

EDITORIAL

Relevancia del estreñimiento en la descompensación de enfermedades crónicas: a propósito de la insuficiencia cardiaca

Relevance of constipation in the decompensation of chronic diseases: a case study of heart failure

Constanza Ciriza de los Ríos

El estreñimiento es una condición compleja, polisintomática y multifactorial. El estreñimiento agudo puede deberse a cambios dietéticos, viajes o estrés, mientras que el estreñimiento secundario resulta de enfermedades neurológicas, miopatías, trastornos metabólicos-endocrinos, conectivopatías (como el síndrome de Ehler-Danlos), trastornos psiquiátricos, fármacos (antiinflamatorios no esteroideos, bloqueadores de canales de calcio, anticolinérgicos y opioides), estenosis colónica (incluido el cáncer de colon) o intervenciones quirúrgicas, especialmente la cirugía colorrectal. Sin embargo, la forma más común de estreñimiento crónico (EC) es el estreñimiento primario o funcional. En términos fisiopatológicos, las alteraciones en la motilidad y la percepción del colon, así como la disfunción del suelo pélvico, son las principales causas de este tipo de estreñimiento^{1,2}.

El EC se caracteriza por menos de tres evacuaciones semanales, dificultad para defecar, sensación de evacuación incompleta, digitación para evacuar o heces duras^{2,3}. Según los criterios de Roma IV, su diagnóstico requiere al menos dos de estos síntomas en más del 25% de las deposiciones durante al menos 6 meses, con síntomas activos en los últimos tres⁴. El EC afecta la calidad de vida y supone un alto consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos⁵. Además, puede originar complicaciones físicas, como incontinencia e impactación fecal, fisura anal, hemorroides y prolapso rectal. A nivel emocional, puede contribuir a la aparición o agravamiento de trastornos como ansiedad y depresión⁶.

El envejecimiento poblacional, asociado al aumento de comorbilidades y tratamientos, ha incrementado la incidencia de EC en adultos mayores, siendo este de origen multifactorial⁷: 1) degeneración progresiva del plexo mientérico intestinal que reduce la motilidad colónica con la edad; 2) cambios en el estilo de vida con dietas pobres en fibra, baja ingesta hídrica y sedentarismo; 3) mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas (parkinson, demencias, diabetes) que predisponen al estreñimiento; y 4) consumo frecuente de fármacos que favorecen esta condición.

El estreñimiento también puede descompensar en-

fermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos respiratorios y neurológicos al alterar la motilidad gastrointestinal, interferir con la absorción de fármacos y nutrientes, y aumentar el riesgo de complicaciones hemodinámicas y metabólicas. El esfuerzo defecatorio excesivo aumenta la presión intrabdominal, favorece la hipertensión, reduce el retorno venoso y activa el sistema simpático, con lo que favorece la liberación de catecolaminas⁸. Todo ello aumenta el riesgo de arritmias, eventos cardiacos y disnea. Además, el EC puede predisponer a infecciones urinarias, deterioro renal y desequilibrios en el microbioma. Esto predispone la inflamación sistémica lo cual contribuye a la descompensación de enfermedades crónicas^{9,10}.

El estudio de Domínguez-Rodríguez *et al.*¹¹ demuestra que el EC en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es frecuente (23%), y estos pacientes también presentan mayores tasas de insuficiencia renal crónica, fibrilación auricular y necesidad de ventilación mecánica y mortalidad o reingreso por ICA en los 30 días posteriores. Esto resalta la importancia de controlar el estreñimiento en pacientes con enfermedades crónicas, particularmente cardiovasculares, debido a su impacto en la supervivencia¹². A pesar de las limitaciones del estudio, como su diseño observacional, el posible sesgo de selección y la no inclusión de factores de confusión (como la presencia de otros trastornos gastrointestinales, el uso de fármacos adicionales a los opioides, anticolinérgicos de alta potencia y suplementos de hierro, que fueron excluidos del análisis), el estudio presenta importantes implicaciones clínicas. Analiza un vínculo poco explorado entre el EC y el pronóstico a corto plazo en ICA, lo que podría abrir nuevas estrategias de prevención y manejo de estos pacientes. Los resultados tienen un impacto potencial en la práctica clínica, mejorando la atención e implementando intervenciones tempranas que eviten complicaciones graves. La colaboración multidisciplinaria es crucial en el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas. Es necesario realizar estudios adicionales y desarrollar guías clínicas específicas para el manejo del EC

Filiación de los autores: Unidad de Neurogastroenterología y Motilidad Digestiva, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. Universidad Complutense, Madrid, España.

Contribución de los autores: La autora ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Constanza Ciriza de los Ríos. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Calle del Profesor Martín Lagos s/n. 28040 Madrid, España.

Correo electrónico: constanzaciriza@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 25-2-2025. Aceptado: 26-2-2025. Online: 27-2-2025.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/017.2025

en pacientes con características particulares no abordadas por las guías actuales, enfocadas principalmente al EC funcional. En este contexto, las estrategias terapéuticas, como la modificación dietética, el ajuste en la ingesta de líquidos o fibra y el tratamiento farmacológico con laxantes, deben ser adaptadas en función de las comorbilidades presentes, y se diferencian del tratamiento aplicado en pacientes con EC funcional sin otras condiciones asociadas.

Es fundamental una historia clínica exhaustiva que incluya síntomas, signos de alarma, hábitos de vida, comorbilidades y una revisión detallada de medicamentos, incluyendo los de venta libre, con fecha de inicio, cambios de dosis y relación temporal con el estreñimiento. Además, es importante conocer el ritmo intestinal habitual y la gravedad del estreñimiento. La polimedición, frecuente en la edad avanzada, aumenta el riesgo de efectos adversos, especialmente por fármacos con alta carga anticolinérgica, con un mayor número de visitas a urgencias¹³. Además, el uso creciente de opioides para el manejo del dolor, particularmente en enfermedades oncológicas y reumatológicas, es otro factor relevante en este contexto¹⁴.

En pacientes con enfermedades crónicas que no presentan estreñimiento, pero que requieren medicamentos que aumentan el riesgo de desarrollarlo, se sugiere considerar un tratamiento preventivo. Este enfoque debe ser individualizado en cada paciente, y podría incluir modificaciones dietéticas, suplementación con fibra o el uso de laxantes osmóticos. Es fundamental realizar una monitorización continua para prevenir desequilibrios hidroelectrolíticos y ajustar el tratamiento. Esta estrategia está bien establecida en el inicio de tratamiento con opioides¹⁵. En los casos de EC confirmado o agravado por medicamentos, es necesario un enfoque personalizado que considere la gravedad del estreñimiento, comorbilidades y tratamientos concomitantes, para prevenir complicaciones.

Las recomendaciones generales incluyen ejercicio aeróbico, dieta rica en agua y fibra, ajustadas a las necesidades del paciente. Es fundamental suspender o sustituir, siempre que sea posible, los fármacos que puedan ser responsables del estreñimiento. En cuanto al tratamiento farmacológico, los laxantes osmóticos, especialmente el polietilenglicol (PEG), son la primera línea debido a su eficacia y seguridad, particularmente en pacientes mayores o polimedcados. El PEG sin electrolitos estaría indicado si hay restricciones de sodio. Si no se observa respuesta adecuada, se puede recurrir a un laxante estimulante de rescate, como el picosulfato sódico o el bisacodilo. Es esencial ajustar las dosis de los laxantes para evitar la diarrea y los posibles desequilibrios electrolíticos. Además, los laxantes pueden alterar la absorción de otros medicamentos, por lo que se recomienda intervalos adecuados entre su administración y la de otros fármacos. Las alternativas de segunda línea incluyen secretagogos como linaclotida y enterocinéticos como prucaloprida, con precaución en insuficiencia renal o hepática³. Para pacientes en tratamiento crónico con opioides, los antagonistas de los receptores

μ -opioides periféricos (PAMORA) como naloxegol y nalmedina son la elección preferida¹⁴.

En conclusión, la prevención y tratamiento adecuado del estreñimiento son clave en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, particularmente en la ICA, para evitar complicaciones graves y reducir la mortalidad. Es fundamental una anamnesis detallada, el conocimiento de las opciones terapéuticas y un enfoque multidisciplinario. Se requieren estudios que analicen el impacto del estreñimiento en la descompensación de estas enfermedades y guías clínicas específicas para su manejo en estos pacientes.

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: La autora declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: La autora ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- 1 Scott SM, Simrén M, Farmer AD, Dinning PG, Carrington EV, Benninga MA, et al. Chronic constipation in adults: Contemporary perspectives and clinical challenges. 1: Epidemiology, diagnosis, clinical associations, pathophysiology and investigation. *Neurogastroenterol Motil.* 2021;33:e14050.
- 2 Bharucha AE, Lacy BE. Mechanisms, Evaluation, and Management of Chronic Constipation. *Gastroenterology.* 2020;158:1232-49.e3.
- 3 Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108:332-63.
- 4 Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology.* 2016;18:S0016-5085(16)00222-5
- 5 Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraint M. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010;31:938-49.
- 6 Wu S, Yuan G, Wu L, Zou L, Wu F. Identifying the association between depression and constipation: An observational study and Mendelian randomization analysis. *J Affect Disord.* 2024;359:394-402.
- 7 Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, Stoa JM. Chronic constipation in the elderly. *Am J Gastroenterol.* 2012;107:18-25; quiz 6.
- 8 Ishiyama Y, Hoshida S, Mizuno H, Kario K. Constipation-induced pressor effects as triggers for cardiovascular events. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2019;21:421-5.
- 9 Tang WH, Wang Z, Levison BS, Koeth RA, Britt EB, Fu X, et al. Intestinal microbial metabolism of phosphatidylcholine and cardiovascular risk. *N Engl J Med.* 2013;368:1575-84.
- 10 Sumida K, Yamagata K, Kovcsdy CP. Constipation in CKD. *Kidney Int Rep.* 2020;5:121-34.
- 11 Domínguez-Rodríguez A, Báez-Ferrer N, Avanzas P, Formica F, Díaz R, González P, et al. El estreñimiento crónico en los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda se asocia con el pronóstico a corto plazo. *Emergencias.* 2025;37:103-10.
- 12 Ishida T, Kawada K, Jobu K, Hamada T, Kubo T, Okazaki M, et al. Impact of comorbid constipation on the survival of patients with heart failure: a multicenter, prospective cohort study conducted in Japan. *Front Cardiovasc Med.* 2024;11:1470216.
- 13 Díaz A, Ruiz-Ramos J, Juanes A, Andiñón M, Puig M, Mangues M. Anticholinergic burden in patients treated for constipation in an emergency department. *Emergencias.* 2020;32:349-52.
- 14 Serra J, Alcedo J, Barber C, Ciriza de los Ríos C. Review document of the Spanish Association of Neurogastroenterology and Motility on the management of opioid-induced constipation. *Rev Esp Enferm Dig.* 2024;116:546-53.
- 15 Kistemaker KRJ, de Graeff A, Crul M, de Klerk G, van de Ven PM, van der Meulen MP, et al. Magnesium hydroxide versus macrogol/electrolytes in the prevention of opioid-induced constipation in incurable cancer patients: study protocol for an open-label, randomized controlled trial (the OMAMA study). *BMC Palliat Care.* 2023;22:22.