciones generales, beneficios y plazos del tratamiento por escrito. Incorporar también orientaciones sobre qué hacer en casa y cuándo consultar.

Dieta :

Debe ser rica en fibra y evitando alimentos constipantes, adecuada ingesta de líquidos (*mínimo 1,5 lt/día*). Los cambios en la dieta deben ser lentos para darle tiempo al sistema digestivo a adaptarse. Se recomienda consumo diario de 30 a 40 gr. de fibra al día, ya sea en la dieta o adicional. A modo de ejemplo, el contenido de fibra en la dieta promedio occidental es de 25 gr/día, procedente de: cereales 10 gr, papas 7 gr, vegetales 6 gr, frutas 2gr, por lo que se recomienda agregar pan integral y avena cruda al desayuno.

Algunos suplementos de fibra son: salvado de trigo (*barato*), dosis profiláctica inicial 6-10 gr/día y la terapéutica de 20-30 gr/día; y preparados de fibra comercial hidrofílica, como el psyllium, que actúan aumentando al volumen de las deposiciones y acelerando el tránsito colónico, con escasos efectos colaterales. Ambos tipos de fibras deben ingerirse diluídos previamente en agua o jugo.

Cese uso de laxantes:

La mayoría de los laxantes no debe usarse en forma crónica debido a sus efectos adversos (*anexo 1*), en personas que los usan la recuperación del movimiento intestinal espontáneo puede demorar 4 a 6 semanas. Habitualmente no son necesarios si se hacen los cambios a la dieta, lo que forma un hábito intestinal adecuado; no está demostrada su utilidad como profiláctico en adultos mayores ni en reposo prolongado, eventualmente

pueden usarse agentes hiperosmolares (*lactulosa, sorbitol*) o enemas evacuantes en fases iniciales en que no responden a medidas dietéticas.

Uso de fármacos con acción procinética:

La cisaprida en dosis de 40 mg/día, actúa en el colon normalizando los reflejos de la relajación y de la defecación, probablemente por la liberación de acetilcolina en los plexos mioentéricos. Cabe señalar que recientemente ha sido prohibido su uso en EEUU por desencadenar arritmias graves, sobre todo en pacientes de edad avanzada. Por lo tanto, este medicamento debe ser usado con precaución y preferentemente en pacientes jóvenes.

Con estas medidas terapéuticas se corrigen la mayoría de los casos, lo que traduce la ausencia de una patología intrínseca del colon y apunta a los malos hábitos dietéticos que caracterizan a estos pacientes.

Un paciente con constipación que no responde a un tratamiento adecuado debe ser derivado para estudio y tratamiento más específico considerando la posibilidad de cirugía. Entre los procedimientos disponibles están la esfínteromioectomía en el Hirschsprung de segmento ultracorto y la colectomía total en casos de inercia colónica. Los resultados de la cirugía están directamente relacionados con la selección de los pacientes.

ANEXO 1

TIPOS DE LAXANTES DISPONIBLES EN EL MERCADO Y EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DEL USO CRÓNICO

1.- Estimulantes de la motilidad colónica: actúan sobre la motilidad y

la absorción de agua y electrolitos. Una proporción se absorbe y se metaboliza en el hígado, una dosis habitual puede excretar una cantidad por la leche que puede afectar al lactante. Produce una evacuación completa 6 hr. después de su ingesta, puede producir dolor abdominal intenso.

Su uso crónico puede llevar a degeneración del plexo mioentérico del colon con lo que se inhibe la motilidad espontánea «colon catártico». Produce la acumulación reversible de melanina en la mucosa del colon «melanosis coli», cede 4 a 12 meses después de suspender el fármaco.

a) Difenilmetanos:

- Fenolftaleína (*Ciruelac, Correctol, Erbalax*)
- Bisacodilo (*Alsylax, Laxogeno*)

b) Antraquinonas:

- Dantrón (*Modane*)
- Sen (*Si-lax, Bilaxil, Naturlax, Tamarine o té laxante*)
- Cáscara sagrada (*Vel-o-lax*)

c) Aceite de Recino (*Rotricin, Aceite de Recino*): efecto rápido (*2-6hr*) e intenso pudiendo producir cólicos y deshidratación con alteración electrolítica.

d) Docusatos (*Vel-o-lax*): promocionado para hidratar y ablandar las deposiciones (*efecto logrado en 1-3 días*), altera la absorción de agua y electrolitos como otros estimulantes. Puede aumentar la absorción intestinal de otras drogas administradas simultáneamente y producir hepatotoxicidad.

e) Poloxámeros (*poloxacol*): efecto semejante al anterior que se logra en 3-5 días.

f) **Ácido Dehidrocólico:** tiene un efecto semejante al anterior.

2.- **Emolientes:** ablandan las heces, interfieren en absorción de vitaminas liposolubles (A,D,E,K) por lo que no se deben usar en forma crónica, pueden interactuar con drogas anticoagulantes y se deben evitar en situaciones de riesgo de aspiración. Frecuentemente se presentan en preparaciones con fenolftaleína y en enemas.

a) **Aceites minerales y vaselina** (Agarol, Lansoil, Laxonarol, Fleet aceite mineral enema). La vaselina puede encontrarse en forma pura.

3.- **Laxantes salinos:** evitar riesgo de desequilibrio electrolítico en pacientes con enfermedad renal.

a) **Sales de Magnesio** (*leche de magnesia*): 15 gr produce una evacuación semilíquida en 3 horas.

b) **Fosfato, sulfato y tartrato de sodio o potasio** (*Laxoberal* y en enemas *Rilaxin, Fleet fosfo-soda*)

4.- **Hiperosmolares:** soluciones de polietilenglycol y azúcares no absorbibles

a) **Lactulosa** (*Lactulosa*): demora varios días en actuar, tiene alto costo. También tiene efectos sobre la motilidad intestinal.

b) **Sorbital:** también demora varios días y alto costo, tiene efecto osmótico administrado vía rectal.

c) **Glicerina** (*Agarol, Fleet enema glicerina*)

5.- **Formadores de volumen:** polisacáridos naturales o sintéticos o derivados de la celulosa que se usan como suplemento de fibra dietaria. Evitar cuando hay problemas anatómicos. Acompañar con abundante líquido. Pueden producir flatulencia como efecto colateral.

a) **Psyllium** (*Metamusil*). Puede encontrarse en preparaciones con agentes estimulantes (*fenolftaleína en Metasilia, derivados del Sen en Bilaxil y Silax*)

b) **Otros:** Metilcelulosa, carboximetil-celulosa sódica, policarbofilo y goma de Karaya (*Esterculia*).

Lectura Seleccionada

1.- «Approach to the patient with constipation». Primary Care Medicine: Office Evaluation and management of the adult patient, 3rd edition, Philadelphia 1995; Capítulo 65:369-72

2.- Contreras J, Bannura G. «Etiología, evaluación y tratamiento del paciente constipado severo». Rev. Med. De Chile 1995;3:138-47

3.- «Constipation». Manual of clinical problems in adult ambulatory care, Edited by Dornbrand L. 3rd edition, Philadelphia 1997:232-35

4.- Zurro M. Manual de Atención Primaria, 3ª Edición, Barcelona 1994; capítulo «Patología gastroenterológica frecuente»

5.- «La salud en casa: Guía práctica de healthwise y Kaiser permanente». USA, 11ª Edición 1998; Capítulo 4:45-46, Capítulo 18:291-292

6.- «Counseling to promote a healthy diet». United States Preventive Service Task Force 1996: 17-18.

7.- Anuario Farmacológico Nacional 1999. Ediciones Alfa Beta. Chile.