

Artículos Originales

Gastroenterología

Nº 15

Giuseppe Chiarioni
Assistant professor,
Organization Azienda
Ospedaliera and University
of Verona, Verona, Italia

Pág. 1

**Terapia de biorretroalimentación en
la disfunción anorrectal: una solución
posible**

Carlos Toro
Médico, Hospital Carlos III,
Madrid, España

Pág. 8

**Alta prevalencia de la seropositividad
a *Anisakis simplex* en pacientes con
dispepsia**

Chokhavatia S, John E,
Bridgeman M, Dixit D
New Brunswick, EE.UU.

Pág. 10

Constipación en personas ańosas

Terapia de biorretroalimentación en la disfunción anorrectal: una solución posible

Biofeedback therapy for outlet dysfunction: eventually the light at the end of the tunnel

Giuseppe Chiarioni

Assistant professor, Organization Azienda Ospedaliera and University of Verona, Verona, Italia

Abstract

Constipation is a commonly reported symptom. Most patients respond to conservative measures. Among those non-responders, outlet dysfunction is the most common subtype. It refers to incomplete evacuation of fecal material from the rectum due to paradoxical contraction or failure to relax the pelvic floor muscles when straining, the so-called dyssynergic defecation. It is considered a behavioral disorder, since no related organic disease has been evidenced. Biofeedback treatment has been recommended. Biofeedback involves use of dedicated machinery to teach patients how to relax the pelvic floor muscles and to improve pushing effort when straining to defecate. A number of uncontrolled trials had suggested biofeedback to be beneficial in dyssynergic defecation both in children and in adults. This has not been confirmed by controlled randomized trials in children. In adults, three randomized controlled trials have been recently published giving concordant results. Biofeedback has been consistently shown to be an effective and specific therapy for dyssynergic defecation. Retraining has been shown to be significantly more effective than macrogol, diazepam (skeletal muscle relaxant), and sham relaxation procedures in constipation secondary to dyssynergic defecation. We have gained unequivocal evidence that biofeedback therapy is the treatment of choice for dyssynergic defecation in constipated adults.

Keywords: biofeedback, constipation, pelvic floor dyssynergia, obstructed defecation, dyssynergic defecation, randomized controlled trials

Resumen

La constipación es un síntoma frecuente. La mayoría de los pacientes responde a medidas conservadoras. Entre los que no responden, el subtipo más frecuente es la disfunción anorrectal, que se refiere a la evacuación incompleta de la materia fecal del recto debido a la contracción paradójica o a la falta de relajación de los músculos del piso pelviano durante el esfuerzo, la denominada defecación disinérgica. Se la considera un trastorno del comportamiento, dado que no se ha observado una enfermedad orgánica relacionada. Se ha recomendado el tratamiento de biorretroalimentación, que involucra un procedimiento dedicado a enseñar a los pacientes cómo relajar los músculos del piso pelviano y mejorar los empujes cuando se intenta defecar. Algunos ensayos no controlados habían sugerido que la biorretroalimentación era beneficiosa en la defecación disinérgica tanto en niños como en adultos. Recientemente, se publicaron 3 ensayos controlados y aleatorizados en adultos, que proporcionaron resultados concordantes. Se demostró de manera coincidente que es un tratamiento eficaz y específico para la defecación disinérgica. Se demostró que el reentrenamiento es mucho más eficaz que el macrogol, el diazepam (relajante del músculo esquelético) y los procedimientos de relajación simulados en la constipación secundaria a defecación disinérgica. Hemos obtenido pruebas inequívocas de que la terapia de biorretroalimentación es el tratamiento de elección en la defecación disinérgica de los adultos constipados.

Palabras clave: biorretroalimentación, constipación, disinergia del piso pelviano, defecación obstruida, ensayos controlados aleatorizados

Introducción

La constipación crónica es un síntoma intestinal comunicado con frecuencia que afecta del 2% al 30% de las personas de los países occidentales y que tiene un impacto relevante sobre los gastos de salud y la calidad de vida.¹ La mayoría de los pacientes responde satisfactoriamente al

suplemento de fibras y líquidos o al uso prudente de laxantes.¹ Entre quienes no responden al tratamiento, la constipación resistente parece particularmente frecuente y afecta hasta el 50% de las derivaciones a un centro de atención especializada.² La constipación de tipo disfunción del tracto de salida se refiere a la dificultad para evacuar el recto, pero puede asociarse con una lentitud secundaria del tránsito intestinal a través del colon.³ La mayoría de los pacientes muestra falta de relajación o contracción paradójica de los músculos del piso pelviano y del ano con la defecación, cuando son evaluados

mediante procedimientos cuidadosos.⁴ Esta contracción inapropiada puede asociarse con un esfuerzo de pujo defectuoso y se considera comúnmente una forma de conducta de mala adaptación (es decir, no se puede demostrar ningún defecto neurológico ni anatómico).⁴ Recientemente se la ha definido como defecación disinérgica (DD), según los criterios de Roma III; antes era definida como disinergia del piso pelviano, en los criterios de Roma II.⁴ Los síntomas más relevantes de la disinergia del piso pelviano son esfuerzos con la defecación y la sensación de evacuación rectal incompleta con

Enviar correspondencia a: Giuseppe Chiarioni. Organization Azienda Ospedaliera and University of Verona, 37067, Verona, Italia
chiarioni@tin.it

Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

pacientes que pasan una parte importante del día en esfuerzos desalentadores en el baño.¹ Los criterios diagnósticos de la DD incluyen los de la constipación funcional (dos o más entre seis síntomas presentes como mínimo durante 12 semanas, con inicio más de seis meses atrás: esfuerzos defecatorios, heces en terrones o duras, sensación de evacuación incompleta, sensación de obstrucción/ bloqueo anorrectal, maniobras manuales para facilitar la defecación en más del 25% de los movimientos intestinales, menos de tres defecaciones por semana), sumados a la demostración de por lo menos dos de tres de las siguientes anomalías funcionales: deterioro de la evacuación rectal, contracción inapropiada o relajación de menos del 20% de los músculos del piso pelviano con el esfuerzo defecatorio y fuerza propulsiva insuficiente en la defecación determinada mediante técnicas diagnósticas objetivas (manometría, radiología, electromiografía).⁴ Estos pacientes a menudo no responden a las medidas conservadoras y la división quirúrgica del músculo puborrectal ha conducido a escasos beneficios y a incontinencia anal inaceptable.⁵ Por lo tanto, un tratamiento conductual parece ser la elección más lógica en estas personas. La biorretroalimentación se considera apropiada siempre que se conozcan los mecanismos fisiopatológicos específicos y pueda aprenderse el control de las respuestas con ayuda de la información sistemática acerca de las funciones que habitualmente no son controladas a nivel consciente.⁶ Ya en 1979, Thomas P. Almy y John A. Corson, en un editorial entusiasta acerca de un artículo relevante sobre el tratamiento

por biorretroalimentación de la incontinencia fecal, fueron los primeros en extender el tratamiento conductual a la constipación rectal.⁷ Sin embargo, el primer artículo que trató sobre el tema en una pequeña cantidad de sujetos fue publicado recién en 1987 por la dificultad que se observó para que la terapia conductual rompiera la visión médica conservadora orientada al fármaco.⁸

Técnicas de biorretroalimentación

El aumento paradójico de la presión anal y la actividad electromiográfica (EMG) durante el esfuerzo se detectan fácilmente en pacientes con DD. La presión anal puede medirse por medio de catéteres perfundidos, transductores de estado sólido o catéteres con balón.⁹ Ninguna técnica parece superior a las otras y la elección se basa en la experiencia del investigador. La actividad EMG anal puede registrarse mediante sondas intraanales o mediante electrodos de EMG perianales con resultados similares. La expulsión defectuosa habitualmente se investiga pidiendo al paciente que defeque en un balón rectal lleno con agua. Los pacientes con DD habitualmente fracasan en esta prueba.⁹ Además, algunos pacientes perciben la urgencia defecatoria con volúmenes mayores que los sujetos sanos. La relevancia de esta disfunción sensitiva en realidad está mal definida en contraste con la relevancia del deterioro sensitivo rectal en la incontinencia fecal.¹⁰ Las investigaciones de la morfología anorrectal (radiología, ecografía, resonancia magnética del piso pelviano) pueden tener relevancia diagnóstica, pero no parecen influir en el resultado terapéutico.⁹

Como los pacientes pueden ser entrenados para mejorar diferentes funciones, los protocolos de biorretroalimentación varían entre diferentes centros. Una piedra fundamental de la terapia conductual es explicar la disfunción anorrectal y conversar su relevancia con el paciente, antes de abordar el tratamiento.¹¹ La mayoría de los protocolos incluye, entonces, el entrenamiento del paciente en el uso más efectivo de los músculos abdominales para mejorar el esfuerzo de pujo. También se muestra a los pacientes la manometría anal o los trazados electromiográficos que muestran la función anal, y se les enseña mediante ensayo y error a relajar los músculos del piso pelviano y el ano con el esfuerzo defecatorio.¹¹ Este objetivo se persigue primero con la ayuda visual de los trazados y el estímulo continuo del terapeuta. A continuación, se va retirando gradualmente tanto la ayuda visual como auditiva mientras se mantiene la tarea.¹¹ El número de sesiones terapéuticas no está estandarizado, pero el procedimiento lleva tiempo y requiere un terapeuta dedicado. Otra opción de reentrenamiento es simular la defecación por medio de un balón lleno con aire que se extrae lentamente del recto mientras el paciente se concentra en la sensación provocada e intenta facilitar su pasaje. En una segunda fase, se enseña al paciente a defecar, con el balón mantenido más abajo, más eficazmente y sin ayuda del terapeuta.¹¹ Pocos centros agregan un reentrenamiento sensitivo con balón para reducir la percepción de la urgencia.¹² Faltan estudios controlados que comparen sistemáticamente diferentes protocolos de biorretroalimentación. Un

metanálisis mostró que en los estudios abiertos la tasa media de eficacia con la biorretroalimentación de presión era ligeramente superior a la de la biorretroalimentación con EMG (78% frente a 70%).¹³ No se observaron diferencias entre diferentes registros EMG (anal o perianal). Además, el agregado de retroalimentación con balón no pareció influir en el resultado terapéutico.¹³ Sin embargo, la mayoría de los estudios en los últimos 10 años habían privilegiado el uso de la biorretroalimentación con EMG sobre la biorretroalimentación por presión, incluso en ausencia de pruebas científicas.¹³ No existe ningún protocolo estandarizado y la mayoría de los centros utilizarían diferentes asociaciones de entrenamiento con EMG en laboratorio, entrenamiento doméstico con EMG y retroalimentación por balón, dependiendo de la experiencia del investigador.^{11,13}

Eficacia del entrenamiento

Estudios no controlados: la época antigua

En 1987, Bleijenberg y Kujipers fueron los primeros en comunicar la eficacia del tratamiento de biorretroalimentación con EMG combinado con defecación en harina de avena en 10 pacientes afectados por síndrome espástico del piso pelviano, más tarde redefinido como disinergia del piso pelviano. El tratamiento fue un éxito completo en 7 pacientes y tuvo éxito parcial en otros 2, según fue comunicado por los autores.⁸ Después del entusiasmo que trajo este ensayo abierto, se llevaron a cabo algunos estudios no controlados en los años noventa para investigar la eficacia de la terapia conductual en la constipación resistente al tratamiento. El resultado

terapéutico varía mucho entre los centros, con tasas de eficacia que van del 18.2% al 100% de los pacientes estudiados, pero una tasa mediana de respuesta de aproximadamente 67%.⁶ No se observó nunca ningún efecto colateral relacionado con la terapia de biorretroalimentación.^{6,11,13} Los principales inconvenientes fueron una considerable varianza en relación con los criterios de inclusión, criterios de resultados, intervalos de seguimiento y protocolos terapéuticos.¹³ Otras limitaciones que se dieron fueron el tamaño pequeño de la muestra (a menudo no más de 30 sujetos estudiados) y la falta de cualquier grupo control.¹³ Sin embargo, la mayoría de los estudios no controlados en adultos comunicaron un resultado favorable en alrededor de dos tercios de los pacientes, sin efectos colaterales.^{6,11,13} Las anomalías morfológicas del piso pelviano, es decir, rectocele, invaginación y alteración en el descenso del periné, no parecieron influir en los resultados del tratamiento conductual cuando coexistieron con DD.¹⁴ Algunos investigadores no pudieron identificar una variable funcional que pudiera predecir el resultado del tratamiento, pero se sugirió una influencia psicopatológica potencial.¹³ Sin embargo, algunos datos provenientes del grupo de St. Mark arrojaron dudas sobre la eficacia del tratamiento conductual en la DD. Este grupo comunicó que la biorretroalimentación era igualmente eficaz en pacientes constipados con tránsito intestinal lento y aquellos con disfunción anorrectal y que el entrenamiento de biorretroalimentación conducía a la aceleración de la totalidad del tracto intestinal.¹⁵ Para explicar este hallazgo, este grupo había postulado la hipótesis de

una influencia favorable de la biorretroalimentación sobre la innervación autónoma del intestino grueso.¹⁶ Además, el grupo de St. Mark comunicó, en un estudio aleatorizado y controlado con gran cantidad de pacientes con incontinencia fecal, que la biorretroalimentación no era más eficaz que el entrenamiento intestinal y la educación.¹⁷ Estos resultados desafían tanto la eficacia de la terapia conductual como la declaración de que el reentrenamiento constituye una contribución específica al tratamiento de la constipación fuera de la educación o de la psicoterapia, y condujeron a que muchos consideraran la biorretroalimentación como poco más que un placebo costoso.

Estudios controlados: la nueva era

En la era de los estudios controlados, se realizaron primero ensayos controlados y aleatorizados en la población pediátrica. En 1987, Wald y col. compararon la terapia de biorretroalimentación por presión con vaselina en un grupo de 55 niños encopréuticos, 16 de los cuales mostraban signos de DD.¹⁸ Si bien se observó una tendencia hacia mayor mejoría en el grupo de biorretroalimentación, la tasa de eficacia no alcanzó significación. En otro estudio controlado, una población de 43 niños con DD establecida fue aleatorizada a recibir terapia de retroalimentación más cuidados convencionales (laxantes) o a tratamiento convencional solamente.¹⁹ Todos los niños tenían impactación fecal y encopresis y se sometieron a una desimpactación rectal inicial antes del tratamiento. El grupo de biorretroalimentación respondió significativamente mejor que el grupo de tratamiento

convencional, y alrededor del 50% de los pacientes mostró una resolución eficaz de los síntomas al año de seguimiento, en comparación con el 16% solamente en el grupo de cuidados convencionales.¹⁹ El beneficio clínico corrió paralelo a la normalización de la dinámica de la defecación. Se comunicaron beneficios similares en otro estudio controlado con población pediátrica, pero el seguimiento fue demasiado breve (tres meses) para extraer una conclusión firme.²⁰ Sin embargo, el estudio controlado y aleatorizado más grande sobre la constipación pediátrica, que incluyó a 192 pacientes para evaluar laxantes más terapia de biorretroalimentación con EMG frente a laxantes solamente, no pudo mostrar un beneficio con el reentrenamiento.²¹ No todos los sujetos tenían DD, pero se comunicó un fracaso similar en un estudio controlado que consideró una muestra más pequeña de niños que tenían tanto DD como encopresis.²² Antes de 2005 se publicaron cuatro estudios controlados con población adulta. Dos de ellos compararon diferentes técnicas de biorretroalimentación y otros 2 compararon biorretroalimentación por EMG con defecación simulada.²³ El único que proporcionó un tamaño de muestra suficientemente grande para extraer conclusiones potenciales fue el realizado por el grupo de St. Mark en 1995, que comparó la biorretroalimentación con la defecación simulada.²⁴ Estos autores estudiaron una serie de 60 adultos con constipación funcional que no respondieron a medidas conservadoras y los aleatorizaron a biorretroalimentación con EMG y balón rectal o a un

entrenamiento de coordinación muscular abdominopelviano y retroalimentación con balón sin instrumentación para ayudar a los pacientes a aprender a relajar el piso pelviano. Después de 2 sesiones insatisfactorias, se consideró arbitrariamente que los pacientes eran incapaces de responder y se los pasó a tratamiento alternativo. Esto fue un sesgo importante del estudio, ya que no se puede manejar una alteración funcional compleja como la DD con un protocolo tan breve. Alrededor del 50% de los pacientes evaluó sus síntomas como significativamente mejorados en ambos grupos al final del tratamiento.²⁴ El resultado no se correlacionó con el tiempo de tránsito colónico, la presencia de DD u otras variables funcionales y clínicas que desafiaron cualquier afirmación sobre la acción específica de la biorretroalimentación en la disfunción anorrectal. Para evaluar este problema crítico, junto con el profesor Whitehead, de la *University of North Carolina at Chapel Hill, EE.UU.*, decidimos llevar a cabo un estudio abierto con 52 pacientes, con constipación de tránsito lento grave que no respondía al tratamiento, definida por estudio tardío de marcadores.³ Treinta y cuatro de ellos mostraron pruebas de disinergia del piso pelviano (tanto incapacidad para relajar los músculos del piso pelviano con el esfuerzo como fracaso de la prueba de expulsión con balón rectal),⁶ de defecación alterada (fracaso de la prueba de expulsión con balón rectal),¹² de tránsito lento solamente. Todos los pacientes constipados recibieron 5 sesiones semanales de un protocolo complejo de biorretroalimentación que comprendió tres pasos. Primero,

se les enseñó a los pacientes a realizar esfuerzos más eficaces coordinando la contracción de los músculos de la pared abdominal con su respiración para mejorar los esfuerzos de pujo. Segundo, se les enseñó a relajar los músculos del piso pelviano y el ano con el esfuerzo utilizando una sonda electromiográfica conectada a un dispositivo portátil para mostrar los registros del EMG. Por último, practicaron la defecación con un balón lleno de aire para aprender las sensaciones asociadas con una defecación exitosa. Todas las sesiones fueron realizadas en forma individual. Se evaluaron los parámetros anorrectales funcionales y clínicos tanto antes de la terapia conductual como después de esta. Después de los seis meses, el 71% de los pacientes con disinergia del piso pelviano y tránsito lento comunicó satisfacción, en comparación con el 8% en el grupo que solo tenía tránsito lento, y el 76% en comparación con el 8% comunicó 3 movimientos intestinales por semana o más. Los resultados fueron muy significativos y se mantuvieron bien en el seguimiento a los dos años. Además, el 50% de los pacientes en el grupo de defecación alterada comunicó satisfacción después del tratamiento. No se informaron efectos colaterales. La satisfacción se correlacionó con mejor evacuación rectal, como lo demostraron la prueba exitosa de expulsión con balón y las reducciones en la disinergia. También se observó un aumento importante de la presión rectal de los esfuerzos defecatorios. Es interesante señalar que se registró también una disminución importante del umbral de percepción de la urgencia, aunque no se había previsto un reentrenamiento

sensitivo específico. La eficacia del tratamiento fue predicha por la disinergia del piso pelviano, la constipación más leve y el dolor abdominal menos frecuente en el inicio.³

Este estudio nos llevó a concluir que la terapia de biorretroalimentación es un tratamiento eficaz para la DD que no responde a las medidas conservadoras. Además, los beneficios de la biorretroalimentación son específicos de la DD y el reentrenamiento solo funciona en los pacientes que han aprendido a relajar los músculos del piso pelviano y el ano con los esfuerzos defecatorios. La demora asociada con el tránsito lento del colon no debe impedir el acceso de los pacientes a la terapia conductual, ya que puede ser secundaria a una DD. Sin embargo, la terapia de biorretroalimentación generalmente es considerada costosa, exigente desde el punto de vista profesional y prolongada, mientras que los tratamientos farmacológicos (laxantes, relajantes musculares) son considerados más económicos y fácilmente disponibles. Por lo tanto, se necesitaban estudios controlados y aleatorizados que evaluaran diferentes resultados terapéuticos. Esta necesidad fue reforzada por una declaración del *American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task* de que los laxantes osmóticos eran eficaces para mejorar la frecuencia y la consistencia de las deposiciones en todos los pacientes con constipación crónica.²⁵

Recientemente, 3 estudios controlados y aleatorizados, provenientes de distintos centros, proporcionaron respuestas satisfactorias a nuestras preguntas.²⁶⁻²⁸ Nosotros

realizamos el primero de ellos, que comparó 5 sesiones semanales del protocolo de biorretroalimentación mencionado antes con un laxante osmótico prescrito con frecuencia (polietilenglicol [PEG]) en dosificación incremental (14.6-29.2 g/día) más 5 sesiones de asesoramiento semanal en 109 pacientes con constipación con tránsito normal secundaria a DD, aleatorizados a un grupo de biorretroalimentación (54 pacientes) y un grupo de laxantes (55 pacientes).²⁶ Los intervalos de seguimiento se extendieron hasta 12 meses en el grupo de PEG y hasta 24 meses en el grupo de terapia conductual. Se evaluó la satisfacción con el tratamiento, los síntomas de constipación y la fisiología del piso pelviano antes del tratamiento, cada 6 meses en el primer año y a los 24 meses más tarde. A los 6 meses se comunicó una mejoría importante en el 80% de los pacientes en el grupo de terapia conductual, en comparación con solo 20% en el grupo de PEG.²⁶ Cuatro pacientes en el grupo de PEG comunicaron efectos adversos leves (dolor abdominal, diarrea) que remitieron espontáneamente al disminuir la dosificación, mientras que ningún paciente en el grupo de reentrenamiento comunicó algún efecto colateral. Los beneficios de la biorretroalimentación se mantuvieron bien durante todo el intervalo de seguimiento. Los beneficios clínicos se correlacionaron bien con la evidencia instrumental de regresión de la disinergia del piso pelviano. La única variable clínica que predijo el resultado terapéutico fue la facilitación digital de la defecación, que predijo fracaso, mientras que la fisiología anorrectal no pudo predecir el resultado.

Es interesante señalar la presunción de que los laxantes distintos del PEG disminuían significativamente en el grupo de reentrenamiento, en comparación con el grupo de PEG a los 6 a 12 meses de seguimiento, mientras que la frecuencia intestinal aumentó en forma igualmente significativa en ambos grupos, en comparación con el inicio.²⁶

En un segundo estudio aleatorizado y controlado, Rao y col. compararon el tratamiento de biorretroalimentación con la biorretroalimentación simulada (terapia de relajación) y con los cuidados estándares (dieta, ejercicio y laxantes) en 77 individuos constipados con DD.²⁷ Una mayor proporción de sujetos que recibió biorretroalimentación (86%) comunicó una mejoría mayor del 20% en la satisfacción global en una escala visual analógica, en comparación con individuos que recibieron biorretroalimentación simulada, pero no cuando se compararon con los cuidados estándares. También se informó la mejoría en los patrones disinérgicos de defecación y la frecuencia de movimientos intestinales en los individuos tratados con biorretroalimentación, en comparación con los tratamientos alternativos.²⁷

En un tercer ensayo aleatorizado y controlado, Heymen y col. aleatorizaron 84 sujetos constipados afectados por DD a recibir biorretroalimentación (30 pacientes), diazepam (30 sujetos) o placebo (24 pacientes).²⁸ El diazepam se eligió por su acción relajante muscular bien conocida. Todos los sujetos fueron entrenados para hacer ejercicios de los músculos del piso pelviano con el fin de corregir la DD, pero solo el grupo de biorretroalimentación fue tratado con biorretroalimentación

por EMG. El análisis por intención de tratar mostró que la biorretroalimentación era superior tanto al diazepam como al placebo (70% frente a 23% y 38%, respectivamente exitosa). El reentrenamiento de los pacientes también mostró un aumento de la frecuencia de movimientos intestinales y mejor dinámica defecatoria cuando se comparó tanto con el diazepam como con el placebo.²⁸ Este estudio destaca la relevancia de la metodología dedicada a proporcionar un reentrenamiento suficiente en la DD.

Limitaciones de la terapia de biorretroalimentación: nadie es perfecto

Algunos ensayos controlados comunicaron resultados adversos en la constipación grave tratada mediante terapia de biorretroalimentación. Sin embargo, esto se limitó principalmente a la población pediátrica.²³ La terapia de biorretroalimentación requiere un procesamiento cognitivo complejo más atención prolongada de los procedimientos sofisticados de aprendizaje que pueden estar más allá de las capacidades de muchos niños pequeños. Además, algunos ensayos pediátricos a menudo

incluyeron individuos sin DD. Es sabido que los individuos constipados que tienen otra etiología responden poco al reentrenamiento.¹³ Además, la relación terapeuta-paciente y particularmente las habilidades y el entrenamiento del terapeuta parecen influir en el resultado del tratamiento.¹³ La terapia conductual eficaz requiere un terapeuta sumamente entrenado y motivado y, en realidad, nos estamos enfrentando a una escasez de programas de enseñanza por el bajo reembolso para el reentrenamiento. Finalmente, una terapia individual parece un requisito importante que aumenta la carga económica del reentrenamiento.^{11,23}

Conclusiones

Los pacientes constipados afectados por DD a menudo no responden a las medidas conservadoras (modificaciones del estilo de vida, suplementos de fibras y líquidos, y laxantes); son individuos que, en general gastan una parte importante del día en un esfuerzo vano por lograr movimientos intestinales satisfactorios. Su calidad de vida se ve deteriorada y la carga económica de la enfermedad (días de trabajo perdido, medicaciones, consultas,

procedimientos) es probable que no sea despreciable. Las investigaciones apropiadas confirman un diagnóstico preciso de DD y deben realizarse en pacientes gravemente constipados. La terapia de la DD había sido frustrante tanto para los pacientes como para los médicos durante muchos años. Sin embargo, parece que hemos llegado al final del dilema terapéutico. Algunos ensayos controlados y aleatorizados publicados muestran de forma inequívoca que la DD puede ser tratada de manera eficaz mediante la terapia de biorretroalimentación. Este tratamiento está libre de efectos colaterales, es más eficaz que los laxantes y es capaz de mejorar tanto los síntomas como la función intestinal en la mayoría de los pacientes. Si bien el reentrenamiento es una forma costosa de terapia, por el tiempo y las habilidades necesarias para realizarlo, la biorretroalimentación produce beneficios clínicos y funcionales duraderos y prolongados en la constipación secundaria a un trastorno anorrectal que no responde al tratamiento. Por lo tanto, la terapia de biorretroalimentación debe ser considerada como el tratamiento de elección de la DD

Lista de abreviaturas y siglas

DD, defecación disinérgica; EMG, electromiografía; PEG, polietilenglicol.

Autoevaluación del artículo

Los criterios diagnósticos de la defecación disinérgica incluyen los de la constipación funcional, sumados a la demostración de ciertas anomalías funcionales.

¿Cuál de los siguientes es un criterio indicativo de constipación funcional?

- A, Síntomas que comenzaron hace ocho semanas.
- B, Menos de 5 defecaciones por semana.
- C, Maniobras manuales para facilitar la defecación en más del 50% de las veces.
- D, Sensación de evacuación incompleta.
- E, No defecar durante todo un día.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/93616

Cómo citar este artículo: Chiarioni

G. Terapia de biorretroalimentación en la disfunción anorrectal: una solución posible. Artículos Originales Gastroenterología 15:1-7, Sep 2018.

How to cite this article:

Chiarioni G. Biofeedback therapy for outlet dysfunction: eventually the light at the end of the tunnel. Artículos Originales Gastroenterología 15:X1-7, Sep 2018.

Conexiones temáticas

Los informes de Artículos Originales se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



Bibliografía

1. Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. *N Engl J Med* 349:1360-1368, 2003.
2. Surrenti E, Rath DM, Pemberton JH, Camilleri M. Audit of constipation in a tertiary referral gastroenterology practice. *Am J Gastroenterol* 90:1471-1475, 1995.
3. Chiarioni G, Salandini L, Whitehead WE. Biofeedback benefits only patients with outlet dysfunction, not patients with isolated slow transit constipation. *Gastroenterology* 129:86-97, 2005.
4. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao SS. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 130:1510-1518, 2006.
5. Kamm MA, Hawley PR, Lennard-Jones JE. Lateral division of the puborectalis muscle in the management of severe constipation. *Br J Surg* 75:661-663, 1988.
6. Enck P. Biofeedback training in disordered defecation. A critical review. *Dig Dis Sci* 38:1953-60, 1993.
7. Almy PA, Corson JA. Biofeedback-the light at the end of the tunnel. *Gastroenterology* 76:874-876, 1979.
8. Bleijenberg G, Kuijpers HC. Treatment of the spastic pelvic floor syndrome with biofeedback. *Dis Colon Rectum* 30:108-111, 1987.
9. Scarlett YV. Anorectal manometry and biofeedback. In: Drossman DA, Shaheen NJ, and Grimm IS, eds. *Handbook of Gastroenterologic Procedures*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Pp. 341-348.
10. Chiarioni G, Bassotti G, Stanganini S, Vantini I, Whitehead WE. Sensory retraining is key to biofeedback therapy for formed stool fecal incontinence. *Am J Gastroenterol* 97:109-117, 2002.
11. Bassotti G, Chistolini F, Sietchipping-Nzepa F, de Roberto G, Morelli A, Chiarioni G. Biofeedback for pelvic floor dysfunction in constipation. *BMJ* 328:393-396, 2004.
12. Rao SC, Wecher KD, Pelsang RE. Effects of biofeedback therapy on anorectal function in obstructive defecation. *Dig Dis Sci* 42:2197-2205, 1997.
13. Heymen S, Jones KR, Scarlett Y, Whitehead WE. Biofeedback treatment of constipation: a critical review. *Dis Colon Rectum* 46:1208-1217, 2003.
14. Lau CW, Heymen S, Alabaz O, Iroatulum AJN, Wexner SD. Prognostic significance of rectocele, intussusception, and abnormal perineal descent in biofeedback treatment for constipated patients with paradoxical puborectalis contraction. *Dis Colon Rectum* 43:478-482, 2000.
15. Chiotakakou-Faliakou E, Kamm MA, Roy AJ, Storrie JB, Turner IC. Biofeedback provides long-term benefit for patients with intractable slow and normal transit constipation. *Gut* 42:517-521, 1998.
16. Emmanuel AV, Kamm MA. Response to a behavioral treatment, biofeedback, in constipated patients is associated with improved gut transit and autonomic innervation. *Gut* 49:214-219, 2001.
17. Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology* 125:1320-1329, 2003.
18. Wald A, Chandra R, Gabel S, Chiponis D. Evaluation of biofeedback in childhood encopresis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 6:554-558, 1987.
19. Loening-Baucke V. Modulation of abnormal defecation dynamics by biofeedback treatment in chronically constipated children with encopresis. *J Pediatr* 116:214-222, 1990.
20. Sunic-Omejc M, Mihanovic M, Bilic A, et al. Efficiency of biofeedback therapy for chronic constipation in children. *Coll Antropol* 26(Suppl.):93-1019, 2002.
21. Van der Plas RN, Benninga MA, Buller HA, et al. Biofeedback training in treatment of childhood constipation: a randomised controlled trial. *Lancet* 348:776-780, 1996.
22. Nolan T, Catto-Smith T, Coffey C, Wells J. Randomised controlled trial of biofeedback training in persistent encopresis with anismus. *Arch Dis Child* 79:131-135, 1998.
23. Chiarioni G, Heymen S, Whitehead WE. Biofeedback therapy for dyssynergic defecation. *World J Gastroenterol* 28:7069-7074, 2006.
24. Koutsomanis D, Lennard-Jones JE, Roy AJ, Kamm MA. Controlled randomised trial of visual biofeedback versus muscle training without a visual display for intractable constipation. *Gut* 37:95-99, 1995.
25. Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, Schiller LR, Schoenfeld P, Talley NJ. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol* 100(Suppl.1):S5-S21, 2005.
26. Chiarioni G, Pezza V, Whitehead WE, Morelli A, Bassotti G. Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. *Gastroenterology* 130:657-664, 2006.
27. Rao SS, Seaton K, Miller M, et al. Randomized controlled trial of biofeedback, sham biofeedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 5:331-338, 2007.
28. Heymen S, Scarlett Y, Jones K, Ringel Y, Drossman D, Whitehead WE. Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to alternative treatments for patients with pelvic floor dyssynergia-type constipation. *Dis Colon Rectum* 50:1-14, 2007.

Alta prevalencia de la seropositividad a *Anisakis simplex* en pacientes con dispepsia

*High prevalence of seropositivity to a major allergen of *Anisakis simplex*, in dyspeptic patients*

Carlos Toro
Médico, Hospital Carlos III, Madrid, España

*El trabajo pone de relieve que la infección por *Anisakis simplex* es más elevada de lo que hasta ahora se suponía, con probable relevancia clínica. El consumo de pescado no cocinado está asociado con la detección de anticuerpos. Por lo tanto, evitar su consumo o congelar previamente el pescado evitaría la enfermedad.*

(especial para SIIC © Derechos reservados)

8

La infección por *Anisakis simplex* puede ser mucho más frecuente de lo que hasta ahora se había diagnosticado. *A. simplex* es un parásito que puede infectar al ser humano de forma accidental. Su infección (denominada anisakidosis) se produce al ingerir pescado crudo o poco cocinado infectado por una forma larvaria del parásito. El ser humano no forma parte de su ciclo por lo que la infección es abortiva; no obstante, puede infiltrarse en los tejidos gástricos e intestinales ocasionando cuadros que pueden imitar a cualquier otra afección digestiva. Hasta el presente, el diagnóstico se basó en la visualización de la larva utilizando métodos muy agresivos, como la gastroscopia a las 24 horas de la ingestión de la larva o la laparotomía intestinal. Aunque se han desarrollado técnicas serológicas para diagnosticar la infección mediante anticuerpos específicos, la alta reactividad cruzada con otros helmintos ha dificultado su utilización con fines diagnósticos. En un intento de

mejorar el diagnóstico serológico, identificamos una proteína con características inmunogénicas denominada Ani s 1, que no presenta homología con ninguna otra proteína previamente descrita. Demostramos que la detección mediante una técnica de *immunoblotting* de anticuerpos IgE anti-Ani s 1 presenta una alta fiabilidad en el diagnóstico de la anisakidosis. Con este nuevo método nos propusimos estudiar, en pacientes dispépticos que acudieron a realizarse una endoscopia gástrica, cuál era la prevalencia de anticuerpos IgE anti-Ani s 1 frente al parásito y su posible relación con diversos factores epidemiológicos, además del consumo de pescado crudo. Se estudiaron 174 pacientes en los que se también se recogió información sobre el consumo de alcohol y tabaco, la frecuencia y la forma de consumo de pescado, y los antecedentes de cirugía gástrica. Un total de 21 pacientes (12.1%) presentaron anticuerpos anti-Ani s 1 sin que se detectase ningún caso de parasitación

activa durante la endoscopia. La seroprevalencia de este anticuerpo aumentó con la edad en los pacientes menores de 62 años ($p = 0.047$). La seropositividad a la proteína Ani s 1 se asoció significativamente con el consumo habitual (más de una vez al mes) de pescado en vinagre ($p < 0.001$), crudo ($p < 0.001$) y ahumado ($p = 0.007$). No se encontró asociación entre el consumo de tabaco o alcohol y la seropositividad al parásito, ni tampoco con la infección por *Helicobacter pylori*. En los cinco pacientes que tenían antecedente de cirugía gástrica (piloroplástica con vagotomía en todos los casos), tres de ellos eran seropositivos para la proteína Ani s 1 ($p = 0.0019$). Se realizó un análisis multivariado para identificar los factores que estaban independientemente asociados con la detección de anticuerpos. Se observó que el consumo de pescado en vinagre o crudo y el antecedente de cirugía gástrica fueron factores independientemente relacionados

con la seropositividad a Anisakis 1. Esta alta prevalencia de detección de anticuerpos anti-Anisakis 1 en pacientes dispépticos sugiere que la infección por *A. simplex* puede ser más frecuente de lo que hasta ahora está siendo diagnosticada, y que tan solo

los pacientes que presentan síntomas graves que requieren intervenciones invasivas urgentes serían los únicos diagnosticados. Es más, probablemente la gran mayoría de casos de anisakidosis podría cursar con síntomas leves que estén siendo confundidos

con los producidos por otras enfermedades. El consumo de pescado no cocinado está asociado con la detección de anticuerpos; por lo tanto, evitar su consumo o congelar previamente el pescado evitaría la enfermedad.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2018
www.siicsalud.com

El autor no manifiesta conflictos de interés.

Autoevaluación del artículo

La anisakidosis, la infección por *Anisakis simplex*, podría ser más frecuente de lo estimado con anterioridad.

Señale el enunciado correcto para la anisakidosis:

1. *Anisakis simplex* es un parásito que puede infectar accidentalmente al ser humano.
2. La infección (anisakidosis) se produce al ingerir pescado crudo o poco cocinado infectado por una forma larvaria del parásito.
3. El ser humano no forma parte del ciclo del parásito por lo que la infección es abortiva.
4. La infección puede asociarse con síntomas digestivos, por ejemplo dispepsia.
5. Todas las anteriores.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/60132

Cómo citar este artículo: Toro C.

Alta prevalencia de la seropositividad a *Anisakis simplex* en pacientes con dispepsia. Artículos Originales Gastroenterología 15:8-9, Sep 2018.

How to cite this article: Toro C.

High prevalence of seropositivity to a major allergen of *Anisakis simplex*, in dyspeptic patients. Artículos Originales Gastroenterología 15:8-9, Sep 2018.

Conexiones temáticas

Los informes de Artículos Originales se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



Bibliografía recomendada

Adroher FJ, Valero A, Ruiz-Valero J, et al. Larval anisakids (Nematoda: Ascaridoidea) in horse mackerel (*Trachurus trachurus*) from the fish market in Granada, Spain. *Parasitol Res* 82:319-322, 1996.

Ashton FH, Li J, Schad GA. Chemo- and thermosensory neurons: structure and function in animal parasitic nematodes. *Vet Parasitol* 84:297-316, 1999.

Audicana MT, Anstegui IJ, Fernández de Corres L, et al. *Anisakis simplex*: dangerous - dead and alive? *Trends Parasitol* 18:20-25, 2002.

Bradford MM. A rapid and sensitive method for the quantitation of microgram quantities of protein utilizing the principle of protein-dye binding. *Anal Biochem* 72:248-254, 1976.

Caballero ML, Moneo I. Specific IgE determination to Anisakis 1, a major allergen from *Anisakis simplex*, is an useful tool for diagnosis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 89:74-77, 2002.

Deardorff TL, Kayes SG, Fukumura T. Human anisakiasis transmitted by marine food products. *Hawaii Med J* 50:9-16, 1991.

Fernández Caldas E, Quirce S, Marañón F, et al. Allergenic cross-

reactivity between third stage larvae of *Hysterothylacium aduncum* and *Anisakis simplex*. *J Allergy Clin Immunol* 101:554-555, 1998.

Fernández de Corres L, Del Pozo MD, Aizpuru F. Prevalence of sensitization to *Anisakis simplex* in three Spanish areas, regarding the rates of fish consumption. Relevance of *Anisakis simplex* allergy. *Alergol Immunol Clin* 16:337-346, 2001.

García M, Moneo I, Audicana MT, et al. The use of IgE immunoblotting as a diagnostic tool in *Anisakis simplex* allergy. *J Allergy Clin Immunol* 99:497-501, 1997.

Iglesias R, Leiro J, Ubeira FM, et al. Antigenic cross-reactivity in mice between third-stage larvae of *Anisakis simplex* and other nematodes. *Parasitol Res* 82:378-381, 1996.

Ishikura H, Kikuchi K, Nagasawa K, et al. *Anisakidae* and *Anisakidosis*. *Prog Clin Parasitol* 3:43-101, 1994.

Kakizoe S, Kakizoe H, Kakizoe K, et al. Endoscopic findings and clinical manifestations of gastric anisakidosis. *Am J Gastroenterol* 90:761-763, 1995.

Moneo I, Caballero ML, Gómez F, et al. Isolation and characterization

of a major allergen from the fish parasite *Anisakis simplex*. *J Allergy Clin Immunol* 106:177-182, 2000.

Moneo I, Caballero ML. *Anisakis simplex* larvae release allergens during a short incubation in diluted acid which can be used for clinical diagnosis. *Alergol Immunol Clin* 17:201-207, 2002.

Muraoka A, Suehiro I, Fuji M, et al. Acute gastric anisakidosis: 28 cases during the last 10 years. *Dig Dis Sci* 41:2362-2365, 1996.

Pascual CY, Crespo JF, San Martín S, et al. Cross-reactivity between IgE-binding proteins from *Anisakis*, German cockroach, and chironomids. *Allergy* 52:514-520, 1997.

Sakanari JA, McKerrow JH. *Anisakidosis*. *Clin Microbiol Rev* 2:278-284, 1989.

Sugimachi K, Inokuchi K, Ooiwa T, et al. Acute gastric anisakidosis. Analysis of 178 cases. *JAMA* 253:1012-1013, 1985.

Valiñas B, Lorenzo S, Eiras A, et al. Prevalence of and risk factors for IgE sensitization to *Anisakis simplex* in a Spanish population. *Allergy* 56:667-671, 2001.

Verhamme MAM, Ramboer CHR. *Anisakidosis* caused by herring in vinegar: a little known medical problem. *Gut* 29:843-847, 1998.

Informes destacados

Constipación en personas añosas

Constipation in elderly people



Drugs & Aging
33(8):557-574,
Ago 2016

Chokhavatia S, John E, Bridgeman M, Dixit D
New Brunswick, EE.UU.

Los ancianos presentan constipación frecuentemente. La constipación por opioides afecta la calidad de vida y existen fármacos específicos para esta entidad.

Introducción y objetivos

La constipación es un problema frecuente en EE.UU., con una tasa que va del 2% al 27% en la población general, pero en los sujetos añosos es hasta del 74%. El uso de opioides se asocia con la disfunción digestiva inducida por opioides (DDO), con múltiples síntomas gastrointestinales (GI). La constipación inducida por opioides (CIO) se encuentra subdiagnosticada y subtratada, por lo que los autores decidieron realizar una revisión acerca de la constipación en sujetos añosos.

Prevalencia de constipación y dolor en sujetos añosos

La constipación es frecuente, incluso las consultas en guardia por constipación en personas > 65 años son del 13% en EE.UU. Por otro lado, la prevalencia de dolor es del 24% al 62%, y se asocia, en los añosos, con un incremento en la carga de enfermedad cardiovascular, GI y psiquiátrica. Las mujeres presentan una tasa de dolor crónico del doble que los hombres. Los analgésicos opioides son unos de los tratamientos de

elección, pero la gran mayoría presentarán consecuencias GI por su uso (Figura 1).

Fisiopatología y evaluación clínica

La constipación funcional es la que no se asocia con causas reconocibles, mientras que la CIO es claramente provocada por el uso de opioides agonistas de los receptores mu.

Se deben descartar causas orgánicas y medicamentosas. La definición de Roma III de constipación funcional es la actualmente utilizada: con menos de tres deposiciones semanales, duras, con requerimiento de maniobras manuales para la eliminación. Para definir la CIO se utiliza el concepto de "un cambio en el ritmo evacuatorio luego del inicio de los opioides". Habitualmente, la constipación se observa con el 25% de las dosis analgésicas eficaces.

Calidad de vida

La CIO produjo, en diversos estudios, alteración en la calidad de vida, tanto física como mental. Un estudio reveló que más de la

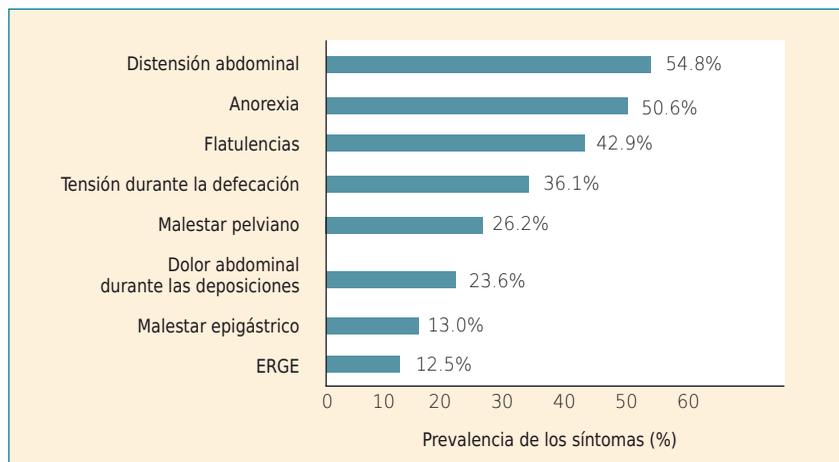


Figura 1. Prevalencia de síntomas gastrointestinales en los sujetos de edad avanzada con constipación inducida por opioides. ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico.

mitad de los pacientes informaron un deterioro en los puntajes de calidad de vida, y esto fue independiente del uso o no de laxantes para restablecer el ritmo GI.

Constipación en diferentes sitios de atención

Muchos factores influyen en la constipación en pacientes añosos hospitalizados, como las dificultades para deglutir, la polifarmacia, el ayuno por estudios y otros. Las comorbilidades como la enfermedad de Parkinson, el deterioro cognitivo, las neumonías, el sedentarismo, la polifarmacia, la dependencia e incluso la falta de privacidad influyen en la constipación. En los geriátricos ocurren situaciones similares.

Identificación del paciente vulnerable

Se reconocen a la mayoría de las enfermedades crónicas como predisponentes para la constipación, y se asocia con el uso de analgésicos, antidepressivos tricíclicos y anticolinérgicos, así como el deterioro cognitivo y la falta de fibras en la dieta.

Riesgo de complicaciones

Se destacan la DDO y la impactación fecal con obstrucción intestinal, con dolor, náuseas y vómitos. Sin embargo, la tasa de perforación intestinal es baja y la prevalencia de otras complicaciones no fue bien evaluada hasta el momento.

Constipación inducida por opioides

Abordaje clínico

Se recomienda incrementar la ingesta de líquidos y fibras, según datos extrapolados de la constipación por otras causas.

Con respecto a la actividad física, no se pudieron realizar ensayos clínicos acerca de este tema. Se recomienda igualmente realizar actividad física diaria. Es importante el entrenamiento de los músculos pelvianos, ya que mediante ejercicios se logra la relajación de la pelvis y del ano. Por otra parte, los laxantes se recomiendan como primera línea, tanto los estimulantes del tracto GI como los suavizantes de heces. Sin embargo, un estudio reciente reveló una falta de respuesta adecuada a diferentes laxantes (osmóticos, lactulosa, lubiprostona y metilnaltrexona) en el 94% de los pacientes.

Farmacoterapia

Se recomiendan los antagonistas mu periféricos como la metilnaltrexona y el naloxegol. Al no atravesar la barrera hematoencefálica son una buena opción terapéutica. La metilnaltrexona se encuentra aprobada en la actualidad. Se administró en forma subcutánea cada 48 horas en un ensayo clínico, y se demostró una mejoría significativa en el ritmo evacuatorio, aunque aumentó la tasa de efectos adversos como dolor abdominal mareos, flatulencias y diarrea, tanto en pacientes oncológicos como en aquellos con dolores crónicos no tumorales. El naloxegol representa a la naloxona pegilada, que se evaluó en diferentes ensayos clínicos en fase III, con administración por vía oral de 25 o 12.5 mg del fármaco. Demostró mejoría en todos los síntomas evaluados, con la aparición subsiguiente de los mismos efectos adversos que la metilnaltrexona.

Por su parte, la lubiprostona es un activador de los canales de cloruros que incrementa la secreción de líquidos hacia el

intestino, con lo cual ablanda las heces y promueve el movimiento intestinal. Fue evaluada en pacientes con dolor no oncológico, administrada en forma oral de 24 µg dos veces al día. Se demostró así una mejoría en los síntomas. Los efectos adversos más frecuentes fueron diarrea, náuseas, vómitos y distensión o dolor abdominal.

Rentabilidad de los fármacos

La CIO incrementa los costos de la atención médica e impacta negativamente en la productividad. Se requieren estudios longitudinales para conocer la utilidad de los fármacos dirigidos en los pacientes añosos con CIO.

Elección de los tratamientos para los pacientes añosos

Se sugiere evaluar la historia clínica acerca del ritmo evacuatorio y los tratamientos previos, con interrogación a los familiares y cuidadores de los pacientes añosos. Se deben descartar causas secundarias y farmacológicas de constipación. Se sugiere utilizar como herramientas la escala de heces de Bristol y el índice de función intestinal para diagnosticar la gravedad de la enfermedad. Por su parte, se debe hacer un abordaje escalonado de la enfermedad. Se sugiere iniciar medidas naturales como el incremento del consumo de líquidos y de fibras alimentarias, el abordaje conductual y el uso de laxantes convencionales (con evaluación siempre de los potenciales efectos adversos). Se recomienda sentarse en el inodoro con los pies levantados, inclinarse hacia adelante, apoyar los codos en las rodillas, abombar el abdomen y aplanar la columna, para mejorar la gravedad y el ángulo anorrectal.

Cuando se encuentren disponibles, se pueden realizar evaluaciones con especialistas y estudios del tránsito intestinal (prueba de SITZMARKS®, defecografía, evaluación de la fisiología anorrectal).

Conclusiones

Los proveedores de salud deben reconocer la constipación en los pacientes añosos, que puede desencadenarse en forma secundaria a enfermedades o

medicamentos para tratar el dolor crónico. La prescripción de opioides en sujetos añosos se asocia frecuentemente con constipación, por lo que se deberían realizar las evaluaciones pertinentes con escalas validadas (Bristol, índice de función intestinal), no sólo para confirmar el diagnóstico sino para evaluar los resultados de los tratamientos. Los laxantes de primera línea en general son bien tolerados a corto plazo, pero la información acerca

de su uso en forma prolongada en pacientes con CIO es nula, e incluso muchos sujetos añosos pueden no tolerarlos. Por ello, reconocer a esta entidad es fundamental, y el abordaje con fármacos específicos podría colaborar en el bienestar del paciente añoso. Los fármacos como la metilnaltrexona, el naloxegol y la lubiprostona pueden ser buenas opciones en individuos añosos con CIO y dolor no oncológico.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC), 2018
www.siicsalud.com