



Stop Estreñimiento

Para el **estreñimiento** de todos tus pacientes*

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

STREAMING **12 ABRIL 2018**

Dra. Constanza Ciriza de los Ríos

www.stopestreñimiento.com

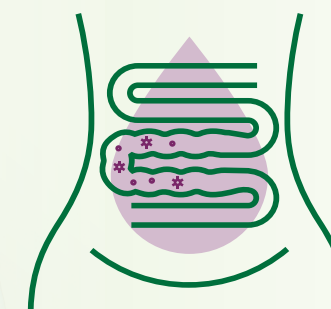
*Ver ficha técnica para contraindicaciones



CASEN
GROUP

CASEN RECORDATI

www.casenrecordati.es



Stop Estreñimiento

Para el **estreñimiento** de todos tus pacientes*

1

¿LOS ENEMAS JUEGAN ALGÚN PAPEL EN EL MANEJO DE ESTOS PACIENTES?

Los enemas son esenciales en el tratamiento del estreñimiento complicado con impactación fecal, en algunos casos de defecación disinérgica o por dificultad a la salida y como complemento de otras medidas terapéuticas en casos de estreñimiento grave con importante alteración del tránsito intestinal para conseguir la limpieza del colon distal. La evidencia científica respecto al tipo de enema que se debe utilizar es escasa, aunque la utilización de agua templada, enema de suero salino o algún tipo de sustancia osmótica suele ser lo más frecuente. También hay que tener en cuenta que, dependiendo del tipo de enema, pueden existir mecanismos de acción adicionales. Por ejemplo, los enemas salinos hacen que el agua drene hacia el colon, los de fosfato estimulan la motilidad colónica y los de aceite mineral o emolientes lubrican y ablandan las heces duras.

Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, Cañones P, Júdez J. Guía de Práctica Clínica: Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. Rev Esp Enferm Dig. 2016; 108(6):332-63. doi: 10.17235/reed.2016.4389/2016.

2

¿CUÁL ES EL RIESGO DE HIPERPOTASEMIA CON MACROGOL?

No parece que el tratamiento con PEG a las dosis utilizadas para el tratamiento del estreñimiento crónico funcional (ECF) afecte a la concentración de sodio y potasio, aunque siempre hay que tener en cuenta el estado de hidratación previo del paciente y sus comorbilidades. El PEG es el laxante más seguro en pacientes pluripatológicos y en ancianos. Además, el PEG SIN electrolitos no añade iones como el sodio y el potasio.

Ell C, Fischbach W, Bronisch HJ, et al. Randomized trial of low-volume PEG solution versus standard PEG + electrolytes for bowel cleansing before colonoscopy. Am J Gastroenterol. 2008;103:883-893.

3

¿EL USO CRÓNICO DE SUPOSITORIOS DE GLICERINA PUEDE SER PERJUDICIAL?

Los efectos secundarios de los supositorios de glicerina son poco frecuentes. Los más frecuentes son irritación, escozor o picor anal. Hay que tener precaución en su utilización ante una posible alergia al glicerol. No suele ser un tratamiento que se utilice de forma crónica para el estreñimiento crónico funcional (ECF) en monoterapia. Pueden ser de utilidad, en casos en los que se asocie impactación fecal o defecación disinérgica, igual que ocurre con los enemas combinados con otros tratamientos. Por otra parte, el uso crónico e inadecuado puede generar cierta dependencia en algunos pacientes que tienen la sensación de que no van a poder defecar si no se ponen el supositorio. Por tanto, el uso de este tipo de laxantes debe realizarse únicamente de forma puntual.

Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, Cañones P, Júdez J. Guía de Práctica Clínica: Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. Rev Esp Enferm Dig. 2016; 108(6):332-63. doi: 10.17235/reed.2016.4389/2016

Avalado por GEMD

4

¿LOS LAXANTES SON EFECTIVOS EN EL PACIENTE TRATADO CON OPIÁCEOS?

El tratamiento del estreñimiento en pacientes con tratamiento opioide se fundamenta en tres aspectos que pasan por intentar optimizar la indicación del fármaco opioide, prevenir la aparición del estreñimiento y tratarlo. Para ello se puede iniciar antes o conjuntamente con el fármaco opioide el tratamiento laxante. Generalmente, se comienza con laxantes osmóticos (PEG a dosis variable). En muchas ocasiones hay que recurrir a combinaciones de laxantes. Por ejemplo, PEG con un laxante estimulante (preferiblemente bisacodilo o picosulfato sódico por tener mayor evidencia clínica). Es cierto que sólo un 50 % responden a esta estrategia de tratamiento con laxantes y hay que recurrir a otros fármacos como secretagogos (linaclotida, lubiprostona), procinéticos con acción a nivel del colon como prucaloprida y fármacos antagonistas de los receptores μ periféricos como naloxegol.

Ford AC, Brenner DM, Schoenfel PS. Efficacy of Pharmacological therapies for the treatment of opioid-induced constipation: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterology*. 2013;108:1566-1574

5

¿EN QUÉ CASOS NO DEBEMOS USAR FIBRA?

El uso de fibra soluble como primera medida terapéutica es razonable en cualquier paciente con ECF, siempre que no se sospeche en la evaluación inicial defecación disinérgica o tránsito lento como mecanismos fisiopatológicos. Los pacientes con un tránsito lento no se van a beneficiar de esta medida terapéutica, debido a que ello supondría mover y expulsar una mayor cantidad de materia fecal, lo cual puede incluso aumentar sus síntomas. En pacientes que tienen un estreñimiento por fármacos, tampoco la fibra suele ser eficaz. Por último, en pacientes con SII-estreñimiento, la fibra puede mejorar el estreñimiento, pero no va a ser eficaz en el control del dolor y la distensión abdominal.

Voderholzer WA, Schatke W, Mühlendorfer BE, Klauser AG, Birkner B, Müller-Lissner SA. Clinical response to dietary fiber treatment of chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 1997 Jan;92(1):95-8. Remes Troche JM, Gomez Escudero O, Icaza Chavez ME, Noble Lugo A, Lopez Colombo A, Bielsa MV, et al. [Guidelines for diagnosis and treatment of constipation in Mexico. C) Medical and surgical treatment]. *Rev Gastroenterol Mex*. 2011;76(2):141-54. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, Cañones P, Júdez J. Guía de Práctica Clínica: Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016; 108(6):332-63. doi: 10.17235/reed.2016.4389/2016

6

¿LA LACTULOSA EN PACIENTES CON MORFINA TIENE ALGÚN GRADO DE RECOMENDACIÓN?

A largo plazo requiere un incremento de la dosis por habituación haciendo que no sea coste efectivo. Además, no hay estudios controlados que comparen la eficacia de los diferentes tipos de laxantes en el estreñimiento inducido por morfínicos y en la práctica todos se consideran igualmente eficaces. De forma similar a lo que ocurre en el estreñimiento funcional, se iniciará con laxante osmótico a dosis crecientes. La lactulosa tiene como efecto secundario más importante la flatulencia que provoca dolor abdominal, especialmente a dosis más altas que son las que suelen precisar los pacientes tratados con morfina. Ello hace que se suelen indicar laxantes mejor tolerados como el PEG. En estos pacientes, no es infrecuente que a largo plazo requieran aumentar la dosis del laxante para mantener el efecto terapéutico.

Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J et al. Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(7)CD007570

7

EN CASOS DE LESIÓN MEDULAR, ¿QUÉ LAXANTE SERÍA RECOMENDABLE?

Los pacientes con disfunción neurogénica intestinal secundaria a lesión medular son complejos. Muchas veces asocian estreñimiento con una importante hiposensibilidad rectal, impactación fecal e incontinencia de predominio pasivo. Por ello, si se combinan estreñimiento e incontinencia, el manejo del estreñimiento con laxantes puede resultar difícil.

8

¿TIENE SENTIDO ASOCIAR DOS LAXANTES OSMÓTICOS A LA VEZ?

No parece lógico asociar dos laxantes osmóticos ya que tienen un mecanismo de acción similar para el tratamiento del ECF. Cuando se asocian laxantes por respuesta incompleta a la monoterapia, se suele asociar un laxante osmótico (PEG de elección) con un laxante estimulante como bisacodilo o picosulfato sódico como medicación de rescate.

Si se trata de pacientes ancianos o que puedan presentar comorbilidades, habría que ser muy cuidadosos con el uso de laxantes estimulantes y hacer un adecuado seguimiento del paciente.

9

¿CÓMO PODEMOS DIFERENCIAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA SOLO CON LA ANAMNESIS Y EL TACTO RECTAL, LOS DIFERENTES SUBTIPOS DE ESTREÑIMIENTO?

La historia clínica ya nos puede hacer sospechar el tipo de ECF. Los pacientes con dificultad para la evacuación distal (posible disinergia) suelen referir la necesidad de determinadas posturas para poder defecar, maniobras manuales para favorecer la evacuación y la sensación de tener deseo defecatorio pero con importante dificultad para evacuar las heces. Los pacientes que tienen un tránsito colónico lento (inercia colónica) suelen referir que pueden pasar días o incluso más de una semana sin tener deseo defecatorio.

El tacto rectal es determinante no sólo para palpar causas orgánicas (hemorroides, prolapsos, rectocele, masas rectales, etc.), también para valorar la función esfinteriana. Para ello, habrá que hacer un tacto rectal dinámico invitando al paciente a hacer una maniobra defecatoria. Si lo que se percibe en el TR no es la apertura del canal anal si no una contracción del mismo, al realizar dicha maniobra hay que sospechar disinergia defecatoria. Además, el TR tiene una buena correlación con la manometría anorrectal en el diagnóstico de disinergia.

Tantiphilachiva K, Rao P, Attaluri A, Rao SS. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010;8(11):955-60.

Talley NJ. How to do and interpret a rectal examination in gastroenterology. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(4):820-2

10

¿QUÉ LAXANTE PODEMOS DAR A PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL SEVERA (POR EJEMPLO, CON FILTRADO GLOMERULAR ENTRE 15-30)?

El PEG se puede utilizar en pacientes con insuficiencia renal, preferiblemente sin electrolitos. No estarían indicados otros laxantes como los estimulantes. En estos pacientes habría que valorar muy bien el estado de hidratación previa al tratamiento laxante.

El PEG es un fármaco seguro, con incidencia baja de efectos secundarios de carácter leve, que son bien controlados con ajuste de las dosis, que debe ser estricto en este tipo de pacientes.

Miguel Mínguez, Antonio López Higuera y Javier Júdez. Utilización del polietilenglicol como tratamiento en el estreñimiento funcional y la impactación fecal. *Rev Esp Enferm Dig* 2016.

11

DADO QUE EN EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL EN LA COLONOSCOPIA SUELE SER NORMAL ¿QUÉ VALOR LE DA A LA REALIZACIÓN PREVIA DE SANGRE OCULTA EN HECES (SOH), CALPROTECTINA FECAL O COMBINADAS PARA DISMINUIR LA CARGA ENDOSCÓPICA?

La colonoscopia no está indicada de forma rutinaria en un paciente que cumple criterios clínicos de ECF, menor de 50 años y sin síntomas/signos de alarma. Estaría indicada en el caso de que el paciente presente síntomas de comienzo a partir de los 50 años, antecedentes familiares de CCR, enfermedad inflamatoria, etc, así como la presencia de datos de alarma en la anamnesis y/o en la exploración física.

El estudio de SOH es de utilidad para el screening de CCR en la población general mayor de 50 años y puede ser una alternativa a la colonoscopia. La calprotectina resulta de utilidad en el estudio de los pacientes en los que predomina la diarrea para poder hacer el diagnóstico diferencial con la enfermedad inflamatoria intestinal. Hay que tener en cuenta que esta determinación puede dar falsos positivos, como en pacientes que siguen tratamiento con AINEs.

Gupta M, Holub J, Knigge K, Eisen G. Constipation is not associated with an increased rate of findings on colonoscopy: results from a national endoscopy consortium. Endoscopy. 2010; 42(3):208-12 Miguel Mínguez, Antonio López Higuera y Javier Júdez. Utilización del polietilenglicol como tratamiento en el estreñimiento funcional y la impactación fecal. Rev Esp Enferm Dig 2016.

12

¿EL USO CRÓNICO DE LAXANTES DE CONTACTO LESIONA EL SISTEMA NERVIOSO ENTÉRICO?

Los laxantes estimulantes o de contacto como el bisacodilo o el picosulfato sódico no parecen producir efectos tóxicos sobre la mucosa ni en el plexo mientérico colónico. En pacientes refractarios a otros tratamientos que requieren combinación de laxantes pueden ser administrados como medicación de rescate durante periodos más prolongados con adecuado seguimiento del paciente. Los laxantes no deben utilizarse para tratamientos crónicos, ya que producen habituación. El tratamiento con laxantes ha de ser únicamente para estreñimientos puntuales o agudos (no más de seis días de utilización).

13

EN UN TRATAMIENTO DE LARGA DURACIÓN CON CASENLAX, ¿ES CONVENIENTE DEJARLO DE TOMAR UN TIEMPO CORTO Y VOLVER CON EL MISMO O NO ES NECESARIO?

El tratamiento con Casenlax (PEG) puede mantenerse de forma temporal por su buen perfil de seguridad. Hay que tener en cuenta que el ECF es una enfermedad crónica como su nombre indica y va a precisar un tratamiento a largo plazo. Es importante ajustar la dosis mínima que sea eficaz para el paciente.

En dos estudios multicéntricos, uno de ellos frente a placebo de seis meses de duración y otro abierto a un año, se concluye que el fármaco es seguro en tratamientos prolongados y que la respuesta es mantenida en el tiempo.

Dipalma JA, Cleveland MV, McGowan J, et al. A randomized, multicenter, placebo-controlled trial of polyethylene glycol laxative for chronic treatment of chronic constipation. Am J Gastroenterol. 2007;102(7):1436-41. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2007.01199.x

14

¿SE PUEDE ADMINISTRAR CASENLAX A PACIENTES QUE ESTÉN TOMANDO SINTROM?

Si se puede utilizar Casenlax en un paciente que tome Sintrom, pero hay que tener la precaución de espaciar la toma del laxante. También es importante ajustar adecuadamente la dosis del laxante para evitar la aparición de diarrea, que si podría ser un problema en fármacos que tienen un estrecho índice terapéutico como el Sintrom.

15

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO PARA EL ESTREÑIMIENTO EN LAS EMBARAZADAS SEGÚN EL MES DE GESTACIÓN?

El PEG sería el laxante de elección en mujeres embarazadas en cualquier mes de gestación.

16

CASO CLÍNICO: Paciente de 50 años con estreñimiento crónico, con administración diaria de supositorios de glicerina, con medidas nutricionales y con hábitos defecatorios adecuados. ¿Cómo sería correcto proceder y deshabituarse al paciente con administración diaria de supositorios?

En este caso habría que investigar si el paciente no tiene datos que sugieran defecación disinérgica y que, por ello, se ayude de forma crónica con supositorios. Si fuera el caso, el tratamiento de elección sería rehabilitador mediante técnicas de *biofeedback*. Si no es el caso, se podría empezar asociando un laxante osmótico (PEG de elección) para ir bajando la pauta del supositorio gradualmente hasta intentar suspenderlo o utilizarlo con la menor frecuencia posible.

17

CASO CLÍNICO: Paciente de 85 años, diagnosticada de alzhéimer y dependiente para todo, que la mayor parte del día está en la cama y con movilidad reducida. Presenta estreñimiento de tiempo de evolución, pero ha empeorado en relación con la disminución de la movilidad y tiene dolor abdominal. Tomaba inicialmente Duphalac y magnesio, sin mejoría, y ahora está tomando una mezcla de Duphalac y Emuliquen. Además, le ponen enemas dos veces por semana sin mucha mejoría, no puede eliminar las heces y se las sacan de forma manual. ¿Qué se le puede recomendar?

Este caso, obviamente, no es un ECF y tiene una base claramente orgánica, enfermedad de alzhéimer, probablemente se trate de una paciente polimedicada y con movilidad muy reducida. En estos pacientes es frecuente la impactación fecal y en este caso, la extracción manual de las heces sugiere que la paciente está teniendo impactaciones fecales.

El PEG ha demostrado su utilidad en el tratamiento de la impactación fecal, sólo o combinado con un laxante estimulante, como el picosulfato sódico hasta resolver la impactación. Una vez resuelta convendría continuar de forma crónica el tratamiento laxante con PEG ajustando la dosis según respuesta. En este caso en concreto, la paciente tiene además dolor abdominal y la lactulosa aumenta la flatulencia como ya se ha comentado en otra pregunta. Por todo lo expuesto, intentaría PEG en esta paciente. En este caso, y si la respuesta terapéutica es insuficiente, puede ser necesaria la combinación de dicho tratamiento con enemas de limpieza como ya están haciendo.

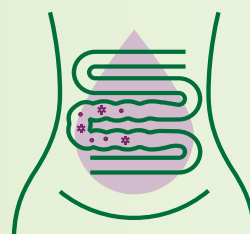
18

CASO CLÍNICO: Paciente con dependencia de larga duración a laxante picosulfato de sodio a elevadas dosis y con estreñimiento persistente durante 5-6 días, que ha intentado abandonar el laxante pero vuelve a su uso porque no soporta las molestias abdominales del estreñimiento. ¿Cómo ayudarle a abandonar con éxito el laxante estimulante?

En este caso iniciaría tratamiento combinado con PEG y picosulfato sódico disminuyendo la dosis de este último de forma gradual hasta conseguir que el paciente utilice la dosis mínima posible. Si el efecto terapéutico no fuera completo sólo con PEG, se podría mantener el picosulfato sódico como medicación de rescate a la menor dosis posible.

Si el paciente no respondiera correctamente al tratamiento laxante (en monoterapia o combinación de laxantes) y además asocia dolor abdominal como síntoma importante, se podría plantear linaclotida (indicación para el SII-estreñimiento) a dosis de 290 mcg al día media hora antes del desayuno.

Las respuestas proceden de la opinión y experiencia de la Dra. Constanza Ciriza de los Ríos, autora y ponente de la sesión.



Stop Estreñimiento

Para el **estreñimiento** de todos tus pacientes*

STREAMING **12 ABRIL 2018**

Dra. Constanza Ciriza de los Ríos

www.stopestreñimiento.com

Avalado por GEMD

