

Recomendaciones para pacientes con ... estreñimiento

Dr. Fermín Mearin

Servicio de Aparato Digestivo

Centro Médico Teknon

Barcelona

El estreñimiento es un problema que muchos pacientes sufren a diario durante años. En otras palabras, con frecuencia el estreñimiento es un problema crónico. ¿Y a quién le interesa este problema? Pues sólo a un pequeño número de médicos que investigamos sobre el tema, y ¡¡¡a decenas de miles de pacientes que lo padecen!!! Pero si los pacientes existen y son muchos ¿cuál es el motivo por el que tan pocos médicos les hacen caso? Esta pregunta me la he hecho cientos de veces y su contestación no es fácil. Una respuesta podría ser: ¡los médicos no son estreñidos!, pero me parece demasiado ingenua. En mi opinión el *quid* de la cuestión estriba en el concepto de salud que los médicos han tenido durante muchos años. Curar consistía en salvar la vida, o aliviar un sufrimiento intenso, a un enfermo grave; era un acto que se veía como algo heroico tanto por los propios médicos como por los enfermos. Sin embargo, en la actualidad el concepto de salud ha cambiado y ahora la gente (y también la Organización Mundial de la Salud, la OMS) engloba junto con la salud conceptos como el bienestar y la calidad de vida. Por eso, actos aparentemente banales como pueden ser el comer o el defecar, y cuya alteración se consideraba poco importante adquieren relevancia. "Ya sé que de esto no voy a morir pero no quiero estar así toda la vida", comentan los pacientes.

¿Qué es el estreñimiento?, ¿Tengo yo estreñimiento?

El estreñimiento es un síntoma, es decir, la manifestación subjetiva de un estado de malestar. Por tanto, al ser subjetivo, su significado puede ser distinto para diferentes personas: mientras que para algunos indica dificultad en la evacuación de las heces, emisión de heces de escaso volumen o de consistencia demasiado dura, o dolor durante la defecación, para otros significa evacuación infrecuente o sensación de evacuación incompleta.

¿Qué entiende el médico por estreñimiento?

Para el médico el criterio más ampliamente aceptado para establecer el diagnóstico de estreñimiento es la frecuencia de las evacuaciones. En general se acepta que es normal tener entre tres y veinte deposiciones por semana. Así, de acuerdo a este criterio, se diagnostica a un paciente de estreñimiento cuando realiza menos de tres deposiciones por semana.

¿Qué entiende el paciente por estreñimiento?

Para el paciente no sólo es importante la frecuencia de las deposiciones sino también otros aspectos tales como la consistencia de las heces, el esfuerzo excesivo durante la defecación, la sensación de que la evacuación no ha sido completa, la existencia de molestias anales al defecar, y otros síntomas como pueden ser la distensión o la molestia abdominal. Debido a que estas quejas son difíciles de medir, al contrario de lo que ocurre con el número semanal de deposiciones, su valor ha sido puesto en duda por los médicos durante muchos años. Sin embargo, en la actualidad estas molestias también deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar el estreñimiento y, de hecho, han sido incluidas en las últimas definiciones. No hay duda de que el médico debe reconocer todo aquello por lo que el paciente se queja, lo más objetivo y lo más subjetivo, para así poder proporcionar una ayuda integral y conseguir mejorar en su conjunto la calidad de vida.

¿Es muy frecuente el estreñimiento?

El estreñimiento es uno de los trastornos digestivos crónicos más frecuentes. Su frecuencia puede variar según el concepto de estreñimiento que se utilice. Si se contempla sólo la frecuencia de deposiciones por semana, su frecuencia es de aproximadamente el 5% de la población, mientras que si se considera estreñimiento como dificultad o esfuerzo al defecar la frecuencia llega hasta el 20-30% (o lo que es lo mismo, una de cada 4 o 5 personas tiene estreñimiento). Referente al sexo, durante la infancia es más frecuente en niños, pero en la edad adulta afecta más al sexo femenino que al masculino en una relación aproximada de 3 mujeres por cada varón. Por encima de los sesenta y cinco años la frecuencia aumenta en ambos sexos.

¿Cuál es la importancia del estreñimiento crónico? ¿Cuáles pueden ser sus consecuencias?

En la mayoría de los casos el estreñimiento no es un proceso grave; puede ser muy molesto pero, como digo, por lo general, no es grave. Las complicaciones son infrecuentes y sólo se producen en aquellos pacientes con estreñimiento muy importante.

Entre las complicaciones (o consecuencias) más habituales están el desarrollo de hemorroides o de fisuras anales. Las primeras aparecen por el esfuerzo excesivo durante el acto de la defecación, produciéndose la dilatación de las venas internas o externas del ano; a las segundas contribuye, además, el paso de heces duras a través del ano, con lo que se favorece la aparición y cronificación de la herida (la fisura).

El desarrollo de divertículos en el colon es otra posible complicación del estreñimiento. Los divertículos son pequeñas dilataciones en forma de bolsitas que aparecen en las paredes del colon y que se producen por un aumento de la presión dentro del intestino al no poder expulsar las heces (**Figura 1**). Son muchas las personas que tienen divertículos en el colon y muy pocas a las que les producen problemas: sólo cuando se inflaman o cuando sangran los divertículos pasan de ser una curiosidad anatómica a un problema médico.

Un aspecto que frecuentemente preocupa a los pacientes con estreñimiento es la posibilidad de que, por este motivo, se les desarrolle un cáncer de colon. Aquí hay que decir que no existe ningún dato que confirme dicha posibilidad. El estreñimiento, por sí mismo, no favorece la aparición de cáncer.

También incomoda a los pacientes qué puede ocurrir con las sustancias retenidas en el intestino. Ciertamente, durante muchos años se habló de que la retención de las heces en el colon era perjudicial porque se absorbían determinadas sustancias tóxicas pero no hay ninguna evidencia científica que apoye este pensamiento (la persistencia de las heces en el colon no es bueno, pero tampoco es dañino).

Quede aquí el mensaje de que el estreñimiento (en la gran mayoría de los casos) no es una enfermedad grave. Puede ser muy molesto pero no grave. Tiene que ser valorado, controlado y tratado ... pero sin asustarse.

¿Por qué se produce el estreñimiento?

El estreñimiento puede tener múltiples causas. Lo más frecuente es que se produzca por trastornos del funcionamiento del propio intestino (a esto los médicos le llamamos *estreñimiento primario*) pero siempre debe descartarse que no sea la

manifestación de otra enfermedad (le llamamos *estreñimiento secundario*), ya que el tratamiento puede ser muy diferente.

¿Cuáles son las causas más frecuentes de *estreñimiento secundario* (el que es debido a otra enfermedad)?

Una de las causas más frecuentes de estreñimiento secundario es la toma de algún tipo de medicamento. Así, las medicaciones utilizadas para el tratamiento del dolor, de la hipertensión arterial, de las enfermedades neurológicas o de la depresión, entre otras, pueden ocasionar estreñimiento (En la tabla I se muestran los medicamentos que más frecuentemente producen estreñimiento). Por otra parte, es sabido que el consumo crónico de laxantes irritantes aumenta y perpetua el estreñimiento, y puede conducir a la falta de movilidad del colon.

Las enfermedades endocrinas y metabólicas también pueden ser motivo de estreñimiento. Por su frecuencia relativa cabe destacar la diabetes y el hipotiroidismo pero en la tabla II se muestran otras posibles causas.

Las alteraciones neurológicas, es decir del sistema nervioso, (pero del sistema nervioso de verdad, no de los nervios = ansiedad) frecuentemente se acompañan de una disminución de los movimientos intestinales y producen estreñimiento. Es habitual que los pacientes con esclerosis múltiple, con lesiones de la médula espinal o con enfermedad de Parkinson padezcan trastornos del hábito deposicional.

No hay que olvidar tampoco que el estreñimiento puede ser la manifestación de una enfermedad grave del intestino. Por su importancia debe recordarse que esta puede ser la primera manifestación de un tumor del colon, benigno o maligno. De tal forma que, si el estreñimiento ha comenzado hace poco tiempo, y muy especialmente si se acompaña de sangre mezclada con las deposiciones, debe descartarse la existencia de un cáncer de colon. Esto no quiere decir, ni mucho menos, que siempre que se tenga estreñimiento y se observe sangre en las heces tenga que haber un cáncer pero es aconsejable acudir al médico (no lo dude).

Por último, debe mencionarse que las lesiones en el ano, tales como las hemorroides o las fisuras, pueden inducir al estreñimiento ya que al producirse dolor durante la defecación el sujeto, inconscientemente, tiende a reprimir el acto defecatorio.

Una vez se han recordado las posibles enfermedades que producen estreñimiento hay que hacer énfasis en que, en la mayoría de las ocasiones, este se

produce sin una causa clara y es el resultado de una dieta inapropiada o de alteraciones en el funcionamiento del colon, del recto o del ano. Es, como se ha dicho anteriormente, lo que los médicos llamamos “estreñimiento primario”.

¿Cuáles son las causas más frecuentes de *estreñimiento primario* (el que no es debido a otra enfermedad)?

La mayoría de pacientes con estreñimiento crónico sin causa aclarada (*estreñimiento primario*) presentan alguna anomalía en el funcionamiento del colon, el recto o el ano.

Para que el acto de la defecación se realice de forma adecuada es necesario que se produzcan una serie de procesos. En primer lugar, que las deposiciones lleguen convenientemente al recto; para ello es preciso que el colon se mueva correctamente. En segundo lugar, la sensibilidad del recto debe ser normal para que cuando lleguen las heces la persona lo perciba y se produzca el deseo de defecar. En tercer lugar es necesario que, durante la defecación, se ejerza una adecuada contracción del abdomen (es decir, comprimir la barriga) para así favorecer la salida de las heces. Por último, para que la deposición sea expulsada de una forma natural es preciso que el ano (el esfínter anal) se relaje durante la defecación. Si se altera alguno de estos factores se producirá estreñimiento.

Por tanto, las anomalías que pueden producir estreñimiento primario son básicamente cuatro: 1. La disminución de los movimientos del colon; 2. La ausencia de relajación anal; 3. La escasa sensibilidad del recto; y 4. La falta de fuerza abdominal (**Figura 2**).

Hagamos un breve resumen de estas cuatro posibilidades. Los pacientes que padecen estreñimiento por disminución de los movimientos del colon tienen un tránsito de las heces muy lento, bien sea a lo largo de todo el colon o en alguna de sus partes. Por lo tanto, el problema es que las heces tardan mucho en llegar al recto y, por eso, las deposiciones no se producen con la frecuencia normal. En otras personas es posible que, aunque las heces lleguen al recto, el paciente no sea capaz de sacarlas. Este hecho puede deberse a que no se produzca una contracción abdominal con la suficiente fuerza como para expulsar las heces o a que no se realice una adecuada apertura del ano durante la defecación. El primer mecanismo se presenta en enfermos que han perdido mucha musculatura y también en algunas personas ancianas. El segundo mecanismo consiste en que, al defecar, algunos

pacientes estreñidos cierran el ano, de forma involuntaria, en lugar de abrirlo. Esta maniobra, lógicamente, dificulta en gran manera la expulsión fecal. Por último, existe un grupo de pacientes con estreñimiento en los que el problema es que han perdido la sensibilidad rectal, es decir que, aunque las heces lleguen al recto no lo notan y por tanto no sienten el deseo de defecar. En muchas ocasiones esto ocurre por haber ignorado este deseo durante muchos años (“no ir al retrete cuando se tenían ganas”) debido a condicionamientos personales o sociales. En otras ocasiones la disminución de la sensibilidad se debe a lesiones en los nervios encargados de transmitir las sensaciones hacia el cerebro.

¿Qué pruebas hay que hacer cuando se tiene estreñimiento?

En la mayoría de los casos no es necesario hacer ninguna prueba y basta con obtener la opinión de un médico especializado. El médico querrá saber una serie de datos que le serán de ayuda: la edad, los antecedentes familiares, los hábitos dietéticos, las costumbres de vida, si fuma o bebe, si toma medicamentos, si tiene (o ha tenido) alguna enfermedad, etc. Es fundamental que el médico conozca el concepto de estreñimiento del propio paciente (hemos dicho anteriormente que pueden existir diferencias sobre lo que médicos y pacientes consideran como estreñimiento), y le pregunte sobre el motivo que le ha hecho acudir a la consulta. Ante un estreñimiento de inicio reciente siempre debe descartarse una causa orgánica (estreñimiento secundario). Por el contrario, cuanto mayor sea el tiempo de evolución más probable es que se trate de un estreñimiento primario.

La existencia de un gran esfuerzo durante el acto de la defecación sugiere un problema en la expulsión de las heces, debiéndose estudiar una posible alteración en la relajación del ano al defecar. El dolor durante la defecación aparece cuando existen lesiones del ano como fisuras o hemorroides. Debe descartarse siempre el cáncer de colon o de recto ante un paciente con un cambio reciente en la forma y consistencia de las deposiciones, sensación permanente de necesidad de evacuar, y sangre en las heces. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la causa más frecuente de sangre roja en las heces es debida a las hemorroides.

Tras haber conocido los antecedentes médicos y haber examinado al paciente, el médico decidirá si es necesario efectuar alguna prueba para conocer cuál es la causa del estreñimiento. No siempre hay que realizarlas todas, muchas veces es suficiente con una o dos, y en muchas ocasiones sólo se necesita "el ojo clínico" del médico.

Tales pruebas incluyen un análisis de sangre, y los estudios de la anatomía (para buscar si hay alguna lesión) y del correcto funcionamiento del colon, recto y ano.

¿Es muy complicado o muy molesto estudiar la causa del estreñimiento?

¿Porque, a lo mejor, no merece la pena?

No, no es ni muy complicado ni muy molesto; sólo hace falta encontrar un médico que sepa lo que hace, que tenga un poco de paciencia, los aparatos necesarios para estudiar el comportamiento del intestino, y mucho sentido común (el menos común de los sentidos). La valoración del tipo de estreñimiento es, por lo general, sencilla y las pruebas que se realizan no tienen porqué ser molestas.

El estudio de la anatomía se puede realizar, dependiendo del caso, mediante radiografías con contraste o mediante endoscopia, siendo esta última la preferible. La colonoscopia consiste en la introducción a través del ano de una sonda que tiene una minicámara en la punta para poder examinar el colon y mirar si hay lesiones. Es una prueba con “mala fama” porque antes se hacía despierto, pero ahora se realiza con sedación profunda con lo que no produce nada de molestia.

Para conocer con precisión porqué se produce el estreñimiento crónico primario (cuando algo funciona mal en el propio colon, recto y/o ano) existen diversos estudios que pueden ser de utilidad: A. La manometría anorectal es una exploración muy sencilla y útil; no es nada molesta. Consiste en medir las presiones (mano = presión) en el recto y el ano. Debe realizarse cuando se sospecha que el estreñimiento es debido a una dificultad en la expulsión de las heces por falta de apertura del ano durante la defecación. También aporta mucha información en los casos de estreñimiento por enfermedades neurológicas o musculares. B. Estudio de la sensibilidad rectal. Se realiza hinchando un baloncito dentro del recto y determinando el volumen necesario para que el paciente lo note, y sienta ganas de defecar. Es frecuente que algunos pacientes con estreñimiento no perciban cuando se distiende el balón, o sea necesario un gran volumen para que lo noten. C. Medición de los movimientos del colon (tiempo de tránsito colónico). Con este estudio se calcula la velocidad con que las heces se mueven a través del colon, conociendo si el tránsito es excesivamente lento o si quedan retenidas en algún segmento determinado. Se realiza tomando unas cápsulas que contienen un número conocido de marcadores que posteriormente podrán localizarse al realizar unas radiografías (Figura 3).

Como decía anteriormente, no es necesario realizar todas estas pruebas para conocer porqué tiene usted estreñimiento, probablemente sea suficiente con una o dos, o quizá ninguna, pero cuanto mejor se conoce la causa de un trastorno con mayor precisión se puede indicar su tratamiento.

¿Cuál es el mejor tratamiento del estreñimiento?

Actualmente existen numerosos tratamientos (¡probablemente demasiados!) que se utilizan en el estreñimiento. Ninguno es útil en todos los casos ni en todas las situaciones. El manejo del estreñimiento debe individualizarse ya que los mecanismos por los que se produce son distintos en cada caso, como lo son los efectos de los diferentes tratamientos.

El tratamiento del estreñimiento comprende diversas medidas que deben incluir una dieta rica en fibra, una hidratación adecuada, la realización de ejercicio físico, fomentar ir al retrete siempre a la misma hora (preferiblemente tras el desayuno) y, cuando sea necesaria, la ayuda de medicamentos.

Modificaciones en la dieta

Una dieta rica en fibra vegetal provoca un aumento del volumen de las heces, una disminución de su consistencia y una reducción del tiempo en que tardan en atravesar el colon. No obstante, un aporte excesivo de fibra puede incluso empeorar los síntomas al aumentar la sensación de hinchazón abdominal. El aporte recomendable de fibra vegetal es de unos 25-30 gramos/día y se puede dar en forma de salvado de trigo, frutas como las ciruelas o los kivis, o legumbres como las judías verdes o las acelgas.

La fibra de origen vegetal posee la propiedad de no ser digerida por las enzimas y fermentos del intestino por lo que tiene la capacidad de retener agua en el colon. Con esto se consigue aumentar el volumen y el peso de las deposiciones y así disminuir su consistencia. Todo ello facilita la defecación. Además, algunas partes de la fibra son degradadas en el colon por las bacterias allí presentes con la consiguiente producción de ciertas sustancias que favorecen la secreción y retención de agua. Lo bueno de estos efectos es que prácticamente nunca son excesivos, y no llegan a producir diarrea; al contrario, también se utiliza la fibra en algunos pacientes con diarrea debido a su capacidad de absorber agua del colon.

Es importante recordar que la dieta recomendada para cualquier persona debe ser equilibrada y que aporte todas las raciones de los diferentes grupos de alimentos ; así se cubrirán las necesidades nutricionales. El sistema de vida actual de los países industrializados nos lleva a seguir una dieta confeccionada con alimentos muy refinados que nos dificultan el conseguir la cantidad necesaria de fibra aportada en el día.

La ingesta de líquido suficiente favorece una adecuada consistencia de las heces; por el contrario, la ingesta insuficiente favorece la presencia de heces duras y secas. Este hecho es aún más importante cuando se aumenta la ingesta de fibra. Por tanto, se recomienda beber abundantes líquidos, especialmente agua, pero también leche, zumos de fruta, té, caldos, etc.

Adquisición de un hábito deposicional

Es importante no ignorar el deseo defecatorio, dedicando el tiempo necesario y convirtiéndolo en un hábito regular. Asimismo, se aconseja ir al baño siempre a la misma hora, en general después de alguna comida y de una forma tranquila y relajada, sin retrasar en exceso el deseo de vaciar su intestino.

Laxantes

Los laxantes son agentes farmacológicos ampliamente utilizados en el tratamiento del estreñimiento para favorecer la evacuación intestinal. Dentro de la gran variedad de laxantes que existen, los más recomendables son los agentes formadores de volumen (tales como los derivados de la celulosa y las semillas de plántago), los laxantes salinos (tales como las sales de magnesio), los azúcares no absorbibles (como la lactulosa, o el lactitol) y el polietilenglicol. Por el contrario, el consumo crónico de laxantes estimulantes o irritantes debe evitarse ya que pueden dañar el sistema nervioso intestinal y aumentar y perpetuar el estreñimiento.

Reeducación esfinteriana (“biofeedback”)

La reeducación esfinteriana (llamada en inglés "*biofeedback*") es una técnica de aprendizaje que se utiliza con éxito en el tratamiento del estreñimiento. El *biofeedback* se basa en la posibilidad de control por parte del paciente de funciones corporales de las que antes no tenía conciencia. La identificación de una respuesta a una actividad específica en una función que anteriormente se consideraba no

controlable permite al paciente practicarla y, por tanto, mejorarla. La información necesaria para realizar el *biofeedback* se le proporciona al paciente mediante la observación de la función, y su registro, en un monitor de televisión.

El *biofeedback* está dirigido a mejorar la capacidad de vaciar el recto a voluntad, enseñando al paciente a reconocer la distensión rectal (sensación de deseo defecatorio), a realizar una compresión abdominal adecuada (aumento de la contracción rectal) y a relajar eficazmente el esfínter anal (favoreciendo la expulsión de las heces). Para ello se utiliza una sonda muy delgada (del tamaño de un termómetro) que permite medir los movimientos de la zona durante la defecación; dichos movimientos se muestran al paciente de forma dinámica en un monitor de televisión con el fin de que tome conciencia de las alteraciones y, así, pueda modificarlas.

Apoyo psicológico

Algunos pacientes con estreñimiento, principalmente aquellos con un tránsito normal, tienen una mayor incidencia de trastornos psicológicos que las personas no estreñidas. En estos pacientes la respuesta al tratamiento es peor por lo que se requiere un abordaje terapéutico en el que esté incluido también el apoyo psicológico.

Cirugía

El estreñimiento raramente precisa de tratamiento quirúrgico y este se reserva para casos muy seleccionados que padezcan una disminución muy importante de los movimientos del colon y que no han respondido al tratamiento médico intensivo. En estos enfermos se realiza una colectomía (“quitar el colon”). Dado que se trata de una intervención muy importante y los resultados no siempre son satisfactorios es muy raro que se llegue a practicar esta operación. También se ha sugerido que cortando los músculos del ano (de los esfínteres) se podría mejorar el estreñimiento al disminuir la dificultad de paso de las heces; sin embargo, esta técnica ha dado malos resultados y, en muchos casos, se ha seguido de incontinencia anal (siendo peor el remedio que la enfermedad).

Lo que sí puede precisar tratamiento quirúrgico son las complicaciones debidas al estreñimiento tales como las hemorroides o las fisuras anales.

En resumen, hay muchas opciones de tratamiento para el estreñimiento pero también hay muchos pacientes, y cada uno es distinto. El éxito sólo se conseguirá si se prescribe el tratamiento adecuado en el paciente adecuado.

¿Qué pasa con el estreñimiento durante el embarazo?

El estreñimiento es frecuente durante el embarazo y puede aparecer en cualquier momento, aunque es más frecuente en su última fase. Hasta el 40% de las mujeres padecen estreñimiento cuando están embarazadas.

Una de las causas fundamentales de aparición o empeoramiento del estreñimiento durante el embarazo son los cambios hormonales que se producen durante ese periodo. Otro factor que contribuye a la presencia de estreñimiento durante el embarazo, especialmente durante el último trimestre, es la compresión intestinal y rectal por el útero aumentado de tamaño. La vida sedentaria, la dificultad para realizar ejercicio físico, la insuficiente ingesta de fibra y de agua, y el uso de ciertas medicaciones (ej.: hierro para tratar o prevenir la anemia) empeoran aún más el estreñimiento.

Las molestias que produce el estreñimiento durante el embarazo son variables y dependen de la gravedad del síntoma. Así, pueden ir desde el dolor anal durante la evacuación por heces demasiado duras y sensación de evacuación incompleta, hasta el dolor intenso y sangrado por las hemorroides y fisuras anales. Dada la alteración de la calidad de vida que produce el estreñimiento en el embarazo es necesario su prevención y tratamiento, recurriendo en primer lugar a medidas dietéticas básicas y en caso de ser insuficientes a la utilización de laxantes (pero sólo aquellos con una seguridad probada tanto para el feto como para la embarazada).

Investigación y estreñimiento

La investigación médica se ha dirigido durante muchos años tan sólo a intentar conocer lo desconocido y a averiguar lo extraño. De esta forma se han descrito enfermedades raras de las que existen muy pocos casos y, sin duda, esto ha sido un avance para la Medicina. Pero, al mismo tiempo, se olvidaban otras enfermedades o molestias que, por frecuentes, parecían menos importantes. Además, el médico se centraba exclusivamente en aquellas enfermedades que tenían una causa visible y evidente: una úlcera, un tumor, una inflamación, etc. (es decir, las llamadas enfermedades orgánicas). Sin embargo, cuando la causa no era tan obvia (no se apreciaba una lesión orgánica) y el trastorno probablemente se debía a un mal

funcionamiento del organismo (exagerada secreción de ácido, disminución de los movimientos del intestino, aumento de la sensibilidad del estómago, etc.), es decir las llamadas enfermedades funcionales, el interés médico decaía considerablemente. No obstante, en los últimos años se han producido descubrimientos notables sobre las causas de este tipo de molestias aparentemente banales: las digestiones pesadas, los ardores, el estreñimiento, ... Por eso, por ejemplo, ahora sabemos mucho más que antes sobre porqué se produce el estreñimiento.

Mi médico me ha dicho que hay un estudio sobre el estreñimiento ¿es esto interesante para mí?

Es cierto que ahora sabemos más sobre el estreñimiento de lo que sabíamos hace unos años, pero aún falta mucho para que conocerlo por completo y tener el tratamiento perfecto. Para conseguir esto es necesario seguir investigando, y la investigación no es sólo cosa de los médicos sino que también deben involucrarse los pacientes: sin su cooperación no se podrá conseguir que la Medicina avance.

Si su médico le dice que se va a realizar un estudio sobre el estreñimiento y que si usted quiere participar, entérese bien de los pros y los contras y de si a usted le interesa, pero piense que los logros en el conocimiento no sólo le pueden beneficiar individualmente sino también a otros muchos pacientes que tienen molestias como las suyas. Discuta estos temas con su médico.

DIEZ CONSEJOS PARA TRATAR EL ESTREÑIMIENTO

No creo que haya nada en la vida que se solucione sólo aconsejando. Soy un firme defensor de la iniciativa propia y de la fuerza de voluntad. No obstante, un buen consejo es como un buen amigo: no sabemos cuando le vamos a necesitar pero sabemos que está disponible. Además, como los amigos, siempre ayudan. Por eso me he permitido resumir en diez puntos aquello que creo que le puede ser útil para mejorar su estreñimiento:

1. Hacer una dieta rica en fibra.
2. Beber abundante agua.
3. Realizar ejercicio físico.

4. Ir al retrete siempre a la misma hora.
5. Desayunar algo sólido, algo líquido y algo caliente.
6. Estar dispuesto a responder a la llamada del intestino.
7. Levantar un poco las piernas durante la evacuación.
8. Intentar relajar el ano durante la defecación.
9. Evitar la automedicación.
10. Constancia, constancia y constancia.

Tabla I. Algunos medicamentos que pueden producir estreñimiento

Analgésicos
Anestésicos
Antiácidos (compuestos con calcio o aluminio)
Anticolinérgicos
Anticonvulsivantes
Antidepresivos (tricíclicos o inhibidores de la MAO)
Sulfato de bario
Bismuto
Diuréticos
Hierro
Antihipertensivos (antagonistas del calcio, bloqueadores ganglionares)
Intoxicación por metales (arsénico, plomo, mercurio, fósforo)
Opiáceos
Abuso de laxantes

Tabla II. Enfermedades endocrinas y alteraciones metabólicas que pueden producir estreñimiento.

Diabetes mellitus

Hipotiroidismo

Panhipopituitarismo

Feocromocitoma

Glucagonoma

Porfiria

Amiloidosis

Hipercalcemia

Hipopotasemia

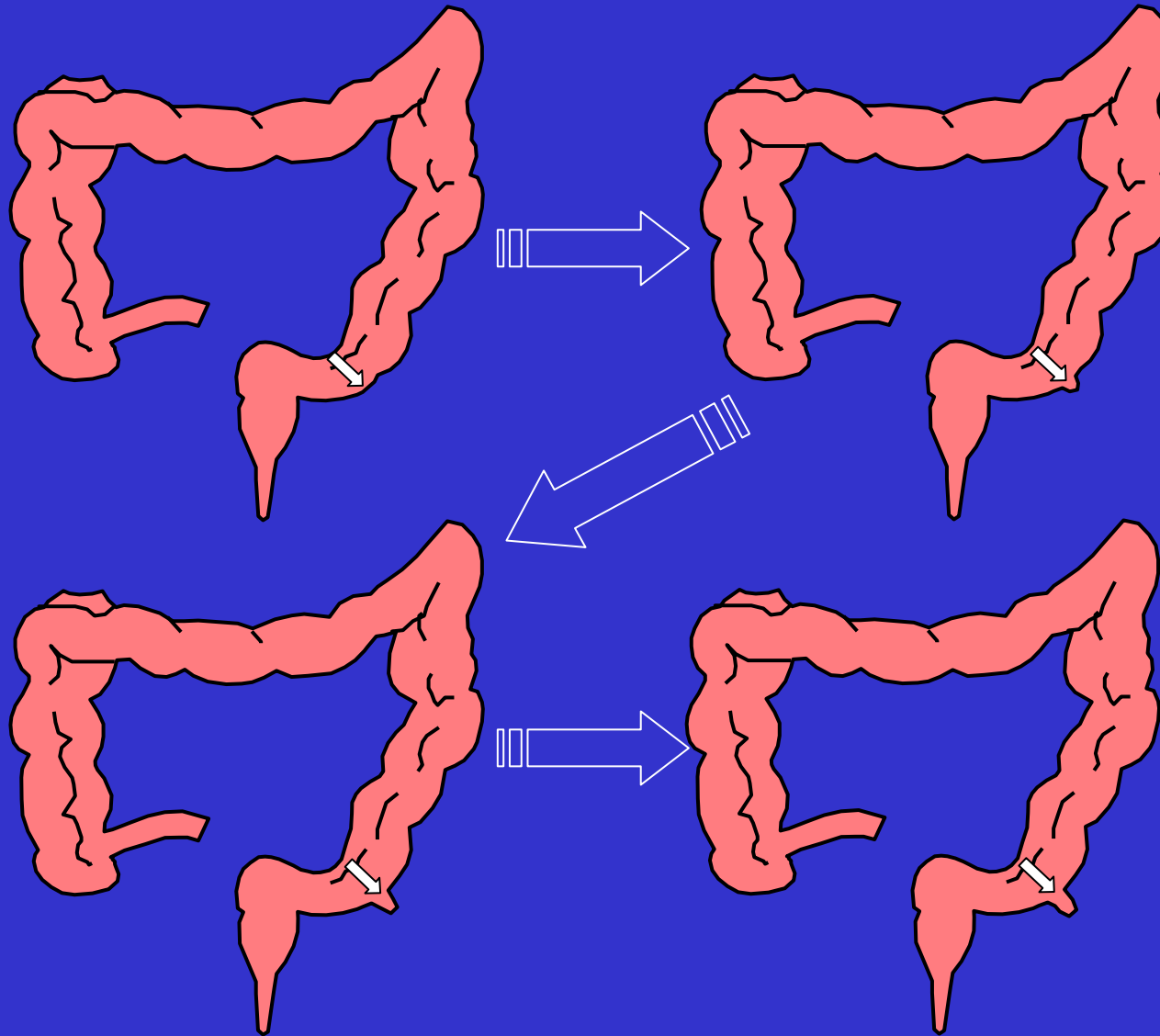
Uremia

Tabla III. Contenido en fibra de algunos alimentos

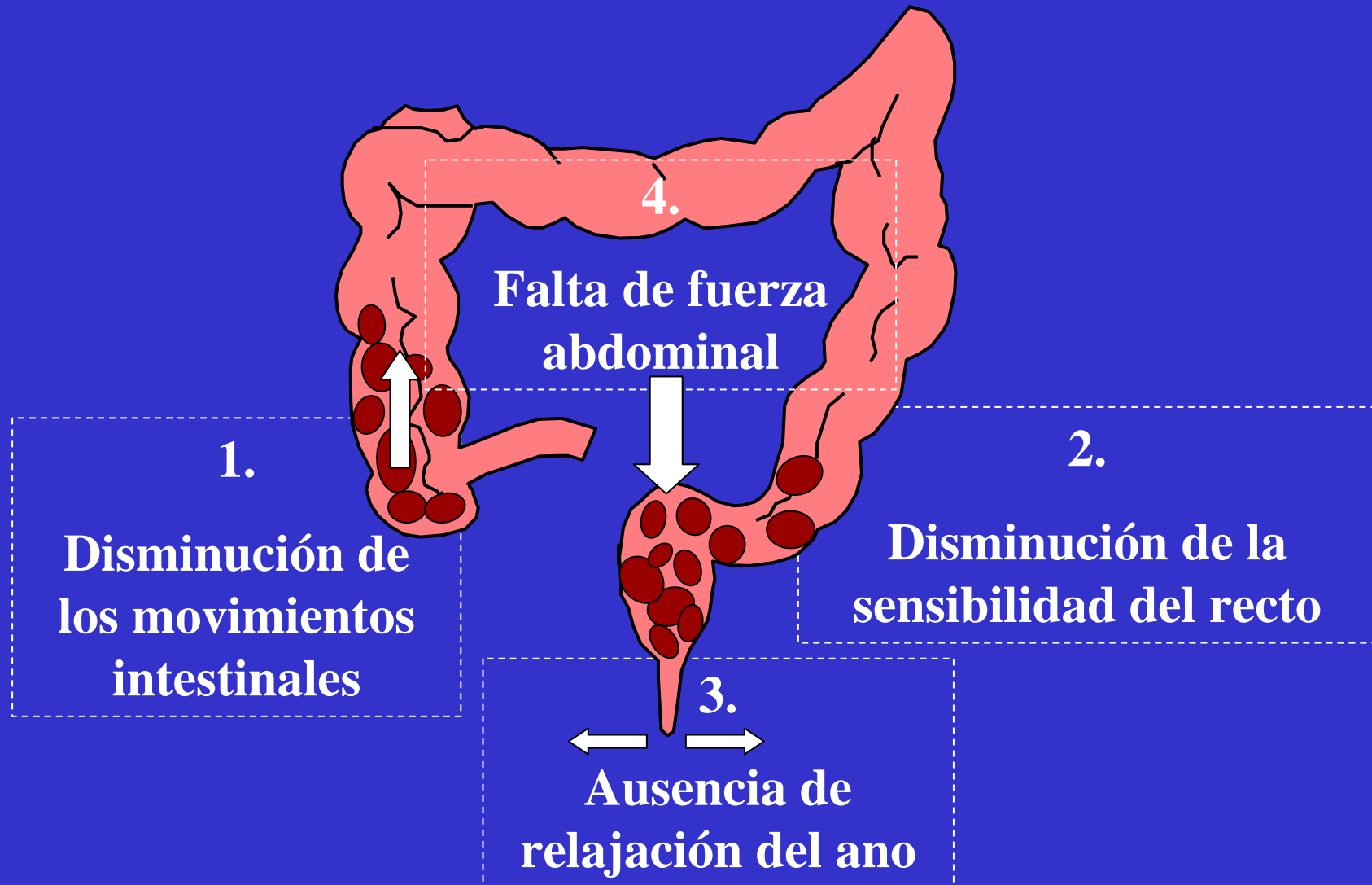
Alimento	Tamaño de la ración	Contenido total de fibra en gramos
Cereales		
Salvado de trigo	100 g	44
Cebada	1/2 taza	5,60
Panes		
Pan blanco	1 rebanada	0,50
Pan integral	1 rebanada	2,66
Pan de centeno	1 rebanada	1,72
Frutas		
Ciruela	1 pieza mediana	0,99
Ciruela pasa	1 taza	13,76
Frambuesa	1 taza	6,03
Fresa	1 taza	3,87
Manzana con piel	1 pieza mediana	2,76
Melocotón	1 taza	3,13
Melón	1 rebanada	1,07
Naranja	1 pieza mediana	3,14
Pera con piel	1 pieza mediana	4,32
Piña	1 taza	1,86
Plátano	1 pieza mediana	2,19
Sandía	1 rebanada	1,93
Uvas	1 taza	1,12
Verduras		
Alcachofa	1 pieza	3,96
Brócoli	1/2 taza	2,58
Calabaza	1/2 taza	2,87
Col de Bruselas	1/2 taza	3,51
Coliflor	1/2 taza	2,30
Maíz tierno	1/2 taza	3,03

Espárragos	1/2 taza	1,20
Espinaca	1/2 taza	2,07
Zanahoria	1/2 taza	2,42
Legumbres		
Guisantes	1/2 taza	3,36
Judías	1/2 taza	5,48
Habas	1/2 taza	1,89
Lentejas	1/2 taza	5,22
Frutos secos		
Almendras	100 g	14
Avellanas	100 g	10
Cacahuetes	100 g	10
Castañas	100 g	7

¿CÓMO SE PRODUCEN LOS DIVERTÍCULOS?

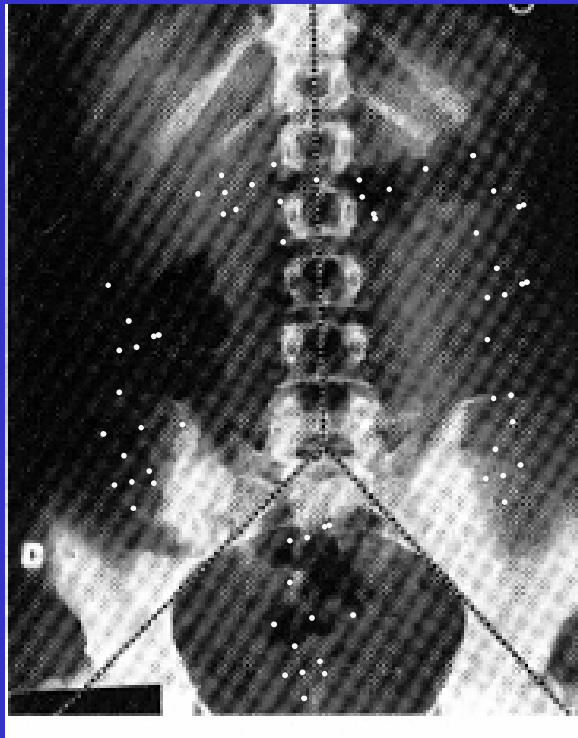


CAUSAS DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO



RADIOGRAFÍAS QUE SIRVEN PARA MEDIR LOS MOVIMIENTOS DEL COLON EN LOS CASOS DE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

4° día



7° día

