

ESTREÑIMIENTO E INCONTINENCIA FECAL

Javier Martínez Peromingo
María Rodríguez Couso
M.^a Paz Jiménez Jiménez
Guillermo Yela Martínez

Estreñimiento

Concepto

El estreñimiento no es una enfermedad, sino únicamente un síntoma que motiva frecuentes consultas médicas, tanto a especialistas como a médicos de familia.

Definirlo es difícil, tanto por la subjetividad como por lo que se entiende por ritmo deposicional normal.

El estreñimiento o constipación se define como la evacuación de heces excesivamente secas, escasas (menos de 50 g/día) o infrecuentes (menos de dos deposiciones a la semana) (1, 2, 3).

Prevalencia

La prevalencia del estreñimiento aumenta especialmente después de los 60 años, y es más frecuente en mujeres que en hombres (2, 11).

Representa uno de los *grandes síndromes geriátricos* por su prevalencia, sus graves complicaciones y su importante incidencia en la calidad de vida del anciano (2).

Sólo un 5% de los ancianos tienen menos de tres deposiciones a la semana, aunque más de la cuarta parte de los mayores de 60 años cumplen otros criterios de estreñimiento (3).

Etiología

Las causas de estreñimiento (10) en el paciente anciano son múltiples y, en muchas ocasiones, coexisten varias causas a la vez, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de plantear un diagnóstico y un tratamiento. En la tabla 1 se recogen las diversas causas, atendiendo al mecanismo que las produce.

Multifactoriales

De la lista general de causas de estreñimiento existe evidentemente una serie de ellas con una mayor incidencia en el grupo de población anciana. La inmovilización, las malas condiciones higiénicas, la debilidad, los estados confusionales, la depresión y el uso

Tabla 1. Causas de estreñimiento

Mecánicas	Obstructiva.	Neoplásicas. Alteraciones postquirúrgicas. Vólvulos. Herniaciones.
	Funcionales.	Enfermedad diverticular. Dieta inadecuada en fibras. Proctitis. Fisura anal. Prolapso anal. Hemorroides. Colitis isquémica. Colon irritable.
Farmacológicas	Laxantes. Benzodiacepinas. Antidepresivos tricíclicos. Levodopa. Antagonistas del calcio. Betabloqueantes. Diuréticos. Antihistamínicos. Antiácidos. Ácido fólico. AINEs. Cualquier opiáceo.	
Metabólicas y endocrinas	Diabetes. Uremia. Hipopotasemia. Hipercalcemia. Hipomagnesemia. Hipotiroidismo.	
Neurológicas	Periféricas.	Neuropatía autonómica. Ganglioneuromatosis.
	Centrales.	Traumatismos. Enfermedades del SNC: Parkinson, demencia, ictus y depresión.

de medicación deben figurar entre las causas más frecuentes de estreñimiento en estas edades.

La mayoría de los pacientes afectados de estreñimiento no responde a causa patológica alguna y su situación clínica se perpetúa en el tiempo. En estos casos se habla de estreñimiento crónico idiopático.

Estreñimiento crónico idiopático

Es la forma más frecuente de estreñimiento de larga evolución. Engloba diferentes situaciones clínicas en las que no es posible identificar ninguna causa orgánica.

Es el más frecuente en ancianos.

En estos pacientes es frecuente la existencia de alguna de las siguientes alteraciones funcionales:

Inercia colónica

Consiste en una disminución de los movimientos del colon que produce un enlentecimiento del tránsito de las heces a lo largo del intestino grueso. Puede ser difusa (en todo el colon) o segmentaria (sobre todo, colon descendente o sigma).

Disminución de la percepción rectal

Pacientes ancianos con sensibilidad rectal disminuida, es decir, aunque las heces lleguen al recto no las perciben y, por tanto, no sienten el deseo de defecar. En estos sujetos, el volumen intrarrectal necesario para inducir la percepción y el deseo defecatorio es superior a lo normal. Esta alteración es debida a trastornos neurológicos o al hecho de haber inhibido voluntariamente el acto de la defecación durante años.

Anismo

En condiciones normales durante la defecación se produce una relajación del esfínter anal externo y de la musculatura del suelo pélvico. En sujetos con anismo en el intento de defecar no se produce relajación o incluso se produce contracción del esfínter anal con lo que se impide la expulsión de las heces.

Pruebas diagnósticas

Por supuesto, como en todo problema médico, la historia clínica nos orientará sobre el origen y la causa del estreñimiento. En aquellos casos en que la historia clínica nos haga sospechar una lesión orgánica debe proseguirse el estudio individualizando para cada paciente en función de su situación mental y física y valorando la relación riesgo-beneficio que cada prueba nos aporta.

Las exploraciones diagnósticas son importantes en el estudio clínico inicial para identificar posibles trastornos patológicos que pudieran requerir tratamiento.

Análítica

De forma rutinaria deberemos solicitar hemograma, glucemia, iones, estudio de función tiroidea, calcemia y estudio de sangre oculta en heces.

Radiología

En caso de sospecha de obstrucción intestinal es útil la realización de una radiografía simple abdominal en decúbito y otra en bipedestación. El enema baritado es de gran valor para descartar la enfermedad diverticular o el cáncer colorrectal.

Endoscopia

La colonoscopia sólo está indicada si existe sospecha fundada de cáncer de colon; si no es así, la rectosigmoidoscopia flexible asociada al enema opaco es suficiente para descartar una lesión orgánica.

Tránsito colónico

Es un método sencillo (puede realizarse en cualquier servicio de radiología), barato y reproducible. Está indicado en pacientes en los que se ha descartado patología orgánica y no responden a tratamiento con fibra.

Manometría rectal

El estudio diagnóstico completo de la función anorrectal precisa una valoración del esfínter anal (interno y externo), de la distensibilidad rectal y de la sensibilidad anorrectal. Todo ello puede valorarse mediante la manometría.

Complicaciones del estreñimiento

A continuación se describen las complicaciones más frecuentes (1, 2, 10) del estreñimiento.

Impactación fecal (fecaloma) es una de las complicaciones más infradiagnosticadas en el anciano. Puede ocurrir tanto a nivel rectal como colónico. Clínicamente se caracteriza por dolor de características cólicas en hipogastrio y puede aparecer diarrea paradójica. En las radiografías simples de abdomen se observan heces en todo el trayecto colónico, pudiendo observarse, cuando el fecaloma está en el recto, una imagen redondeada. En los antecedentes de estos pacientes se ha encontrado la toma de laxantes con bastante frecuencia. En ocasiones es necesario el tratamiento quirúrgico para la desimpactación.

Úlceras colónicas son el resultado de la necrosis de la pared colónica debido a la presión de la masa fecal inmóvil. No suele dar manifestaciones clínicas, excepto en los casos crónicos donde puede ocurrir una pequeña rectorragia que suele llevar al diagnóstico.

Fisura anal ocurre en aquellos pacientes en los que, como consecuencia de los esfuerzos realizados para la defecación, se ha producido congestión pasiva de la mucosa cerca del margen anal.

Prolapso de la mucosa anal se produce como consecuencia de la repetición y exageración de la maniobra de Valsalva.

Hernias, como consecuencia de los continuos aumentos de la presión intraabdominal.

Alteraciones circulatorias, como hemorroides internas y externas e incluso dilataciones varicosas en extremidades.

Vólvulo de colon, en especial en la región sigmoidea. Las manifestaciones clínicas son distensión abdominal, dolor y estreñimiento, aunque la clínica suele ser poco florida hasta que la circulación se ve comprometida, precisando, en ese momento, intervención quirúrgica con una elevada mortalidad.

Incontinencia fecal: Algunos autores lo consideran factor predisponente de cáncer de colon.

Retención urinaria.

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

Dietético

El tratamiento dietético (4, 5, 6) debe constituir el primer escalón terapéutico en el manejo del paciente estreñido. Una dieta rica en fibra va asociada a un aumento en la frecuencia y en el peso de las deposiciones.

La fibra actúa aumentando la masa fecal, por proliferación bacteriana, y disminuyendo el tiempo de tránsito intestinal, por estimulación de la motilidad colónica a través de los ácidos grasos volátiles que se desprenden al ser destruida la celulosa por la flora bacteriana del colon.

Para conseguir una función intestinal normal se aconseja ingerir una cantidad moderada de fibra vegetal (de 10 a 60 g/día) y suficientes líquidos (1-2 litros/día), así como realizar ejercicio físico de forma regular. Para poder comprobar la respuesta al tratamiento dietético se deberán ingerir unos 30 g de fibra dietética o 14,4 g de fibra cruda al día, durante un mes, junto con una dieta rica en frutas y verduras, así como abundante agua (2).

En vistas a mejorar el estreñimiento, la fibra insoluble (compuesta por celulosa, hemicelulosa y lignina) es más recomendable que la soluble (pectina, gomas y mucílagos), puesto que la primera capta mayor cantidad de agua, lo que determina un mayor aumento de la masa fecal y aceleramiento del tránsito intestinal. Aparte, la fibra insoluble produce mucha menor flatulencia que la soluble, al sufrir una fermentación sólo parcial en el colon (la soluble fermenta de forma completa).

Tabla 2. Alimentos ricos en fibra

Insoluble	Soluble
Celulosa	Pectina
— Harina de trigo integral.	— Manzanas.
— Salvado.	— Cítricos.
— Familia del repollo.	— Fresas.
— Guisantes/judías secas.	Gomas
— Manzanas.	— Harina de avena.
— Vegetales de raíz.	— Judías secas.
Hemicelulosa	— Otras legumbres.
— Salvado.	
— Cereales.	
— Cereales integrales.	
Lignina	
— Verduras maduras.	
— Trigo.	

La tabla 2 muestra diversos ejemplos de alimentos que contienen gran cantidad de fibra, ya sea soluble o insoluble.

Educación

También es fundamental educar al paciente para que adquiera o recupere el hábito de defecar con regularidad, a ser posible todos los días. Se le recomendará pasar de 10 a 15 minutos sentado en el inodoro después de desayunar (para aprovechar el reflejo gastrocólico), hasta que sienta deseos de defecar; si con ello no se consigue, deberá volver a intentarlo después de comer y después de cenar.

La posición correcta a la hora de defecar es con los pies sobreelevados, ya que esta postura es más fisiológica y favorece el vaciado del recto. Para elevar los pies basta con colocar un cajón de unos 30 cm de altura bajo los pies una vez el paciente esté sentado en el inodoro (4, 5).

Ejercicio

El ejercicio físico regular, individualizado a las características de cada paciente, y en particular aquellos ejercicios que potencian la prensa abdominal y el suelo pélvico son particularmente beneficiosos para el tratamiento del estreñimiento y de la incontinencia fecal y, deben ser, junto a la educación y la alimentación, el pilar del tratamiento de esta patología (4, 5, 6).

Tratamiento farmacológico

Indicaciones:

Estreñimiento idiopático en el que son insuficientes las medidas no farmacológicas.

Atonía colónica.

Paciente con dolor en el acto de la defecación.

Alteraciones de la motilidad secundaria a fármacos.

Los que deben evitar esfuerzo defecatorio (cardiopatías, hipertensos...).

En aquellos pacientes en los que las medidas higiénico-dietéticas sean insuficientes se comenzará a utilizar agentes formadores de masa (plántago Plantaben®, metilcelulosa Muciplasma®, salvado); se trata de hidratos de carbono de origen vegetal que no son absorbidos por el intestino humano, salvo en mínimas cantidades; su uso es muy recomendado en pacientes con estreñimiento crónico idiopático.

Es tan importante la cantidad de producto ingerida como la de líquido acompañante, para conseguir un correcto efecto. De cierta manera, esto limita, en ocasiones, su empleo; en pacientes con poca ingesta o deshidratados no sólo no debe emplearse, sino que debe contraindicarse por favorecer los fecalomas.

La adición de salvado a la dieta aumenta el volumen y disminuye la consistencia de las heces, a la vez que acelera el tiempo de tránsito intestinal en los pacientes estreñidos. La dosis de salvado habitualmente recomendada es de unos 20 a 30 g diarios (dosis superiores a 40 g al día no aportan beneficio terapéutico añadido).

Se aconseja dividir la dosis diaria entre las distintas comidas y es fundamental que se acompañe de agua en abundancia. Al inicio del tratamiento es frecuente tener sensación de plenitud y flatulencia, que tiende a desaparecer con el tiempo.

Todos los productos pertenecientes a este grupo están contraindicados en caso de estenosis esofágica, pilórica o ileal, ya que pueden desencadenar un cuadro de oclusión del tracto digestivo.

Si con las medidas anteriores no fuera suficiente, lo cual ocurre con frecuencia, se pasaría a utilizar laxantes hiperosmolares (lactitol Emportal® y lactulosa Duphalac®). Son productos que se absorben poco y con lentitud; actúan por sus propiedades osmóticas, reteniendo agua y electrolitos en la luz intestinal.

La lactulosa (Duphalac®) actúa al ser metabolizada por las bacterias colónicas, que liberan ácidos grasos de bajo peso molecular, disminuyen el pH del colon y aumentan su peristaltismo. La dosis usual es de 15 a 45 ml, en una o dos tomas, preferentemente después del desayuno. Está comercializado en sobres y en jarabe. Debe tomarse con precaución en diabéticos. Su efecto secundario más frecuente es la flatulencia. No debe administrarse de forma conjunta con antibióticos, pues disminuye su absorción.

El lactitol (Emportal®) aumenta el volumen y reblandece las heces, favorece el tránsito colónico (disminuye el pH intracolónico, con lo que aumenta la motilidad) y estimula el deseo defecatorio. Actúa aumentando la presión osmótica intracolónica, con lo que induce la retención de agua en las heces y, además, estimula la flora intestinal. La dosis inicial es de 20 g y como mantenimiento se administran 10 g, en dosis única nocturna. Es mejor tolerado y presenta menor frecuencia de efectos secundarios que la lactulosa.

En pacientes ancianos puede utilizarse directamente lactitol, puesto que habitualmente los suplementos de fibra no son suficientes para mejorar su estreñimiento. Efectos secundarios similares a la lactulosa.

Un reciente laxante osmótico es Movicol® (8): Macrogol (PEG) más electrolitos. Efectivo para la resolución de la imopactación fecal. Indicado para el estreñimiento crónico; perfil de efectos adversos es semejante a lactulosa, aunque con menor producción de flatulencia.

En los estudios de eficacia y seguridad, comparativos con lactulosa, es discretamente más efectivo, destacando la menor necesidad de enemas y supositorios en el grupo tratado con Movicol.

Puede ser considerado una buena alternativa, en pacientes con estreñimiento crónico refractario a otros tratamientos (dosis tope de lactulosa y emolientes si procede, intolerancia a lactulosa). La posología recomendada es de uno a tres sobres al día al inicio del tratamiento, y de uno a dos sobres al día de mantenimiento. En la impactación fecal la dosis es ocho sobres/día durante dos-tres días. Actualmente no está financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Los laxantes emolientes (parafina Emuliquen® y Hoderenal®) ablandan las heces al facilitar la mezcla de agua y sustancias grasas en su interior. No conviene utilizarlos de forma crónica, ya que pueden producir dependencia y tolerancia. Su efecto secundario más frecuente es la irritación anal. Produce disminución de la absorción de vitaminas si se administra de forma conjunta. No usar en pacientes con disfagia o alto riesgo de broncoaspiración por riesgo de neumonitis química. La dosis inicial es de 15 ml cada 12 horas (antes del desayuno y al acostarse). No está financiado.

Los laxantes lubricantes (glicerina, supositorio de glicerina) facilitan el paso de las heces y disminuyen la absorción colónica del agua. Los supositorios de glicerina actúan en 30 minutos y, además de lubricar la zona recto-anal, estimulan el reflejo defecatorio, sin efectos secundarios de importancia. Su efecto beneficioso únicamente se produce en los casos en los que la ampolla rectal está llena de heces; por ello, no se debe utilizar con fines profilácticos.

Los laxantes salinos u osmóticos (sulfato de magnesio, fosfatos) retienen agua en la luz intestinal gracias a sus propiedades osmóticas. Están contraindicados.

cados en pacientes con insuficiencia renal, disfagia, bajo nivel de conciencia y riesgo de broncoaspiración.

La siguiente opción terapéutica serían los enemas, de agua corriente, de retención de aceite o de fosfato sódico. No deben utilizarse los enemas de jabón, por el riesgo de colitis aguda, ni de forma continuada aquellos enemas que contengan laxantes osmóticos por el riesgo elevado de trastornos hidroelectrolíticos. Existen en el mercado diferentes marcas comerciales que no son recomendables para el tratamiento crónico por las razones antes descritas, pero que para episodios agudos se pueden utilizar con seguridad, excepto en insuficiencia renal, por el acúmulo de fosfatos.

Como último paso se utilizarían los laxantes estimulantes de la motilidad (bisacodilo: Dulco Laxo®, en comprimidos y en supositorios; fenoltaleína, aceite de ricino, senósidos A y B: Puntual, Puntualex y X Prep). Irritan la mucosa intestinal, estimulando la motilidad colónica, y alteran la absorción de agua y electrolitos. Sólo se deben usar de forma ocasional e intermitente, útiles en los casos de estreñimiento crónico pertinaz, para prevenir impactación fecal, especialmente en pacientes inmovilizados y con antecedentes de cuadros pseudooclusivos por fecaloma. Pueden colorear de rojo la orina y producir dolor abdominal. La dosis varía de forma individual desde los 30 mg hasta los 50-75 mg siempre en dosis única.

El tratamiento ha de ser individualizado para cada paciente, en base a la tolerancia, efectividad y aceptación. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los laxantes no son financiados.

El trabajo multidisciplinario de los diferentes profesionales, especialmente de enfermería, auxiliares, terapeutas, dietistas, cuidadores y el médico, es la base del manejo de este síndrome geriátrico.

Incontinencia fecal

Definición. Introducción

La continencia anal se define como la capacidad de retener el contenido intestinal, sea de la consistencia que sea, hasta que el individuo considera que es el momento y el lugar adecuados para su evacuación (7, 9, 11).

La incontinencia fecal no forma parte del envejecimiento normal, representando uno de los síndromes geriátricos que repercute más en la calidad de vida del anciano y que más sobrecarga al cuidador, con un gran impacto, no sólo físico (úlceras por presión, infecciones de orina, etc.), sino también de tipo económico (derivadas del gasto que genera el alto consumo de absorbentes y los cuidados sociosanitarios adicionales) y psicosocial (ocasionando un deterioro progresivo en las relaciones personales y sociales de los pacientes).

Se ha descrito como la segunda causa de institucionalización en ancianos, sobre todo cuando está asociada a incontinencia urinaria (7).

Mecanismo de la continencia anal

Esta función básica, además de estar influenciada por las características de las heces, depende en gran parte de los elementos (colon sigmoide y recto) que actúan como reservorio, de la adaptabilidad rectal y de las estructuras que hacen función de barrera (esfínteres anales interno y externo).

La continencia anal y la autorización de la defecación dependen también de una sensibilidad específica, por la que se reconoce el paso de gas y de heces, interpretándose la distensión rectal como un deseo de defecar.

La función de reservorio que ejerce el intestino grueso permite almacenar heces sólidas durante mucho tiempo, pero no heces líquidas. El recto normalmente está vacío, pero si se llena, su adaptabilidad le permite retrasar el vaciado de las heces que contenga. Esto es importante, pues la continencia implica un margen suficiente entre el llenado a partir del cual se toma conciencia de la presencia de heces en el recto, y el umbral para la distensión, a partir del cual los dos esfínteres se relajan de modo reflejo y se produce el escape de las heces.

El mecanismo de la defecación depende especialmente de la actividad motora del colon, que presenta varias etapas (7):

Contracciones segmentarias, no propulsivas, del contenido intestinal.

Contracciones peristálticas propulsivas, para el traslado del bolo fecal hacia el colon izquierdo.

Contracciones segmentarias, no propulsivas, que facilitan la reabsorción del contenido intestinal.

Cuando el contenido intestinal llega a la ampolla rectal y es de suficiente volumen, se produce un estímulo sobre la pared del recto, transformado en deseo de defecar, acompañado de una relajación refleja del esfínter anal interno y de una contracción de la prensa abdominal, del músculo elevador del ano y de una relajación del esfínter externo (fase voluntaria).

El esfínter anal interno representa una barrera de presión permanente, fundamental en la continencia «basal». Siempre que aumenta la presión intraabdominal lo hace su tono, excepto cuando es consecuencia de una maniobra de Valsalva (en cuyo caso se relaja).

El esfínter anal externo asegura la continencia de «urgencia», a través de su contracción (hasta 60 segundos).

Los dos esfínteres están normalmente contraídos.

El esfínter anal interno (músculo liso) está sometido a influencias no conscientes, estimulantes (simpáticas) e inhibitorias (parasimpáticas).

El esfínter anal externo (músculo estriado) está innervado por ramas de los nervios pudendos, por lo que de forma voluntaria contrae o relaja su tono.

Epidemiología

Es difícil conocer con exactitud la prevalencia real de la incontinencia fecal en la población general. Estudios recientes describen prevalencias mayores del 10% en mayores de 65 años que viven en la comunidad, y de aproximadamente un 50% en los ancianos institucionalizados.

Con frecuencia el paciente no informa del problema al médico, ni éste lo incluye en el interrogatorio activo, siendo habitual una escasa respuesta y participación de los profesionales sanitarios cuando se encuentran con este cuadro clínico.

En jóvenes es más frecuente en mujeres, no existiendo diferencias entre sexos a partir de los 70 años.

Etiología

La incontinencia fecal aparece ante alteraciones severas de algunos de los factores implicados en la continencia y, sobre todo, ante la coexistencia de fallos parciales en varios de ellos.

La causa más frecuente de incontinencia fecal es la diarrea severa.

En la mayoría de los casos la etiología es multifactorial.

Existen dos tipos de incontinencia fecal con diversas etiologías: incontinencia fecal menor (tabla 3) e incontinencia fecal mayor (tabla 4).

Factores de riesgo

Los principales son:

Incontinencia urinaria.

Inmovilidad.

Enfermedades neurológicas previas.

Alteraciones cognitivas.

Edad mayor de 70 años.

La *impactación fecal* es probablemente el mayor factor favorecedor de incontinencia fecal, y es muy frecuente en el anciano (prevalencias de hasta el 42% en institucionalizados).

En los pacientes estreñidos se producen heces duras, que pueden terminar ocasionando la formación de una impactación fecal (en distintos tramos del intestino), con irritación secundaria del recto y producción de mucosidad y flujo, facilitando su consistencia líquida su paso alrededor de las heces compactas y produciendo una incontinencia fecal «paradójica» o «por rebosamiento».

Asimismo existe una amplia lista de fármacos, además de los laxantes, que se asocian a incontinencia fecal: diversos antibióticos, antiácidos, antihipertensivos, tiroxina, digital, propranolol, quinidina, colchicina, sales de potasio, etc.

Tabla 3. Tipos de incontinencia fecal menor [9]

- a) *Soiling* («ensuciar la ropa interior»): mala higiene, hemorroides trombosadas, otras enfermedades perianales, diarrea, inmovilidad, demencia y depresión.
- b) Incontinencia de gas: común, poca trascendencia médica. Evitar comidas flatulentas y bebidas carbónicas.
- c) Urgencia defecatoria: incontinencia de líquidos. Sienten las heces (líquidas) en el recto, pero son incapaces de mantener la continencia hasta llegar al baño. Causas más frecuentes: proctocolitis inflamatoria, colon irritable y diarrea severa.
- d) Incontinencia verdadera a heces líquidas: frecuente relación en el anciano con la impactación fecal por fecalomas; disfunción del suelo pélvico y del esfínter anal.

Tabla 4. Tipos de incontinencia fecal mayor [9]

- Pérdida de la continencia para heces sólidas por:
1. Lesión del suelo pélvico (postquirúrgica, obstétrica, traumatológica) y anomalías congénitas anorrectales.
 2. Fármacos: laxantes y antibióticos.
 3. Prolapso rectal completo.
 4. Cáncer de recto.
 5. Alteraciones neurológicas: centrales (ictus, demencia), espinales (esclerosis múltiple, mielopatías, tumores) y periféricas (neuropatías).
 6. Enfermedades miopáticas: distrofias y polimiositis.
 7. Enfermedades sistémicas: esclerodermia y amiloidosis.

Diagnóstico

Objetivos. Establecer la severidad de la incontinencia y entender la fisiopatología de la misma para decidir el tratamiento.

Clasificación de Parks (9) [Parks AG. Anorectal incontinencia. JR Soc Med 1975; 68: 21-30]:

Grado I: continencia normal.

Grado II: dificultad en el control de gases y líquidos.

Grado III: incontinencia total para líquidos.

Grado IV: incontinencia a heces sólidas.

Historia clínica

Se hará especial énfasis en los siguientes aspectos:

Enfermedades de base.

Cirugías previas en la región anorrectal (hemorroidectomía, esfinterectomía, fisuras, prostatectomía, resección de colon, etc.).

Antecedentes de irradiación de la zona (cáncer de próstata, cáncer de cérvix).

Historial obstétrico.

Fármacos.

Circunstancias en las que se inició la incontinencia (p. ej., tras una cirugía o un ictus).

Características de las deposiciones.

Existencia de productos patológicos en las heces.

Síntomas anales, sensación de aviso del paso de las heces, dolor abdominal, sensación de urgencia.

Predominio nocturno o relación con algún tipo de comidas.

Situación funcional (movilidad, deterioro cognitivo), presencia de barreras arquitectónicas que dificulten el acceso al baño.

En pacientes con diarrea intentar profundizar en la causa, teniendo en cuenta la posibilidad de infección por *Clostridium difficile*, cuando hay toma previa de antibióticos.

Exploración física

Será especialmente minuciosa en las siguientes áreas:

Exploración general: abdomen, hidratación, movilidad, estado mental, exploración neurológica.

Tacto rectal. Imprescindible. Valorar el tono del esfínter anal, tanto en reposo como en la contracción voluntaria, la presencia de masas, heces impactadas, cicatrices, prolapsos.

Pruebas complementarias (3)

Rx abdomen. Es básico descartar la impactación fecal, incluso en pacientes con ampolla rectal vacía (impactación alta).

Anoscopia. Permite valorar la existencia de masas, hemorroides, fisuras, papilitis e incluso descubrir sangre, moco o pus.

Enema opaco. Encaminado a detectar causas mecánicas.

Rectosigmoidoscopia. Valoración del estado de la ampolla rectal y de las alteraciones en su coloración, descartando enfermedades estructurales, como pólipos, neoplasias o divertículos.

Defecografía. Registro radiológico en «videograba-ción» de la defecación. Útil en el conocimiento de los factores anatómicos implicados y en la visualización del prolapso rectal.

Ecografía endoanal. Permite ver el aparato esfinteriano y el músculo puborrectalis de forma no invasiva.

Estudio funcional:

Manometría. Permite conocer los cambios de presión en distintos niveles rectales y del canal anal durante el proceso defecatorio. Útil para valorar traumas esfinterianos.

Electromiografía anal. Para localizar alteraciones del pudendo y de los esfínteres.

Técnicas de sensibilidad rectal.

Manejo práctico

Es preciso individualizar en cada caso para indicar las pruebas pertinentes.

Por ejemplo, en un paciente con demencia e inmovilizado realizaremos un tacto rectal y tratamiento sintomático, mientras que en una mujer multipara con buena situación basal, que presenta un esfínter anal con un tono disminuido, indicaremos una ecografía endoanal para valorar una posible intervención quirúrgica.

Tratamiento

Corregir la enfermedad subyacente, si es posible.

Medidas conservadoras:

Medidas higiénico-dietéticas: programar las defecaciones, aumentar la ingesta hídrica y de fibra, ejercicio físico, etc.

Tratamiento del malestar perianal: evitar el jabón, el papel higiénico, los paños y las toallas; realizar un lavado suave con agua tibia y algodón absorbente después de cada defecación, seguido de secado suave con otro algodón absorbente.

Tratamiento de la impactación fecal (desimpactación manual o con enemas) y del estreñimiento crónico.

Modificación del hábitat o de las barreras arquitectónicas: retrete accesible, sobre todo si existe incapacidad funcional y/o privación sensorial; o utilización de algún elemento para recoger las heces; adaptación del retrete para los ancianos.

Utilización de absorbentes: útil en aquellos muy incapacitados.

Tratamiento farmacológico: (8, 9) codeína (30 mg/8 h) y loperamida (4-8 mg/día; mantenimiento según respuesta), que reducen la defecación imperiosa, la frecuencia de los movimientos intestinales y el volumen de las heces. En ocasiones se puede asociar fibra, para incrementar el bolo fecal y conseguir unas deposiciones más formadas que permitan programar las defecaciones.

Técnicas de modificación de conducta: intentar restablecer un patrón normal de vaciamiento fecal, promoviendo así la continencia. Eficaces en pacientes con alteración del suelo pélvico o lesión esfinteriana. La más utilizada es la de los ejercicios del suelo que persigue reforzar el músculo elevador del ano, el puborrectal, los ligamentos pubovesicales, etc.

Tratamiento de la incontinencia anorrectal: seleccionar a los candidatos a reconstrucción quirúrgica (esfinteroplastias, cirugía de hemorroides, prolapsos rectales, colostomías, creación de un nuevo esfínter, etc.) o a *biofeedback* (con dispositivos electrónicos o metálicos se observa el resultado de los ejercicios musculares; éxito en el 70% aproximadamente de los que pueden comprender órdenes y con algún grado de sensación rectal).

Bibliografía

1. Bandler. Constipation. Dec; 1997. p. 46-3.
2. John Pathy MS. Principles and Practice of Geriatric Medicine. 3.ª ed. Londres: John Wilay & Sons Ltd; 1998.
3. Gil MI. Estreñimiento crónico. Guía de actuación en Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 1998. p. 606-10.

4. Hull C, Greco RS, Brooks DL. Allevation of constipation in the elderly by dietary fiber supplementation. J Am Geriatric Soc 1980; 27: 410-4.
5. Potter J, Wagg A. Management of bowel problems in older people: an update. Clin Med 2005; 5 (3): 289-95.
6. Rankumar D, Rao SS. Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review. Am J Gastroenterol 2005; 100 (4): 936-71.
7. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Incontinencia en el anciano. Barcelona: Glosa Ediciones; 2001.
8. Schnelle JF, Leung FW. Urinary an fecal incontinence in nursing homes. Gastroenterology 2004; 126: S41-S47.
9. Formiga F, Mascaró J, Montero J, Del Río C, Pujol R. Incontinencia fecal en el anciano. Rev Esp Ger Gerontol 2004; 39 (3): 174-9.

Lectura recomendada

Ribera Casado JM, Gil Gregorio P. Patología digestiva en Geriatria. Clínicas Geriátricas. Madrid: Editores Médicos; 1987.
Tariq SH, Morley JE, Prather ChM. Fecal incontinence in the elderly patient. Am J Med 2003; 115: 217-27.