

Tratamiento Osteopático del estreñimiento crónico mediante elastificación de los repliegues peritoneales en paciente afectado de Esclerosis Múltiple.

Caso clínico.

Autor: Álvaro Sabater Gárriz
Tel. 647500588
alvarosabater@gmail.com

Lugar y fecha de presentación: Escola d'Osteopatia de Barcelona
25 de Enero de 20011

Tutor del proyecto: Bernardo López Oblaré

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero dar las gracias a M.P.L, la protagonista de este estudio, por prestarse a él con total confianza y el mejor de los ánimos.

Al Dr. Bernardo López Oblaré, por acceder a tutorizar esta tesina y compartir conmigo sus amplios conocimientos sobre el mundo de la geriatría y ayudarme con el redactado de este texto.

Al personal de enfermería y auxiliar de enfermería por los inconvenientes que les haya podido causar el modificar su rutina para colaborar en la recogida diaria de datos.

A la Escuela de Osteopatía de Barcelona, gracias, por formarme como osteópata.

RESUMEN

Uno de las disfunciones típicas que presenta el paciente con Esclerosis Múltiple es el estreñimiento. Dentro de los varios factores principales, de entre los cuales los destacan los neurológicos, de instauración y mantenimiento del estreñimiento, se puede resaltar la inmovilidad que presenta el individuo. Esta condición de inmovilidad cobra especial importancia en estadios avanzados de la enfermedad.

Es fácil, entonces, imaginarse lo consolidado del estreñimiento y la dificultad en el abordaje terapéutico de este en los escasos casos en los que se combina la esclerosis múltiple y la edad avanzada del paciente.

En el caso de la paciente protagonista de este estudio, el tratamiento farmacológico, dietético y fisioterápico (consistente en masaje en marco cólico), no consigue evitar que cerca de la mitad de las deposiciones se tengan que conseguir mediante la administración de enemas.

Observando desde un punto de vista osteopático una situación de estreñimiento tan compleja y de origen tan multifactorial, consideramos que el enfoque más acertado para su tratamiento podría consistir en restablecer la movilidad del colon de la paciente mediante la liberación de adherencias en el sistema de repliegues peritoneales que sirven de anclaje al abdomen y otros repliegues peritoneales con especial importancia en su dinámica. Estos serían: fascia de Toldt, ligamentos frenocólicos derecho e izquierdo, ligamento hepatocólico, mesocolon transverso, epiplón mayor, mesosigma, mesenterio, epiplón menor y ligamento redondo.

Pretendemos mejorar la movilidad del colon para mejorar su función.

Tras 31 semanas de intervención, constatamos que la frecuencia de deposiciones de la paciente aumenta y la necesidad de administrar enemas disminuye importantemente.

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Depositiones/Semana durante el estudio

Gráfica 2: Depositiones/Semana previas al estudio

Gráfica 3: Comparativa Depositiones/Semana Estudio Vs. Previas

LISTA DE TABLAS

Tabla 1- Control deposiciones Febrero 2010

Tabla 2- Control deposiciones Marzo 2010

Tabla 3- Control deposiciones Abril 2010

Tabla 4- Control deposiciones Mayo 2010

Tabla 5- Control deposiciones Junio 2010

Tabla 6- Control deposiciones Julio 2010

Tabla 7- Control deposiciones Agosto 2010

Tabla 8- Control deposiciones Julio 2009

Tabla 9- Control deposiciones Agosto 2009

Tabla 10- Control deposiciones Septiembre 2009

Tabla 11- Control deposiciones Octubre 2009

Tabla 12- Control deposiciones Noviembre 2009

Tabla 13- Control deposiciones Diciembre 2009

Tabla 14- Control deposiciones Enero 2010

LISTA DE ABREVIATURAS

EM: Esclerosis Múltiple.

MMSS: Miembros Superiores.

RGAAM: Residencia Geriátrica Asistida del Ayuntamiento de Mahon.

SII: Síndrome del Intestino Irritable.

UPP: Úlcera por Presión.

ÍNDICE GENERAL

Contenidos

Certificaciones	I
Página de título	II
Agradecimientos	III
Resumen	IV
Lista de gráficas	V
Lista de tablas	VI
Lista de abreviaturas	VII
Introducción	1
Material y métodos	3
Planificación de la investigación	7
Resultados	8
Discusión	14
Conclusiones	15
Bibliografía	16

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es una realidad diaria en el ámbito de la geriatría. Se estima que afecta a menos del 2% de individuos de menos de 65 años, pero una vez superada esta edad, es una disfunción que afecta al 26% de los hombres y el 34% de la mujeres (1). Esta cifra aumenta considerablemente si tomamos como muestra a los mayores de 65 años hospitalizados o usuarios de atención domiciliaria. Se estima que un 75% de personas pertenecientes a este grupo de población utiliza laxantes para la regulación intestinal.(2)

La definición subjetiva y objetiva del estreñimiento incluye (3):

- 1- Esfuerzo, pequeñas heces duras separadas (en forma de avellana) o heces duras y compactas, intentos improductivos, heces infrecuentes, o evacuación incompleta.
- 2- < 3 deposiciones por semana, peso diario de las heces < 35g/día, o esfuerzo > 25% de las veces.
- 3- Transito intestinal prolongado.

Criterios diagnósticos* para el estreñimiento (4):

1. Debe incluir dos o más de las siguientes condiciones:
 - a. Esfuerzo al menos en el 25% de las defecaciones.
 - b. Heces grumosas o duras al menos en el 25% de las defecaciones.
 - c. Sensación de evacuación incompleta al menos en el 25% de las defecaciones.
 - d. Maniobras manuales para facilitar al menos el 25% de las defecaciones (Ej.: evacuación digital, soporte del suelo pélvico).
 - e. Sensación de obstrucción /bloqueo ano rectal al menos en el 25% de las defecaciones.
 - f. Menos de 3 deposiciones por semana
2. Heces de consistencia líquida raramente presentes sin el uso de laxantes.
3. Criterio insuficiente para Síndrome de Intestino Irritable (SII).

**Requiere síntomas presentes durante los últimos 3 meses y un inicio de estos un mínimo de 6 meses atrás.*

Se conoce como Esclerosis Múltiple (EM) a un proceso de desmielinización, aguda y crónica, del sistema nervioso central (SNC) que tiene como resultado un progresivo deterioro neurológico.

Se estima que el 70% de los pacientes con esclerosis múltiple padece estreñimiento (5). Más allá de los déficits neurológicos intrínsecos de la EM, existen una serie de factores que favorecen la aparición del estreñimiento en este tipo de pacientes.

Estos serían (6):

1. Efecto secundario a medicamentos (como analgésicos opiáceos, anticolinérgicos administrados para la disfunción vesical)
2. Ingesta de líquidos deficitaria (generalmente para evitar dificultades relacionadas con el control vesical)
3. Actividad física limitada debido a debilidad, fatiga y espasticidad.

En estadios avanzados de la EM es más evidente si cabe esta falta de la actividad física, ya que el paciente permanecerá encamado la mayor parte del día y solamente abandonará la posición de relativa horizontalidad durante escasas horas, que permanecerá en sedestación en una silla de ruedas o butaca. Este dato, la falta de movilidad, es uno de los aspectos que más debe llamar nuestra atención como Osteópatas.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentación del caso.

Mujer de 72 años diagnosticada de EM a los 36 años de edad. Ingresa en la Residencia Geriátrica Asistida del Ayuntamiento de Mahón (RGAAM) en Agosto del 2001, cuando la paciente cuenta con 63 años de edad.

En la actualidad la paciente presenta espasticidad generalizada y solo conserva la movilidad en cabeza, cuello y, de forma muy limitada, en MMSS (grado 2 en la Escala de Fuerza Muscular Modificada del MRC).

Diagnósticos actuales (según constan en su H^a clínica de la RGAAM):

- Esclerosis Múltiple
- Enfermedades de los pies.
- Inmovilidad.
- Estreñimiento.
- Síndrome depresivo.
- Enfermedades de la boca.
- Psoriasis.
- Pérdida visual.
- Ansiedad.
- Sonda vesical.
- Hernia Hiatal.
- Anemia.
- Úlcera por presión (UPP) Glúteo Derecho.
- Gastroenteritis aguda.
- Rectoragia
- Infecciones de orina de repetición.

Medicación actual (según consta en su H^a clínica de la RGAAM):

- Baclofeno 25mg (2/día)
- Acetilsalicílico 100mg (1/día)
- Domperidona 10mg (2/día)
- Omeprazol 20mg (2/día)
- Plantaben sobres (2/día)
- Hierro sulfato 80mg (1/día)
- Citalopran 30mg (1/día)

Consideraciones Osteopáticas del caso.

El caso clínico objeto de este estudio se escapa de lo comúnmente observado en pacientes con EM, esto es debido a los años de evolución de la enfermedad y la edad de la paciente. De hecho, la EM no es una patología frecuente en el ámbito geriátrico.

Está considerado estadísticamente que la edad de aparición de los síntomas de la EM se encuentra en los 23.5 años(7) y la edad media de fallecimiento en un paciente diagnosticado con EM se sitúa en los 58.1 años (8). De aquí se extrae que la media de años en los que un individuo convive con la EM es de 34,6.

En el caso que ahora nos ocupa, la evolución es de 36 años, y la paciente, con 72, debe afrontar los hándicaps generales de una persona de edad avanzada, además de los propios de la EM.

Esto hace que, como osteópata, la dirección médica del centro solicite mi intervención en varios de los aspectos de su cuidado y tratamiento, dándole especial importancia al tratamiento del estreñimiento.

En el momento en el que este estudio comenzó, la paciente refería un estreñimiento severo. Su media de deposiciones era de 1 cada 4-5 días. El protocolo del centro dicta la administración de enema al 5º día sin deposiciones, con lo cual, gran parte de las deposiciones de la paciente se conseguían bajo la administración de enema. Como añadido, comentar, que generalmente, no solo era necesaria la administración de enema, si no que también solía necesitarse la estimulación digital del ano. Esta realidad persistía a pesar del tratamiento farmacológico, cuidados dietéticos y tratamiento fisioterápico pautado, que consistía en masaje en marco cólico. Durante un breve periodo de tiempo, se utilizó el plano inclinado a razón de una vez por semana, con el fin de aprovechar los beneficios de la gravedad, pero la paciente rápidamente dejó de tolerar esta práctica. La sensación de disconfort que refería la paciente durante el masaje en marco cólico y la falta de efectividad de este, en este caso concreto, nos animó a dar un nuevo enfoque, utilizando las herramientas que nos proporciona la Osteopatía.

Como se ha comentado con anterioridad, es importante tener en cuenta la cantidad de tiempo que la paciente permanece en decúbito supino. A pesar de que durante la noche se le practican cambios posturales, y de que pasa 6 horas al día en sentada en silla de ruedas, el número de horas diarias en posición de decúbito supino no es nada despreciable. Es fácil imaginarse entonces, en un marco teórico, el estado de las vísceras abdominales de esta paciente que, arrastradas por la gravedad, caen y apoyan constantemente en el peritoneo posterior, con unos repliegues peritoneales replegados. Si le sumamos a esto, la falta de movilidad general de la paciente, y su peristaltismo afectado (9), el resultado será toda una serie de adherencias en los repliegues peritoneales(10) y un ciclo vicioso inmovilidad-adherencia-inmovilidad.

Por otro lado tenemos que tener en consideración la situación del aspecto fluídico de la paciente, la evidente congestión fruto de la falta de movilidad y la compresión que sufren las estructuras vasculares y linfáticas por el peso de las vísceras. Considerando estos aspectos, tenemos en cuenta la ley de la arteria suprema y su capital importancia en la homeostasis y la importancia de la perfusión en la elasticidad de los tejidos (11).

Sea como fuere, la paciente presenta múltiples adherencias en los planos de deslizamiento de las articulaciones viscerales (especialmente se observa una restricción en la movilidad y motilidad del colon ascendente, descendente y sigma), y observamos que la fuente más importante de movimiento viene dada por la acción del diafragma durante la respiración.

El descenso del diafragma, en este caso, también se ve limitado, en parte, por la falta de elasticidad y fijaciones presentes en las vísceras y órganos abdominales. Esto no solo alimenta todavía más el ciclo inmovilidad-adherencia-inmovilidad, si no también hace que se vea comprometida la capital función del diafragma en la circulación.

Método

Proponemos un tratamiento basado en la elastificación de los principales medios de unión/sostén del colon descritos por Jean-Pierre Barral. Estos son:

- **Fascia de Toldt** en colon ascendente.
- **Ligamentos Hepatocólico y Frenocólico derecho.**
- **Mesocolon transverso.**
- **Epiplón mayor.**
- **Ligamento Frenocólico izquierdo.**
- **Fascia de Toldt** en colon descendente.
- **Mesosigma.**

Trataremos también otros repliegues peritoneales de capital importancia en la dinámica , tanto estructural como fluídica, de las vísceras y órganos abdominales:

- **Mesenterio:** No solo por su importancia vascular y su función mecánica en cuanto al soporte de la mayor parte del intestino delgado, víscera con una evidente relación anatómica con el colon, si no también por su continuidad anatómica a través de la fascia de Toldt y el mesocolon transverso. (12)
- **Epiplón menor:** Por su relación anatómica con el mesocolon transverso y su rol en la movilidad del hígado y estómago, dos órganos anatómicamente relacionados con el colon.
- **Ligamento redondo:** Por su papel como medio de anclaje del Hígado y sus relaciones anatómicas con el epiplón mayor.

En todo caso, las técnicas de elastificación se realizarán en decúbito supino, aún sabiendo que algunas de estas maniobras se verían beneficiadas y facilitadas en posiciones como el decúbito lateral y la sedestación. La realidad de este caso, no obstante, no permite cambiar al paciente constantemente de posición para realizar cada técnica específica, pues la paciente no tolera demasiado bien los cambios posturales. Por otro lado, el tratamiento se lleva a cabo a primera hora de la mañana, antes de que la paciente tome la primera comida del día, a fin de no interferir con su digestión. En este momento del día, como es lógico, la paciente se encuentra en cama y en posición de decúbito supino.

Se tomará contacto con la zona a movilizar, focalizando en el repliegue peritoneal en concreto, y se seguirá la dirección de la facilidad hasta percibir la relajación tisular. La elección de actuar mediante técnicas indirectas no es otra que, dadas las características de la paciente, minimizar el riesgo de disconfort de la paciente y respetar al máximo la estructura de los tejidos.

Como último punto del tratamiento se llevará a cabo un entreno de la respiración diafragmática consistente en la proyección de las inspiraciones hacia la mano del

terapeuta, colocada en el abdomen de la paciente, y espiraciones ligeramente asistidas por el terapeuta a través de la musculatura abdominal.

El resto de elementos que forman parte del cuidado de la paciente, tales como dieta, medicación, cambios posturales, etc. seguirán inalterados para evidenciar con toda claridad posible los cambios derivados de la nueva propuesta de tratamiento osteopático.

Hipótesis de trabajo.

Nuestra hipótesis de trabajo se sustenta en el principio osteopático de la interrelación entre estructura y función y en el concepto de que la vida es igual a movimiento. Es objetivo de todo osteópata devolver el movimiento fisiológico al organismo cuando quiera que este se haya visto perturbado.

De esta manera, consideramos que si conseguimos mejorar la estructura del colon, conseguiremos mejorar su función y reconocemos la importancia y necesidad de que el colon tenga libertad de movimiento para llevar a cabo sus funciones fisiológicas.

Objetivos.

El objetivo de este estudio es documentar los efectos que tiene sobre el estreñimiento crónico la elastificación de los anclajes del colon y comparar estos resultados con los obtenidos en el mismo paciente mediante el masaje en marco cólico.

No podemos dejar de mencionar, que no llevaríamos a cabo esta intervención si no nos moviese la firme creencia de que esta podría mejorar la situación del paciente en cuanto a su estreñimiento, y por ende, en su salud de manera global. Así pues, este también sería el objetivo de este tratamiento.

Aspectos éticos.

La paciente ha sido informada sobre todos los aspectos de este trabajo y ha accedido libremente a participar en el, siendo libre de abandonar su participación en el momento que ella lo estime oportuno.

La identidad de la paciente será salvaguardada en todo momento.

PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La duración del estudio será de 7 meses, de Febrero a Agosto del 2010.

Se realizará una intervención diaria, de 30 minutos de duración, a primera hora de la mañana de lunes a viernes.

El personal auxiliar de enfermería llevará un registro diario de las deposiciones de la paciente indicando:

- Cantidad (/: No hay deposición. P: poca cantidad, aproximadamente < 35g. N: >35g. M: Deposición abundante.)
- Si se ha administrado enema (E o F).
- Si el enema ha sido efectivo (E) o inefectivo (F)
- El tipo de heces según la Bristol Stool Chart. (T1,T2,T3,T4,T5,T6 o T7)
- El formato será el siguiente: Día del mes-Cantidad-Enema-Tipo de heces

Bristol Stool Chart

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces. Entirely Liquid

Imagen 1- Tipos 1 y 2 indican estreñimiento. Tipos 2 y 3 son las heces “ideales”. Tipos 5-7 indican diarrea.

Una vez finalizado el estudio, expresarán los datos obtenidos en deposiciones/ semana , días/deposición y % de enemas, y se cotejarán estos con los registrados en los meses anteriores al inicio de este.

Por último interpretarán los resultados y se realizarán las conclusiones oportunas.

RESULTADOS

Registro de deposiciones durante el periodo de estudio.

Febrero 2010

Tabla 1

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
1 - /	2- /	3-M-E-T6	4- /	5-P- -T4	6- /	7- /
8- /	9-N- -T1	10- /	11- /	12- /	13- /	14- /
15-N-E-T6	16- /	17- /	18- /	19-N--T2	20- /	21- /
22- /	23- /	24-P--T1	25- /	26- /	27- /	28- /

Marzo 2010

Tabla 2

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
1-N--T4	2- /	3- /	4- /	5- /	6-M-E-T6	7- /
8- /	9- /	10-N--T5	11- /	12- /	13- /	14-P--T1
15- /	16- /	17- /	18-M--T1	19- /	20- /	21- /
22-N--T3	23- /	24- /	25-N--T3	26- /	27- /	28- /
29-M--T6	30- /	31- /				

Abril 2010

Tabla 3

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
			1- /	2-N--T5	3- /	4- /
5- /	6- /	7-N--T2	8- /	9- /	10- /	11-N--T1
12- /	13-P--T1	14- /	15-P--T1	16-N--T3	17- /	18- /
19- /	20-P--T1	21- /	22- /	23- /	24-N--T3	25- /
26- /	27- /	28-N--T3	29- /	30- /		

Mayo 2010

Tabla 4

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
					1- /	2-N--T1
3- /	4- /	5-P-- T3	6- /	7-P-- T3	8- /	9- /
10-N-- T3	11- /	12-N--T3	13- /	14- /	15- /	16-P--T4
17- /	18- /	19-N--T3	20- /	21- /	22-P--T1	23- /
24- /	25- /	26-N--T4	27- /	28-N--T3	29- /	30- /
31-N--T3						

Junio 2010

Tabla 5

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
	1-/	2-/	3-N--T3	4-/	5-P--T1	6-/
7-/	8-/	9-N--T1	10-/	11-/	12-N--T3	13-/
14-N--T4	15-/	16-N--T3	17-/	18-/	19-N--T3	20-/
21-/	22-P--T1	23-/	24-N--T3	25-P--T3	26-/	27-P--T4
28-/	29-/	30-N--T3				

Julio 2010

Tabla 6

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
			1-P--T4	2-/	3-P--T3	4-/
5-/	6-N-- T3	7-/	8-/	9-P--T2	10-N--T3	11-/
12-/	13-/	14-M--T3	15-/	16-P-----	17-/	18-P—T?
19-/	20-N--T3	21-/	22-P--T3	23-/	24-/	25-P--T1
26-N--T1	27-/	28-/	29-N--T4	30-/	31-/	

Agosto 2010

Tabla 7

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábados</i>	<i>Domingo</i>
						1-/
2-M--T3	3-/	4-P--T4	5-/	6-/	7-N--T3	8-/
9-P--T2	10-/	11-/	12-/	13-/	14-M-ET6	15-/
16-/	17-P-T6	18-/	19-/	20-/	21-/	22M-E-T7
23-/	24-/	25-/	26-N--T1	27-/	28-/	29-/
30-/	31N-E-T1					

Registro de deposiciones previo al estudio (tratamiento mediante masaje en marco cólico).

En este registro solo constarán las deposiciones (S:sí / --: no) y si se administró enema (E: enema efectivo / F: enema no efectivo). Son datos tomados de forma retrospectiva.

Julio 2009

Tabla 8

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
		1 --	2 --	3 S	4 --	5 --
6 --	7 --	8 S, E	9 --	10 --	11 --	12 S
13 --	14 --	15 --	16 S	17--	18 --	19 --
20--	21 S,E	22 --	23 --	24 S	25 --	26--
27 --	28 --	29 S, E	30 --	31 --		

Agosto 2009

Tabla 9

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
					1 --	2--
3 S,E	4--	5 S	6 --	7 --	8 --	9 --
10 S	11 --	12 --	13 --	14 --	15 S, F/E	16 --
17 --	18 --	19 S	20 --	21 --	22 --	23 S
24 --	25 --	26 --	27 --	28 S, E	29 --	30 --
31 --						

Septiembre 2009

Tabla 10

	1 --	2 S	3 --	4 --	5--	6 S
7 --	8 --	9 S	10 --	11 --	12 --	13S
14 --	15 --	16 --	17 --	18 S,E	19 --	20 --
21 --	22 S	23 --	24 --	25--	26 S	27 --
28 --	29 --	30 --				

Octubre 2009*Tabla 11*

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
			1 S,E	2 --	3--	4 --
5 S	6 --	7 --	8 --	9 --	10 S, E	11--
12 --	13 --	14 --	15 S	16 --	17 --	18 S
19 --	20 --	21 --	22 --	23 --	24 S,E	25 --
26 --	27 --	28 S	29 --	30--	31 S	

Noviembre 2009*Tabla 12*

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
						1 --
2 --	3--	4 --	5 S,E	6 --	7 --	8 --
9 S	10 --	11 --	12 --	13 S	14 --	15 --
16 --	17 --	18 S,E	19 --	20 --	21 --	22 --
23 S	24 --	25 --	26 --	27 --	28 S	29 --
30 --						

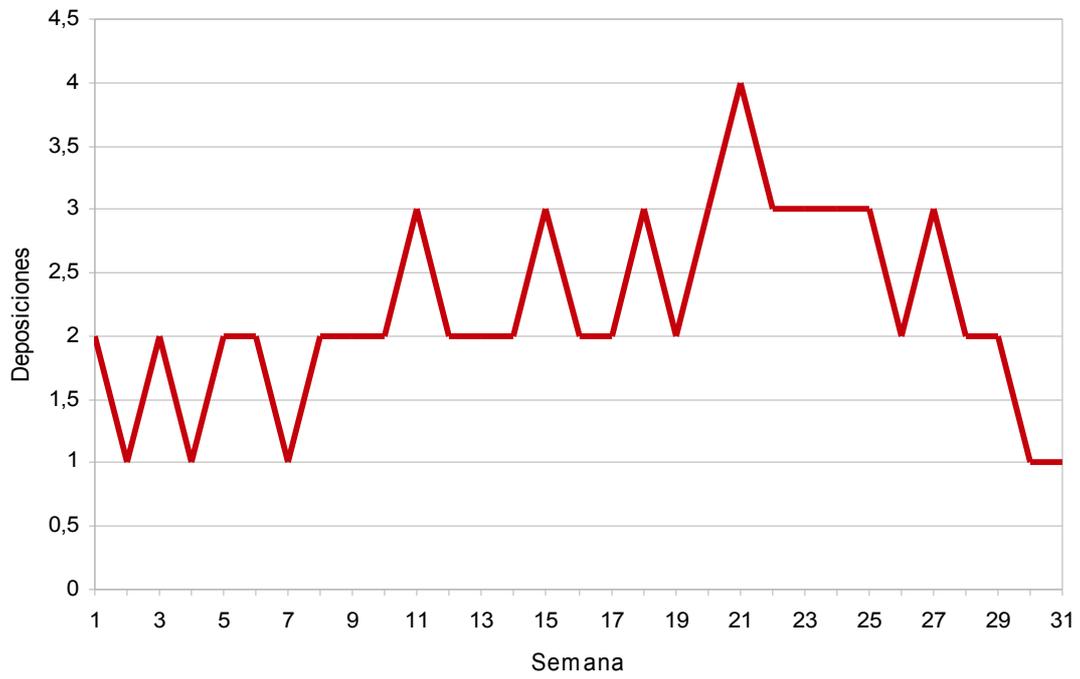
Diciembre 2009*Tabla 13*

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
	1 --	2 --	3 S, E	4 --	5 --	6 --
7 --	8 S	9 --	10--	11 --	12 --	13 S, E
14 --	15 --	16 --	17 --	18 S	19 S	20 S
21 --	22--	23 --	24 --	25 --	26 S,E	27 --
28 --	29 --	30 S	31--			

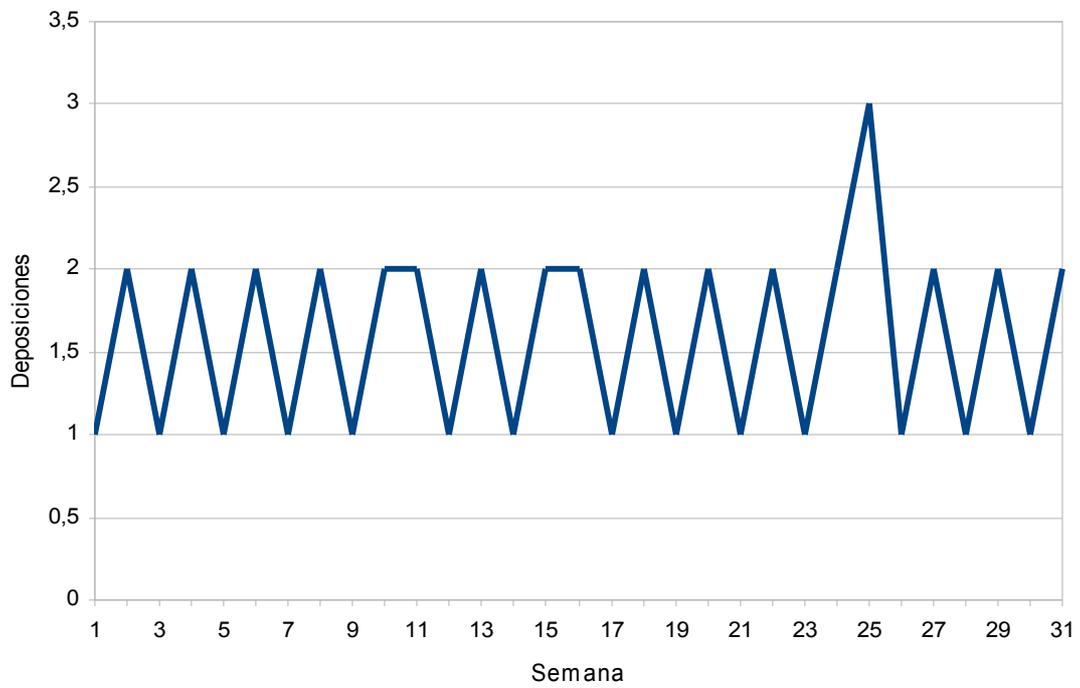
Enero 2010*Tabla 14*

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
				1 --	2 --	3 S
4 --	5--	6 --	7 S,E	8 --	9 --	10 --
11 --	12 S	13 --	14 --	15--	16 S	17--
18--	19 --	20 --	21 S,E	22 --	23 --	24 --
25 S	26 --	27 --	28--	29 S	30 --	31 --

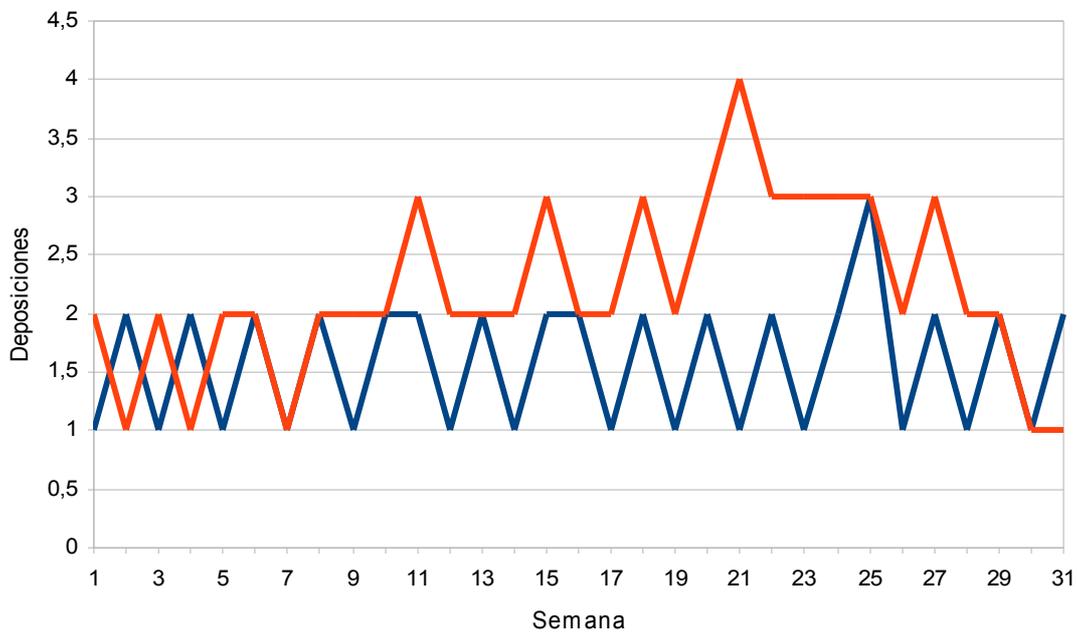
Gráfica Deposiciones/Semana durante el estudio.



Gráfica Deposiciones/Semana previas al estudio.



Gráfica comparativa Deposiciones/Semana Previo estudio Vs. Estudio



Análisis de datos obtenidos durante el periodo de estudio (31 semanas).

Total deposiciones: **68**

Deposiciones/Semana: **2,2**

Frecuencia de deposiciones: **1 deposición cada 3,2 días.**

Enemas administrados: **6 – 0'2/semana**

Necesidad de administración de enema: **8'8%** de las deposiciones.

Análisis de los datos previos al estudio (31 semanas).

Total deposiciones: **49**

Deposiciones/Semana: **1,6**

Frecuencia de deposiciones: **1 deposición cada 4,4 días**

Enemas administrados: **18 – 0'6/semana.**

Necesidad de administración de enema: **36'7%** de las deposiciones.

DISCUSIÓN

Durante las primeras semanas de aplicación del tratamiento propuesto no se evidencia un aumento claro en el ritmo de deposiciones de la paciente. A partir de la semana número 8, no obstante, se aprecia un aumento en el ritmo deposicional y el mantenimiento de este por encima de los valores registrados previos al estudio.

Por otro lado, este aumento en el ritmo deposicional no es suficiente para dejar de ser considerado como estreñimiento por los criterios diagnósticos del Rome III por un tiempo superior a una semana hasta la semana 20. A partir de este momento la paciente realiza 3 o más deposiciones por semana dejando de cumplir los citados criterios de estreñimiento. Esta situación se mantiene durante 5 semanas.

A partir de la semana 25, y hasta la 31, se aprecia un descenso progresivo en el ritmo deposicional hasta valores semejantes e incluso inferiores a los previos al estudio. Esta condición coincide con una agravación de la UPP en el glúteo derecho de la paciente, quien debe ser derivada al hospital en dos ocasiones para someterse a desbridación quirúrgica. El informe de cirugía indica que la evolución es muy desfavorable y hace constar la presencia de 2 úlceras cavitadas, muy profundas, infectadas y con esfacelos.

Recomienda un plan de curas diario para desbridar constantemente los esfacelos.

Esta nueva situación afecta en gran medida a la paciente, y su estado anímico empeora considerablemente.

Creemos que en este descenso moderadamente súbito del ritmo deposicional probablemente intervengan factores de reflejo somato-visceral, dada la situación anatómica de la úlcera y la coincidencia de los dermatomas de la zona glúteo-trocanter con los niveles de inervación del colon T12-L1-L2. Por otro lado, los niveles de estrés a los que está sometida la paciente, pueden estar muy relacionados con la nueva situación deposicional, ya que el estrés es una de las causas generales de aparición y mantenimiento del estreñimiento (13).

Si hacemos una lectura del periodo anterior al agravamiento de la UPP, podemos observar que se ha reducido en más de un día el tiempo entre deposiciones. El efecto inmediato de esto es un importante descenso en la administración de enemas, algo que la paciente considera muy positivo, dadas las lógicas incomodidades que esta práctica conlleva. Más allá de esto, creemos que el enema, como medida de rescate, cumple su función inmediata, pero no hace si no empeorar el cuadro general. Está estimado que el vaciado brusco del colon produce una ralentización importante de la peristalsis durante los siguientes 2-3 días(14).

Los resultados de este estudio nos reafirman en la creencia de que este tipo de acercamiento es especialmente útil en casos de estreñimiento en los cuales los pacientes sometidos grados importantes de inmovilidad general. El anciano, por otro lado, tolera mejor (y por lo tanto dan mejor resultado) las técnicas fasciales (15).

CONCLUSIONES

Un tratamiento basado en los principios de la osteopatía, puede ofrecer un marco óptimo para el tratamiento del estreñimiento, mediante una consideración de los aspectos fluidicos y neurológicos e intentando mejorar la estructura para mejorar la función. Proporcionar un estado lo mas fisiológico posible, en cuanto a circulación de fluidos y estado tensional de los tejidos, constituirá un marco oportuno para la fisiología del colon y repercutirá en una mejora del estado actual de estreñimiento crónico de la paciente.

El tratamiento propuesto consistente en la elasticación de los repliegues peritoneales mas íntimamente relacionados con la función de sujeción del colon, ha repercutido en un aumento en la frecuencia de deposiciones de la paciente, disminuyendo en tiempo entre estas en 1,2 días de media. La administración de enemas ha disminuido en un 66%, con la consiguiente mejora en la calidad de vida de la paciente. Por otro lado el tratamiento ha sido mucho mejor tolerado que el masaje en marco cólico, muchas veces percibido como molesto por la paciente.

Por todo esto creemos que en este tipo de pacientes con estreñimiento , ancianos, encamados, con escasa movilidad, este tipo de tratamiento enfocado hacia la movilidad y motilidad del colón puede dar mejores resultados globales que otros enfoques más directos basados en desplazar la masa fecal manualmente. Desde un punto de vista osteopático consideramos más correcto un enfoque dirigido a liberar el colon para que pueda desarrollar su movilidad y sus funciones (el cuerpo posee sus propios mecanismos de autoprotección y regulación) que intentar alterarla mediante agentes externos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, Irvine EJ, Rance L. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics and predictors of health care. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3131–3137.
2. Primrose WR, Capewell AE, Simpson GK, Smith RG. Prescribing patterns observed in registered nursing homes and long-stay geriatric wards. *Age Ageing* 1987;16:25-8.
3. George F. Longstreth, W. Grant Thompson, William D. Chey, Lesley A. Houghton, Fermin Mearin, Robin C. Spiller. *Functional Bowel Disorders. Gastroenterology* 2006;130:1480–1491
4. Rome III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders. Rome III Disorders and Criteria. Copyright 2010 by Rome Foundation, Inc.
5. González Más R. *Rehabilitación médica de ancianos. Barcelona: Masson, S.A; 1995.*
6. Michael J. Olek .Multiple sclerosis—Part I. Overview, pathophysiology, diagnostic evaluation, and clinical parameters. *JAOA*. 1999. N°11.574-588.
7. Studney D, Lublin F, Marcucci L, et al. MS .COSTAR: a computerized record for use in clinical research in multiple sclerosis. *J Neurol Rehab* 1993;7:145-152.
8. National Center for Health Statistics. *Vital statistics of the US. 1992-Mortality. United States Department of Health and Human Services, editor. Public Health Service. Washington, DC: US Government Printing Office; 1996.*
9. Koop CE. *Multiple sclerosis: Physical findings. drkoop.com. 1998. Available at: http://www.drkoop.com/conditions/Multiple_Sclerosis/Page_14_44.asp. Accessed April 5, 2002.*
10. Barral J-P, Mercier P. *Manipulaciones Viscerales. Vol.1. 2ª Ed. Barcelona. Elsevier Masson , 2009.*
11. Kuchera W.A, Kuchera M.L. *Osteopathic Principles in Practice. 2nd Ed Revised. Columbus, Ohio. Original Works. 1993.*
12. Gray H. *Anatomy ; Descriptive and Surgical. 15th .Ed .Grat Britain. Chancellor Press. 1994.*
13. Boon J. Anthony J. *Evaluating the Impact of Stress on Systemic Disease. JAOA. 2003. Vol 103, No 5 239-246.*

14. Sobel J. *Chronic constipation: A therapeutic challenge. Journal AOA; 1971 /vol. 70, May p.148-151.*

15. Parsons J., Marcer N. *Situaciones clínicas: Geriátría. En: Osteopatía. Modelos de diagnóstico, tratamiento y práctica. Madrid: Elsevier. 2007. p.317-321*