

**MÉDICOS
POR LA SEGURIDAD VIAL**

Enfermedades
digestivas

9



ÍNDICE

1. DISPEPSIA Y CONDUCCIÓN	3
2. MEDICAMENTOS, DISPEPSIA Y SUS RECOMENDACIONES AL VOLANTE	7
3. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CONDUCCIÓN	12
4. TRASTORNOS DEL ESÓFAGO Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN	16
5. HEMORRAGIA DIGESTIVA, TRASTORNOS DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO Y CONDUCCIÓN	20
6. ENFERMEDAD PÉPTICA Y SU INFLUENCIA AL VOLANTE	24
7. VÓMITOS, CUERPOS EXTRAÑOS Y SU INTERFERENCIA CON LA CONDUCCIÓN	27
8. DOLOR ABDOMINAL, DIARREA Y CONDUCCIÓN	30
9. ESTREÑIMIENTO, SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE, ENFERMEDAD CELIACA Y CONDUCCIÓN	33
10. ENFERMEDAD DIVERTICULAR, EII, FÍSTULA ANAL Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE	37
11. PANCREATITIS, LITIASIS BILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN	40
12. HEPATOPATÍA CRÓNICA, ASCITIS, INCONTINENCIA ANAL Y CONDUCCIÓN	43
13. HEMORROIDES, FISURA DE ANO Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE	47



1. DISPEPSIA Y CONDUCCIÓN

1. DISPEPSIA Y CONDUCCIÓN

Las enfermedades digestivas son muy frecuentes y representan más del 20% de las consultas al médico de atención primaria, el 15% del total de los ingresos médicos en hospitales y el 14% de la mortalidad de la población general.

El tabaco y el abuso del alcohol producen muchas de las enfermedades digestivas graves, y también son causa de la tragedia de muchos accidentes de tráfico.

El alcohol afecta al sistema nervioso central y el tabaco produce enfermedades respiratorias y distracciones con pérdida del control del vehículo y la carretera cuando se conduce fumando.

DISPEPSIA

La dispepsia es un término poco concreto. Se trata de uno de los motivos más frecuentes de consulta, pues tiene una frecuencia global del 40,6%, apareciendo la forma moderadamente grave una vez a la semana en el 28,1% de la población.

En España el 39% de la población adulta lo ha padecido alguna vez a lo largo de su vida, y el 24% en los últimos 6 meses. A pesar de ello el 50% de los afectados no acude al médico por este problema.

Se considera la dispepsia como el conjunto de síntomas que incluye dolor o ardor epigástrico, pesadez posprandial que hacen las digestiones difíciles o prolongadas y saciedad precoz. La localización de los síntomas es típicamente supraumbilical, sobre todo en el epigastrio. Los síntomas asociados de la dispepsia son también las náuseas, los eructos e incluso los vómitos.

La aparición de síntomas es irregular, con días muy sintomáticos junto a otros en que los síntomas son más soportables, sin que se encuentren razones que justifiquen esta variabilidad. Las comidas pueden agravar o calmar el dolor.

En general, son trastornos difíciles de comprender y de tratar, pues en muchos casos no se ajustan a una enfermedad concreta. Es difícil que el paciente reconozca que come mal, deprisa, demasiado o a deshora, que abusa del alcohol o que fuma. Ambos producen muchas de las enfermedades digestivas graves y también son causa de la tragedia de muchos accidentes de tráfico.

La dispepsia es una enfermedad benigna, pero puede afectar de forma significativa a la calidad de vida de los pacientes. Es seguramente el padecimiento con mayor índice de automedicación.

Si observamos a los conductores, con frecuencia les vemos comer mientras conducen bolsas de aperitivos, pipas, bocadillos, caramelos, chicles, dulces, o consumir bebidas de cola. Todos estos productos ingeridos a cualquier hora mientras se conduce favorecen la dispepsia y además producen distracción y riesgo de accidente.

La dispepsia se clasifica en orgánica y funcional.

Los síntomas de la *dispepsia orgánica* son debidos a una causa orgánica o metabólica. Entre las causas más frecuentes figuran:



1. DISPEPSIA Y CONDUCCIÓN

GÁSTRICAS	Enfermedad ulcerosa péptica
	Cáncer gástrico
DUODENALES	Enfermedad ulcerosa péptica
	Duodenitis erosiva
	Lesiones obstructivas
ESOFÁGICAS	ERGE con síntomas atípicos
	Cáncer de esófago
OTRAS DIGESTIVAS	Enfermedades biliares o pancreáticas
	Lesiones inflamatorias u obstructivas del intestino delgado
	Lesiones inflamatorias u obstructivas del intestino grueso
ENFERMEDADES METABÓLICAS	Diabetes melitus
	Uremia, hipercalcemia
	Enfermedad de Addison
	Hipertiroidismo, intolerancia a la lactosa, hipotiroidismo, enfermedad celiaca
NEUROPÁTICAS Y PSICOLÓGICAS	Ansiedad, hipocondría, somatización de la depresión, trastornos de conversión
RELACIONADAS CON FÁRMACOS	Aines, antibióticos, levodopa, digital, antiarrítmicos, antineoplásicos, estrógenos, progestágenos, hierro, potasio

La *dispepsia funcional* (DF) es de exclusión; se establece cuando los síntomas no pueden ser atribuidos a alteraciones estructurales o enfermedades metabólicas anteriormente mencionadas ni ser inducidos por alcohol o fármacos. Se supone que están relacionados con trastornos de la función del tracto digestivo superior o con una percepción anómala de ello. Dentro de ella se realiza una subdivisión:

- ▶ Síntomas dispépticos inducidos por la ingesta: síndrome de distrés posprandial (SDP).
- ▶ Dolor epigástrico en ayunas o 1-2 horas después de la ingesta: síndrome de dolor epigástrico (SDE).

Esta subdivisión se basa en el hecho clínico de que, en muchos pacientes con dispepsia, los síntomas se inician o agravan con la ingesta el SDP, que podría equipararse a la clásica dispepsia funcional con predominio de "dismotilidad".

Se caracteriza por sensación molesta de plenitud posprandial que ocurre después de comidas de un volumen normal, o sensación precoz que impide la terminación de una comida normal, con una frecuencia de varias veces por semana. Mientras que en otros pacientes las molestias aparecen en ayunas o 1-2 horas después de la ingesta el (SDE), equiparable a la clásica dispepsia de úlcera, o *ulcus-lik dyspepsia* de los anglosajones. Dolor o ardor localizado en el epigastrio, de intensidad al menos moderada y con una frecuencia mínima de una vez por semana.

El dolor es intermitente, no generalizado ni localizado en otras regiones abdominales o torácicas, no se alivia con la defecación ni con el ventoso, y no cumple criterios de dolor biliar. El dolor puede ser de tipo quemante (ardor) pero sin ser retroesternal y frecuentemente se alivia con la ingesta de comida, sin embargo puede darse en ayunas.

Los mecanismos implicados en la etiopatogenia de la DF son diversos (ver figura); esto aún resulta más frustrante para el médico, porque aunque se demuestre que existen ciertas alteraciones en la fisiología del tracto digestivo alto en estos pacientes, no necesariamente tienen que ser éstas las causantes de los síntomas clínicos.



1. DISPEPSIA Y CONDUCCIÓN

Entre los mecanismos desencadenantes de la DF figura el vaciado gástrico lento (30% de los pacientes), que se asocia al sexo femenino y a síntomas de hinchazón posprandial, náuseas y vómitos.

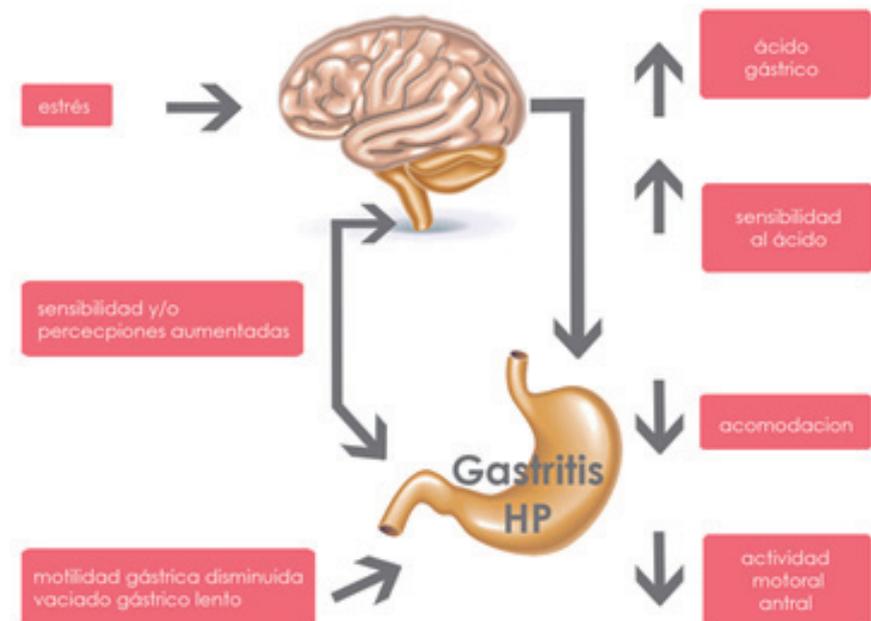
En alrededor del 30-40% de los pacientes se ha constatado una acomodación gástrica anormal a la ingesta por un defecto en la reducción del tono de la pared, y se asocia a un predominio sintomático de saciedad precoz (80%).

La hipersensibilidad visceral es la causa de síntomas dispépticos en el 40% de los pacientes con DF. La hipersensibilidad gastroduodenal a la distensión se ha relacionado con dolor.

También se ha podido demostrar hipersensibilidad a estímulos químicos, sobre todo ácido y grasas en el duodeno, asociada a dolor posprandial, eructos, anorexia y pérdida de peso. Presentan una mayor sensibilidad al ácido.

Se ha relacionado la DF con la infección por *Helicobacter pylori*, entre otras razones porque se ha observado una prevalencia ligeramente más alta en pacientes con dispepsia que en la población en general.

Por último, se ha relacionado con factores de la esfera psicosocial. Los pacientes con DF presentan una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión que los pacientes con dispepsia orgánica, implicándose el estrés psicosocial, las emociones negativas y ciertos rasgos de la personalidad.



Factores posiblemente imbricados en la etiopatogenia y fisiopatología de la dispepsia funcional.

1. DISPEPSIA Y CONDUCCIÓN

Consejo sobre dispepsia y conducción

- ▶ El principal problema del conductor estriba en mantener su capacidad de atención y reaccionar con rapidez ante cualquier eventualidad. Por eso, no se puede consumir alcohol ni fumar cuando se va a conducir, incapacita la conducción y además favorece la dispepsia.
- ▶ Cuando se comienza un viaje, el conductor propenso a padecer dispepsia debe evitar las comidas copiosas, que favorecen los incómodos síntomas digestivos, y al peor enemigo del conductor, que es el sueño. Se aconseja que cuando vayan a conducir de una forma prolongada, lo hagan después de haber descansado bien y nunca con el estómago vacío.
- ▶ Reprimir la sensación de hambre es peligroso, porque el conductor se siente cansado, se pone nervioso, la atención y la velocidad de reacción disminuyen y el peligro de accidente aumenta de manera considerable.
- ▶ Los alimentos a utilizar deben ser de fácil digestión, sin grasas, evitándose alimentos muy salados, condimentados y aquellos que produzcan flatulencia como las bebidas gaseosas. Hay que realizar comidas ligeras y frecuentes a lo largo del día, ayudarán a mantener la atención, a reaccionar con rapidez y evitarán las manifestaciones de la dispepsia.
- ▶ No conviene abusar de las bebidas excitantes y estimulantes como el café, té, cola y bebidas energéticas para evitar el sueño, ya que son muy irritantes del aparato digestivo.
- ▶ La postura de la conducción con el cinturón de seguridad abrochado empeora la sensación de flatulencia y dificulta el eructo. Este conductor incómodo por su situación buscando una postura adecuada puede perder concentración en la carretera y su entorno, provocando un accidente.
- ▶ Si se suma la búsqueda de medicamentos antiácidos por los múltiples recovecos, cajones, guantera, bolsillos, etc., la distracción en la conducción está asegurada.
- ▶ Se recomienda ante esta situación, parar el vehículo en una zona de descanso, estirar las piernas, caminar un rato y tomar la medicación que alivie los síntomas sin producir sueño, para continuar la conducción.



2. MEDICAMENTOS, DISPEPSIA Y SUS RECOMENDACIONES...

2. MEDICAMENTOS, DISPEPSIA Y SUS RECOMENDACIONES AL VOLANTE

Las enfermedades digestivas son responsables del 25-30% del consumo total de los fármacos prescritos, y de muchísimos comprados sin receta en farmacias y herbolarios.

La dispepsia es, seguramente, el padecimiento con mayor índice de automedicación. El paciente se agobia con sus síntomas y utiliza para aliviarse gran variedad de medicamentos de venta libre, que suele llevar en los bolsillos, y los conductores en la guantera del coche.

El tratamiento de la dispepsia sin signos de enfermedad orgánica subyacente se basa en tranquilizar al paciente y mejorar sus síntomas. Un notable número de pacientes con DF no precisan tratamiento farmacológico, lo que necesitan es que se les asegure la ausencia de enfermedad grave, es decir, que se les tranquilice, con lo que se minimiza su cuadro clínico molesto.

El pronóstico en cuanto a la esperanza de vida es excelente, pero también debe reconocerse que la enfermedad es crónica, aunque con tendencia natural a mejorar y que tiene una respuesta limitada al tratamiento.

Por todo ello, resulta lógico recomendar la adopción de unas medidas generales saludables:

- ▶ Realizar ejercicio físico (practicar algún deporte, gimnasia o, por lo menos, caminar).
- ▶ Abstenerse de fumar, no tomar alcohol o hacerlo en cantidades moderadas.
- ▶ Hacer comidas frecuentes de poco volumen y masticar bien (ésta es la mejor forma de paliar el empeoramiento sintomático posprandial).
- ▶ Conviene reducir la ingesta de grasas y picantes y ser prudente en el consumo de café, té, colas.
- ▶ En cuanto al meteorismo, cuando es leve puede corregirse intentando evitar las sustancias productoras de gas, como las comidas ricas en hidratos de carbono no absorbibles (legumbres, hortalizas, cereales integrales...) o los fármacos productores de flatulencias, como la lactulosa o las fibras. Se debe insistir en que los pacientes eviten aquellos alimentos o bebidas que precipiten o empeoren consistentemente los síntomas.

Para el tratamiento sintomático, pueden ensayarse periodos cortos con medicamentos: antiácidos, antagonistas H₂, sales de calcio y magnesio, procinéticos o inhibidores de la bomba de protones, además de los adecuados cuidados dietéticos, y la ausencia de tabaco y alcohol.

LOS PROCINÉTICOS

Son fármacos que aceleran el vaciado gástrico y/o ayudan a la relajación del fundus, por lo que parece razonable su uso en pacientes con predominio de saciedad precoz y digestión pesada.

Algunos tienen una acción predominante colinérgica (cinitaprida) y otros una acción antidopaminérgica, antiemética (cleboprida, levosulpirida, domperidona). Estos últimos son los más utilizados.



2. MEDICAMENTOS, DISPEPSIA Y SUS RECOMENDACIONES...



Son eficaces, pero hay que tener presentes sus efectos secundarios, que afectan al 5-8% de los pacientes, y básicamente son la astenia, la somnolencia incluso discinesias interfiriendo en la conducción. Por ello se recomienda hacer tratamientos cortos, de 2-4 semanas, y periodos de descanso. Resultan más eficaces en el predominio sintomático de la "dismotilidad" (saciedad precoz, digestión lenta e hinchazón posprandial).

Los *fármacos antisecretorios* más utilizados en la DF son los inhibidores de la bomba de protones (IBP) más eficaces que los antagonistas H2.

En los estudios comparativos, con los IBP se obtienen mejores resultados sintomáticos (un 15-30%) que con placebo, aunque el incremento en el beneficio clínico es más evidente en pacientes con predominio sintomático de dolor y ardor (mejorías significativas en el 50-70%), que con predominio de saciedad precoz e hinchazón (en el 40-50%).

Para algunos autores, esta constatación sugiere que el predominio sintomático de ardor o dolor hace preferibles los IBP como primera opción terapéutica (SDE); el omeprazol, lansoprazol, pantoprazol y sus derivados son medicamentos que no suelen afectar a la capacidad para conducir.

Provocan reacciones adversas en pocas ocasiones como mareos y alteraciones visuales.

Al metabolizarse en el hígado pueden prolongar la eliminación de las benzodiazepinas, warfarina y fenitoína, favoreciendo sus efectos secundarios.

ANTAGONISTAS H2

Los *antagonistas H2* como la ranitidina no tienen efectos directos sobre la capacidad de conducir, pero pueden en algunos casos producir confusión, depresión, cefalea, mareo, artralgias, mialgias y visión borrosa por alteración en la acomodación.

ANTIÁCIDOS

Los **antiácidos** pueden ser aceptados para el alivio sintomático del ardor o la pirosis esporádicos.

Los antiácidos almagato y magaldrato no tienen efectos al volante, pero pueden influir en la absorción de otros medicamentos coadministrados como tetraciclinas, digoxina, benzodiazepinas, dicumarol, indometacina, ciprofloxacino y hierro.

Los antiácidos son medicamentos de venta libre que producen alivio rápido de los síntomas. Los pacientes los toman de forma indiscriminada, desconociendo las interferencias con otros medicamentos pautados, por lo que favorecen los efectos secundarios de los mismos o empeoran la enfermedad real de base.

SALES DE CALCIO Y MAGNESIO

Las sales de carbonato cálcico y de magnesio son de venta libre, producen alivio sintomático inmediato y no influyen en la capacidad para conducir.

2. MEDICAMENTOS, DISPEPSIA Y SUS RECOMENDACIONES...

A pesar de su no interferencia con la conducción, la automedicación prolongada y abusiva en pacientes adictos a estas medicaciones para alivio de sus síntomas puede provocar alteraciones metabólicas con hipercalcemia, hiposfatemia, alcalosis y nefrolitiasis.

Estos medicamentos, al reaccionar con el ácido del estómago, liberan CO₂ que produce bruscamente flatulencia, distensión gástrica y eructos.

La postura de la conducción va a contribuir con frecuencia a empeorar los síntomas de dispepsia, por lo que es frecuente tomar estos medicamentos mientras se conduce para aliviar los síntomas, produciéndose la incómoda flatulencia, que con el eructo mejora.

Hasta que tiene lugar la liberación de gases, el conductor pierde concentración en su vehículo, carretera y entorno, pues se encuentra especialmente preocupado por buscar la postura que le mejore su incómoda situación. Con frecuencia, este conductor se desabrocha el cinturón de seguridad en un intento de evitar oprimir el epigastrio. Este gesto, sumado a la búsqueda de medicamentos antiácidos por los múltiples recovecos, cajones, guantera, bolsillos, etc., convierte la conducción en un acto peligroso.

LOS ANSIOLÍTICOS

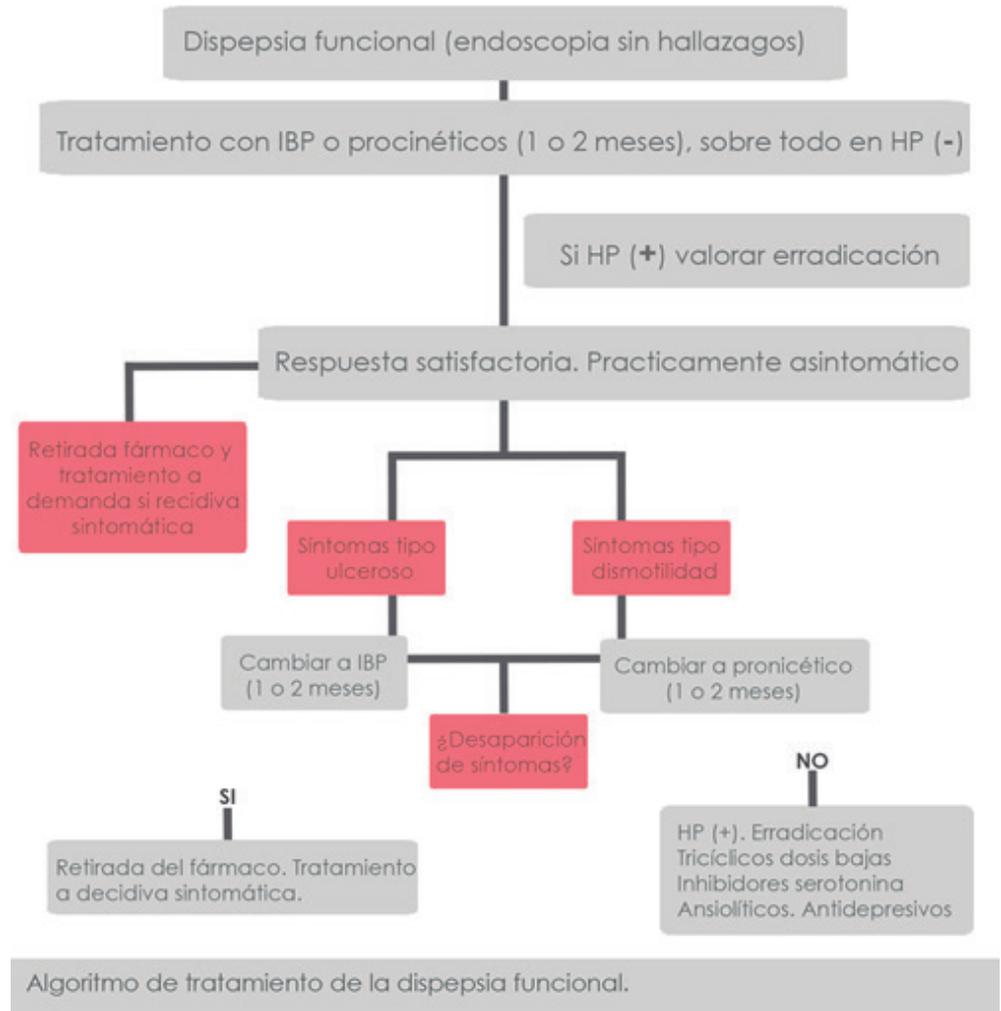
Pueden recomendarse si la ansiedad o las crisis de pánico se asocian a los síntomas propios de la dispepsia. Sin embargo, de ser posible, deben evitarse las benzodiazepinas, por su capacidad de inducir dependencia y/o producir alteraciones cognitivas o de reflejos, sobre todo en profesiones de riesgo o que requieran una alta concentración mental.

En este sentido, puede ser útil la nueva familia de ansiolíticos de las azapironas (buspirona), dado que son fármacos menos sedantes y mejor tolerados que otros ansiolíticos, no producen deterioro funcional significativo, tienen menor potencial adictivo, potencian el efecto de los antidepresivos y poseen una cierta capacidad de relajar el fundus gástrico.

En los últimos años se han desarrollado nuevos tratamientos para los trastornos funcionales digestivos, que incluyen tanto fármacos que actúan sobre la hipersensibilidad visceral de estos pacientes, como sustancias de fitoterapia de reciente comercialización en España y nuevas dietas de exclusión que han mostrado resultados esperanzadores a corto plazo. El algoritmo terapéutico se presenta en la figura siguiente.



2. MEDICAMENTOS, DISPEPSIA Y SUS RECOMENDACIONES...



Consejo sobre la dispepsia en la conducción

- ▶ Los conductores deben saber que algunos medicamentos utilizados contra la dispepsia como cinitaprida y cleboprida producen somnolencia.
- ▶ A la hora de tener que tomar una medicación para la dispepsia mientras se conduce, hay que tener en cuenta las posibles interferencias entre los medicamentos en caso de polifarmacia o automedicación, e interferencias con el consumo de alcohol.
- ▶ Para mitigar dichos efectos hay que elegir una pauta de prescripción que minimice los efectos adversos de la medicación sobre la capacidad para conducir como emplear dosis fraccionadas durante el día, de esa manera los efectos adversos y su intensidad tras cada toma podrían ser menores, o la utilización de dosis nocturnas, con lo que los efectos sedantes más intensos se producen por la noche.
- ▶ Los conductores que noten reacciones adversas a algún fármaco pautado deben comunicárselo al médico para modificar la dosis o cambiarlo por otro más tolerable. No se puede conducir mientras persistan las reacciones adversas producidas por la medicación contra la dispepsia.



2. MEDICAMENTOS, DISPEPSIA Y SUS RECOMENDACIONES...



- ▶ El conductor con dispepsia que se pone en carretera después de haber comido más de la cuenta, que empieza a tener sueño y que se toma un medicamento para mejorar la digestión, pero que a su vez produce somnolencia, multiplica el riesgo de provocar un accidente, o de verse involucrado en una colisión por insuficiente atención.
- ▶ Se recomienda ante esta situación parar el vehículo en una zona de descanso, estirar las piernas, caminar un rato y tomar la medicación que alivie los síntomas dispépticos sin producir sueño ni otros efectos secundarios.
- ▶ El paciente debe conocer los riesgos, contraindicaciones y efectos secundarios que corre con las distintas medicaciones que toma para la conducción.

3. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CONDUCCIÓN

3. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CONDUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico (RGE) supone el paso de contenido gástrico al esófago en ausencia de náusea, vómitos o eructos. Aproximadamente, la tercera parte de la población refiere síntomas ocasionales de RGE.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones. Para considerar la definición de ERGE, los síntomas deben ser lo suficientemente importantes en frecuencia o en intensidad como para afectar la calidad de vida del paciente.

La ERGE es una patología de importante relevancia en nuestro medio, dada su elevada prevalencia. En España se estima que aproximadamente el 32% de la población sufre síntomas típicos de reflujo gastroesofágico al menos anualmente y casi un 10% los presentan semanalmente.

Es frecuente motivo de consulta, tanto atención primaria como en especializada. A pesar de la gran prevalencia, se estima que solamente un 25% de los pacientes con síntomas de la ERGE son los que consultan.

La ERGE puede estar ocasionada por debilidad del esfínter esofágico inferior (EEI), del diafragma crural o de ambas estructuras. La mayor parte de los casos, sobre todo los más graves, se relacionan con una baja presión (hipotonía) del EEI a través de tres mecanismos patogénicos:

- ▶ Hipotonía del EEI.
- ▶ Relajaciones transitorias e inapropiadas del EEI.
- ▶ Hipotonía relativa del EEI en situaciones de aumento de la presión intraabdominal (mecanismo relacionado con la presencia de anomalías estructurales a menudo asociadas a hernia hiatal).

Es una enfermedad crónica con mala asociación entre la magnitud del RGE, el grado de inflamación de la mucosa esofágica y las manifestaciones clínicas.

La ERGE es considerada una enfermedad de curso benigno y de patogenia multifactorial, siendo el resultado del desequilibrio entre factores defensivos y factores agresivos, a nivel de la mucosa del esófago. Así hablamos de mecanismos defensivos por afectación en la funcionalidad del EEI, mecanismos agresivos por secreción ácida y contenido duodenal. Y como enfermedad crónica, puede presentar periodos de mayor o menor actividad; es en estas variaciones donde actúan los factores predisponentes.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y COMPLICACIONES

Los síntomas típicos de la ERGE son la pirosis y la regurgitación. El término de pirosis describe la sensación de ardor o quemazón en el área retroesternal y el de regurgitación, la sensación de retorno del contenido gástrico a la boca y a la hipofaringe. Este binomio es prácticamente diagnóstico de la ERGE en su presentación típica. No obstante, la ausencia de pirosis y regurgitación no excluye el diagnóstico. Otros síntomas que acompañan el síndrome de reflujo típico son el dolor epigástrico y las alteraciones del sueño.



3. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CONDUCCIÓN



Las complicaciones más frecuentes de la ERGE son esofagitis, estenosis péptica del esófago, úlcera esofágica y esófago de Barrett.

Los pacientes con ERGE pueden tener síntomas atípicos como dolor torácico, laringitis, faringitis, tos crónica, asma, caries, manifestaciones pulmonares, dolor cervical, hipo, apnea de sueño, etc. Estos pacientes que presentan síntomas extraesofágicos, como tos persistente nocturna, laringitis o accesos de apnea durante el sueño, no descansan adecuadamente y son conductores somnolientos, con pérdida de atención y concentración, y mayor riesgo de accidente que el resto de la población. A pesar de ello, muchos consideran su sintomatología como algo relativamente normal y se automedican para conseguir una mejor calidad de vida.

TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO

El objetivo fundamental del tratamiento de la ERGE es el alivio de los síntomas, para que éstos no afecten a la calidad de vida del paciente.

En aquellos casos en que la ERGE cursa con esofagitis, el tratamiento tiene además como objetivo la cicatrización de las lesiones, junto con la prevención de complicaciones y recidivas.

Como hemos visto anteriormente, uno de los mecanismos implicados en la génesis del daño gástrico se basa en la secreción ácida y un descenso del pH intragástrico por debajo de 4. Por lo tanto, uno de los objetivos fundamentales para el tratamiento y/o prevención de la lesión gástrica se basa en el aumento del pH del estómago por encima de esta cifra, inhibiendo así la potencia ácida gástrica durante el mayor tiempo posible.

De todas formas, todo tratamiento ha de ser individualizado a cada paciente, a su sintomatología y a su respuesta terapéutica.

Las medidas generales se basan en recomendaciones posturales y dietéticas que disminuyan la presencia de ácido en el esófago, repartiendo las comidas a lo largo del día, y que éstas sean equilibradas.

- ▶ Se recomienda evitar el sobrepeso, la presión epigástrica de fajas y prendas ajustadas, agacharse bruscamente, o tumbarse con las piernas en alto.
- ▶ No conviene acostarse inmediatamente después de comer, y se recomienda elevar la cabecera de la cama.
- ▶ Se deben evitar las bebidas carbónicas y los alimentos que favorezcan la secreción ácida y la relajación del EEI como el café, el alcohol, las grasas, el ajo, el chocolate, las bebidas de cola o té, la menta y los picantes, zumos cítricos y en general comidas y bebidas excesivamente frías o calientes.
- ▶ No se debe fumar, el tabaco reduce la competencia del EEI y favorece el carcinoma de esófago, además, interfiere con la conducción restando atención y viciando el aire del interior del vehículo.
- ▶ Se deben evitar algunos fármacos como anticolinérgicos, xantinas, dopamina, ansiolíticos, antidepresivos, nitratos, antagonistas del calcio, agonistas beta-adrenérgicos, antagonistas alfa-adrenérgicos, anticonceptivos hormonales y prostaglandina E.
- ▶ Como la pirosis es un síntoma incómodo y muy frecuente, es fácil que el paciente se automedique, buscando aliviar de forma rápida los síntomas.

3. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CONDUCCIÓN



- ▶ El tratamiento a demanda con antiácidos y medidas generales puede ser suficiente en pacientes con reflujo ocasional, sin afectación de la calidad de vida y sin síntomas de alarma, aunque no existen claras evidencias.
- ▶ Por las alteraciones motoras que se producen podría estar indicado logrando corregir completamente las alteraciones motoras del esófago la utilización de procinéticos. A pesar de no encontrarse entre los objetivos terapéuticos de la ERGE mejorar la dinámica esofágica, se han utilizado a lo largo de las últimas décadas una gran variedad de ellos, mostrando una eficacia limitada no logrando corregir las alteraciones motoras en la ERGE.
- ▶ En líneas generales, se estima que los procinéticos son tan eficaces como los antagonistas de los receptores H2. Su eficacia aumenta cuando se combinan con los inhibidores de la bomba de protones. Los IBP son los fármacos de elección para el tratamiento de la ERGE en todas sus modalidades, independientemente de que exista o no esofagitis. Se ha visto que pacientes con ERGE con clínica frecuente (más de 2 veces por semana), con afectación de la calidad de vida, sin síntomas de alarma, se pueden tratar con IBP de forma empírica, con dosis estándar durante 4 semanas, ante respuesta parcial, se puede aumentar la dosis estándar de IBP a una toma cada 12 horas y alargar el tratamiento a 8 semanas. En los casos con buena respuesta, es aconsejable hacer ensayo de retirada, ya que a menudo no se precisa un tratamiento posterior y es en los casos de recidiva tras retirada en los que hay que plantearse tratamiento a largo plazo, pero siempre buscando la dosis mínima eficaz (step down).

Consejo sobre reflujo gastroesofágico y conducción

- ▶ Es conveniente que el paciente con ERGE no conduzca inmediatamente después de comer.
- ▶ En los viajes hay que realizar paradas con mayor frecuencia que la habitual, y tomar comidas muy ligeras sin irritantes del aparato digestivo, ni bebidas carbónicas.
- ▶ No se recomienda conducir con ropa ajustada.
- ▶ No se debe fumar pues empeora la ERGE, distrae al conductor y disminuye el oxígeno dentro del vehículo.
- ▶ No olvidar la medicación pautada por el médico. Si a pesar de ella surgen síntomas que incomodan la conducción, se debe parar sin entorpecer el tráfico, caminar relajadamente y cuando desaparezcan los síntomas, reiniciar la conducción.
- ▶ Trasladar a la noche la utilización de procinéticos por sus efectos adversos, sin conducir por sus efectos de sueño.
- ▶ Con úlcera péptica esofágica de reciente diagnóstico, se debe guardar reposo y se desaconseja la conducción hasta que el médico informe favorablemente al respecto.
- ▶ Con odinofagia o hemorragia de origen esofágico, aunque sea de poca cuantía, no se puede conducir. La curación del proceso permitirá volver a conducir, y siempre con informe médico favorable en este sentido.

3. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CONDUCCIÓN

Fundación
MAPFRE

ERGE - Enfermedad por reflujo gastroesofágico y conducción

¿Qué es?

El **reflujo gastroesofágico (ERGE)** supone el paso de contenido gástrico al esófago en ausencia de náusea, vómitos o eructos. Aproximadamente, **la tercera parte de la población refiere síntomas ocasionales de RGE**. Muchas personas se automedican para conseguir una mejor calidad de vida.

Los síntomas de ardor y regurgitación son los más frecuentes, pero otros síntomas atípicos como dolor torácico, laringitis, faringitis, tos crónica, asma, caries, manifestaciones pulmonares, dolor cervical, hipo, apnea de sueño, etc. no descansan adecuadamente, pasan el día somnolientos, con dificultad de atención y concentración, **y mayor riesgo de accidente que el resto de la población.**

Prevención y tratamiento

El **objetivo fundamental del tratamiento de la ERGE** es el alivio de los síntomas, para que éstos no afecten a la calidad de vida del paciente. Fundamentalmente se basa en **recomendaciones posturales y dietéticas** individualizadas en función de la sintomatología y respuesta del paciente.

En aquellos casos en que la **ERGE cursa con esofagitis**, el tratamiento tiene además como objetivo la cicatrización de las lesiones, junto con la prevención de complicaciones y recidivas.

3 medidas preventivas



Evitar el sobrepeso, la presión epigástrica de fajas y prendas ajustadas, agacharse bruscamente, o tumbarse con las piernas en alto.



Evitar las bebidas carbónicas y los alimentos que favorezcan la secreción ácida y la relajación del EEI como el café, las grasas, picante y bebidas muy frías o calientes.



Elevar la cabecera de la cama para dormir y no acostarse inmediatamente después de comer.

6 Consejos de seguridad vial si padece ERGE



Es conveniente llevar ropa cómoda

Preferiblemente no ajustada y no conducir inmediatamente después de comer.



Realizar las paradas necesarias

Para tomar comidas muy ligeras sin irritantes del aparato digestivo, ni bebidas carbónicas.



No fumar

Empeora la ERGE, distrae al conductor y disminuye el oxígeno dentro del vehículo.



Si tiene síntomas que incomodan la conducción:

Pare sin entorpecer el tráfico, tome la medicación pautada que no interfiere en la conducción y cuando desaparezcan los síntomas reinicie.



Si toma procinéticos

Es mejor hacerlo por la noche, con esto se podrá evitar la somnolencia.



No conducir con:

Odinofagia o hemorragia de origen esofágico o úlcera péptica esofágica de reciente diagnóstico. Se desaconseja la conducción hasta que el médico informe favorablemente al respecto.

4. TRASTORNOS DEL ESÓFAGO Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

DISFAGIA

La disfagia es la sensación subjetiva de dificultad para la deglución, debida a una mala progresión de lo ingerido desde la faringe hasta el estómago, y puede acompañarse de dolor. El transporte de líquidos y sólidos puede estar impedido por lesiones orgánicas de la faringe, el esófago, los órganos adyacentes, o por trastornos funcionales del sistema nervioso y la musculatura.

La disfagia se clasifica en orofaríngea y esofágica. Una detallada historia clínica y una correcta exploración física aportarán datos suficientes para determinar el origen hasta en un 80% de los casos. En ambos tipos puede haber causas de naturaleza orgánica o funcional:

- ▶ La *disfagia faríngea* se observa en pacientes con trastornos neurológicos o musculares como dermatomiositis, miastenia grave, distrofia muscular, lesiones del sistema nervioso central, etc. Presentan a menudo regurgitación nasal o aspiración traqueal seguida de tos. La aspiración repetida de material digestivo al árbol bronquial puede conducir a enfermedad pulmonar crónica.
- ▶ La *disfagia esofágica* puede deberse a procesos obstructivos como tumores, úlceras, estenosis pépticas, o ser producida por trastornos motores que alteran el peristaltismo esofágico y la función del esfínter esofágico inferior (EEI), como acalasia y esclerodermia. También producen disfagia esofágica los órganos adyacentes que pueden comprimir el esófago como el agrandamiento de la aurícula izquierda, el aneurisma de aorta, el tiroides retroesternal y tumores pulmonares.

El dolor torácico de origen esofágico puede producirse por la presencia de ácido en el esófago debido a reflujo gastroesofágico, o dolor a la deglución por esofagitis, tumores, infecciones, o dolor espontáneo en los trastornos motores que simula una angina de pecho. La combinación de disfagia y dolor torácico orienta hacia un origen esofágico, y su tratamiento es causal.

En la tabla I se recogen las principales diferencias entre los dos tipos de disfagia según su etiología y manifestaciones clínicas, que pueden ser claves para hacer el diagnóstico diferencial.

Tabla I. Diferencias entre disfagia orofaríngea y esofágica

	DISFAGIA OROFARÍNGEA	DISFAGIA ESOFÁGICA
Etiología	Alteraciones funcionales neuromusculares	Alteraciones orgánicas y funcionales
Manifestaciones clínicas: Localización y síntomas acompañantes	Cuello	
	Problemas para masticar	
	Escape de comida por la boca y sialorrea	Región esternal y/o cuello
	Disastria	Regurgitación tardía
	Regurgitación nasal	Dolor torácico
	Regurgitación oral inmediata	Pirosis
	Aspiración: tos y asfixia	
Disfonía		
Valoración riesgo deglución	Inmediata	Generalmente, no inmediata



4. TRASTORNOS DEL ESÓFAGO Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

A la hora de plantear el tratamiento, lo primero que hay que hacer es garantizar una nutrición adecuada del paciente sin riesgo de complicaciones, en particular la aspiración pulmonar y la impactación esofágica, sea cual sea el tipo de disfagia. Para ello en ocasiones sólo es necesario utilizar medidas que mejoren la deglución:

- ▶ Cambios en la dieta: son mejores las dietas de consistencia semisólida con líquidos espesados, tomadas en pequeñas cantidades.
- ▶ Cambios en la postura durante la deglución y de la técnica de la deglución.
- ▶ Cambios en los volúmenes de los bolos: se toleran en principio pequeñas cantidades de alimentos por vía oral, se aumentan los volúmenes según la rehabilitación vaya progresando.

Si esto no fuera eficaz, se podría plantear la miotomía (seccionar un músculo para acceder a los tejidos subyacentes o para aliviar la sintomatología provocada por el exceso de contracción, como en la espasticidad), aunque sólo alivia al 50% de los pacientes. En otros casos sólo es posible un tratamiento paliativo que permita la nutrición del paciente.

ACALASIA

La acalasia es un desorden que provoca que el esfínter esofágico inferior no se relaje en el momento en que el alimento pasa del esófago al estómago. Como resultado, el esófago se dilata y se llena de alimento. Esto provoca que el alimento llegue muy lentamente al estómago.

Cursa con disfagia de larga evolución intermitente para sólidos y líquidos. Con mucha frecuencia, esta enfermedad viene acompañada de pirosis, dolor en el pecho durante la ingestión de alimentos, salivación intensa y regurgitación de alimento, y tos de predominio nocturna. Puede haber desnutrición y pérdida de peso si la disfagia es importante, el esófago inferior se distiende debido a que tanto los alimentos como los líquidos no pueden llegar al estómago.

Tratamiento

Si presentan bajo riesgo quirúrgico, la opción costo-efectiva es la de realizar dilataciones neumáticas (al menos 2) y si fracasa cirugía. En la práctica, con los pacientes jóvenes se prefiere comenzar directamente por la cirugía.

El tratamiento farmacológico es poco eficaz, indicado en pacientes no susceptibles de otro tratamiento incluye: calcioantagonistas (nifedipino: 10 mg oral o sublingual antes de la ingesta o verapamilo) o, si el paciente refiere dolor torácico, dinitrato de isosorbide (5 mg oral o sublingual antes de las comidas o 20 mg retard cada 12 horas).

Los nitratos pueden provocar cefalea, vértigo e hipotensión que impiden la conducción. El verapamilo puede producir bradicardia, hipotensión, bloqueo A-V e insuficiencia cardiaca. El nifedipino favorece la aparición de taquicardia, hipotensión arterial, cefalea, y puede limitar la capacidad de reacción, por lo que debe tomarse con precaución al conducir.

La *toxina botulínica* es una técnica muy segura sin complicaciones de interés que se administra por vía endoscópica. Tiene mayor éxito terapéutico en mayores de 50 años y en la acalasia vigorosa (éxito del 100%).



4. TRASTORNOS DEL ESÓFAGO Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

**SDM DE MALLORY-WEISS**

El síndrome de Mallory-Weiss se caracteriza por la laceración del esófago distal y del estómago proximal, durante episodios de vómitos, arcadas o hipo.

Se manifiesta con una hemorragia de origen arterial gastroesofágica. El pronóstico suele ser bueno y en la mayoría de los casos es suficiente el tratamiento médico conservador. Los desgarros suelen cicatrizar de 10 a 12 días sin ningún tratamiento especial.

Pueden administrarse inhibidores de la secreción gástrica (en particular, inhibidores de la bomba de protones IBP).

Cuando la hemorragia no cesa, está indicada la cauterización o la fotocoagulación endoscópica. Raras veces se requiere cirugía para suturar el desgarro.

SENSACIÓN DE GLOBO

La sensación de globo es una sensación subjetiva de nudo o bulto en la garganta, que se asocia con frecuencia a trastornos emocionales o ansiedad. El tratamiento se basa en confirmar que no hay enfermedad orgánica responsable y en tranquilizar al paciente. La depresión, la ansiedad y otras alteraciones de la conducta subyacentes deben tratarse con consulta psiquiátrica si es necesario.

HALITOSIS

La halitosis se define como el olor desagradable que procede del aliento de una persona. Al no haber criterios diagnósticos que la definan se desconoce su prevalencia, aunque es un problema social y un síntoma frecuente en atención primaria que no siempre se consulta.

La eliminación o el tratamiento de las causas específicas son eficaces. Muchos casos son halitosis imaginarias o psicógenas asociadas a ansiedad, que requieren tratamiento específico.

Consejo sobre disfagia para la conducción

- ▶ No se debe comer cuando se conduce. El conductor se distrae y las manos están ocupadas en algo que no es el volante o los mandos del vehículo.
- ▶ El paciente con disfagia tiene el riesgo añadido de aspiración con un episodio brusco de tos y ahogo y la consiguiente pérdida de control del vehículo.
- ▶ Para tomar alimentos o bebidas, el vehículo se debe encontrar parado sin interferir el tráfico.

Consejo sobre síndrome de Mallory-Weiss y conducción

- ▶ Con hemorragia activa o herida esofagogástrica no cicatrizada no se puede conducir.
- ▶ El médico, ante la evolución favorable del paciente y la comprobación de ausencia de lesiones, indicará el momento en el que el paciente puede volver a conducir, e informará de ello.

4. TRASTORNOS DEL ESÓFAGO Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN



Consejo sobre sensación de globo y conducción

- ▶ Esta sensación no interfiere la conducción por sí misma, pero con frecuencia los trastornos psiquiátricos asociados y el tratamiento sí la dificultan.
- ▶ El paciente debe conocer los efectos secundarios de los medicamentos.
- ▶ El médico, en caso necesario por los síntomas emocionales del paciente, desaconsejará la conducción hasta la mejoría clínica.

Consejos sobre la halitosis y la conducción

- ▶ La halitosis no interfiere en la conducción, salvo que los conductores se agobien cuando llevan acompañantes en el vehículo.
- ▶ Conducen con las ventanillas bajadas, girando la cabeza a la izquierda en actitud forzada y buscando permanentemente caramelos de menta o chicles por el vehículo. Esta situación provoca con frecuencia falta de atención por distracción y ansiedad con peligro de provocar un accidente. Además, conducir con postura forzada disminuye el campo visual y el control del entorno.
- ▶ Si se instaura tratamiento médico con ansiolíticos, el paciente debe conocer el riesgo de somnolencia de estos medicamentos, que interfiere negativamente con la conducción.

Consejo sobre el dolor torácico de origen esofágico y la conducción

- ▶ El conductor que sufre un episodio de dolor torácico ya conocido debe inmediatamente parar el vehículo en una zona libre de tráfico, cambiar de postura y si lo tiene indicado, tomar la medicación prescrita por su médico.
- ▶ Con dolor torácico aparentemente banal no se puede conducir, ni intentar llegar conduciendo a urgencias. Se debe esperar a que desaparezca y si esto no sucede, debe pedir ayuda.
- ▶ Los medicamentos utilizados en ocasiones para los trastornos motores esofágicos pueden tener efectos secundarios que debe conocer el conductor, para que aumente su prudencia al volante.
- ▶ Se desaconseja la conducción si surgen reacciones adversas con los medicamentos que disminuyen la capacidad del conductor.



5. HEMORRAGIA DIGESTIVA, TRASTORNOS DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO Y CONDUCCIÓN

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Toda hemorragia digestiva aguda constituye una auténtica urgencia médica. Su gravedad va a depender del origen, la intensidad del sangrado y las enfermedades coexistentes.

Una disminución rápida del hematocrito determina la instauración brusca de un cuadro clínico de astenia, taquicardia, mareo, sudoración y disnea de esfuerzo, con pérdida de conciencia en algunos casos. Los pacientes con pérdida crónica de sangre presentan síntomas y signos de anemia con debilidad, fatiga, palidez, mareos o dolor torácicos.

Según la localización podemos encontrarnos con hemorragia digestiva alta (HDA) definida como aquella pérdida de sangre por el aparato digestivo que tiene su origen en algún punto entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. Considerada como una de las complicaciones más graves del aparato digestivo y un motivo frecuente de hospitalización, con una mortalidad asociada entre el 3 y el 14%. La hemorragia digestiva alta debuta con hematemesis (expulsión de vómito con sangre) y/o melenas (heces negras, viscosas y malolientes debido a la presencia de sangre degradada proveniente del tubo digestivo).

La endoscopia identifica la causa del sangrado entre el 90 y 94% de las veces. Casi la mitad de todos los casos de esta patología son debidos a úlcera gástrica o duodenal. Mucho menos frecuentes son las hemorragias debidas a enfermedades sistémicas y otras vasculitis.

La hemorragia digestiva baja (HDB) se define como la pérdida de sangre distal al ligamento de Treitz presentando síntomas de anemia o inestabilidad hemodinámica de acuerdo con la pérdida sanguínea. En el 80-85% de los casos ceden de forma espontánea, con una mortalidad asociada del 3-4%.

No obstante, en los últimos años se ha acuñado el término "hemorragia digestiva media", para referirse el origen del sangrado localizado en intestino delgado. Las lesiones del intestino delgado son la causa de hematoquecia en el 1-9% de los pacientes; sin embargo, la mayoría de las causas de la hemorragia gastrointestinal baja aguda tienen su origen en el colon.

Tratamiento

El manejo de la hemorragia digestiva ha evolucionado significativamente y sus estrategias de tratamiento también, con el desarrollo de técnicas hemostáticas endoscópicas eficaces, pero también con el desarrollo del tratamiento farmacológico antisecretores de ácido gástrico. Como consecuencia de estos avances, la mortalidad de la hemorragia digestiva alta se ha mantenido estabilizada alrededor del 5% durante las dos últimas décadas, a pesar del aumento progresivo del porcentaje de pacientes de edad avanzada con enfermedades graves asociadas.

Independientemente de la causa de la hemorragia, el objetivo inicial del tratamiento en todos los pacientes es la reanimación y estabilización hemodinámica con reposición de la volemia y corrección de la anemia mediante transfusión sanguínea si es necesario.

5. HEMORRAGIA DIGESTIVA, TRASTORNOS DEL VACIAMIENTO...



El tratamiento consiste en reponer la pérdida de sangre estabilizando al paciente, con reposición de la volemia y corrección de la anemia, identificando cuanto antes la causa de la hemorragia, e instaurar la terapia médica o quirúrgica que se requiera. La localización del sitio y la determinación de la causa del sangrado orientan hacia cuál va a ser el tratamiento más adecuado.

La endoscopia en la HDA no sólo establece la causa de la hemorragia y es clave para la selección de los pacientes de alto riesgo, sino que también permite la aplicación de tratamiento hemostático y la oportunidad de cambiar el curso natural de la hemorragia de estas úlceras de alto riesgo.

La idea de introducir el tratamiento adyuvante con fármacos antisecretores se originó en la evidencia de que el efecto negativo del ácido en la estabilidad del coágulo podría favorecer el resangrado. El ácido compromete la agregación de las plaquetas y promueve la disolución del coágulo al aumentar la actividad proteolítica de la pepsina del jugo gástrico, que es máxima a pH 2. Por tanto, la inhibición potente de la secreción ácida gástrica para aumentar el pH intragástrico a 6 o superior sería una ventaja para estabilizar el coágulo, asegurar el cese de la hemorragia y prevenir la recidiva.

El tratamiento antisecretor con inhibidores de la bomba de protones (IBP) consigue una inhibición de la secreción ácida muy potente y prolongada. Una revisión sistemática y una metaanálisis de todos los estudios indican que el tratamiento con IBP reduce significativamente el porcentaje de recidivas y de las necesidades de cirugía tras el tratamiento hemostático endoscópico en úlceras de alto riesgo. Por tanto, se puede afirmar que, actualmente, el tratamiento de la hemorragia por úlceras de alto riesgo es el tratamiento endoscópico asociado al tratamiento antisecretor con IBP a dosis alta.

TRASTORNOS DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO

Los trastornos del vaciamiento gástrico constituyen un grupo heterogéneo de entidades que al alterar la fisiología de la función motora del estómago abocan a diferentes estados patológicos. Éstos pueden cursar con un retraso o con una aceleración del vaciado gástrico según las circunstancias.

En el primer caso, el retraso del vaciamiento puede tener su origen en un trastorno motor propiamente dicho (por ejemplo, la gastroparesia, por la que se aminora o detiene el movimiento de los alimentos desde el estómago hacia el intestino delgado) o en una estenosis de la región antropilórica o duodenal.

En el segundo caso, existe una alteración anatómica postquirúrgica que ocasiona un vaciamiento rápido del alimento de líquidos, alimentos osmóticamente activos y sólidos, provocando síntomas gastrointestinales y sistémicos (síndrome de Dumping). La mayoría de los casos aparecen como secuela de una cirugía gástrica (vagotomía y piloroplastia, gastroyeyunostomía, funduplicatura de Nissen), aunque se han descrito formas idiopáticas.

SÍNDROME DE DUMPING

Clínicamente se manifiesta por saciedad precoz, malestar abdominal, hipotensión e hipoglucemia. Estos síntomas incluyen palpitaciones, aumento de la salivación, taquicardia.

5. HEMORRAGIA DIGESTIVA, TRASTORNOS DEL VACIAMIENTO...

Sucedan treinta minutos después de comer. La causa principal es la gran cantidad de contenido alimenticio que entra rápidamente en la primera porción de intestino delgado, para disminuir esta gran concentración y diluirlo entra plasma procedente de la sangre reduciendo el volumen sanguíneo.

En ocasiones, el síndrome de Dumping es tardío y sucede entre noventa minutos y tres horas después de comer con síntomas similares al anterior. Esto obedece a la hipoglucemia que surge como consecuencia de la liberación pancreática de insulina en respuesta a la presencia de elevadas concentraciones de glucosa en la circulación portal, tras su absorción intestinal.

La mayoría de los pacientes con Dumping responden a medidas dietéticas (comidas poco copiosas, ricas en grasas y proteínas y bajas en carbohidratos en el Dumping precoz y ricas en carbohidratos en los casos de Dumping tardío). En algunos casos, puede ensayarse un tratamiento con análogos de la somatostatina, habiéndose empleado preparados de liberación retardada con buenos resultados, y la utilización de antipropulsivos como la loperamida.

GASTROPARESIA

Se presenta en aquellos pacientes con síntomas característicos de dificultad del vaciamiento gástrico, en ausencia de obstrucción mecánica como son: náuseas (93%), epigastralgia (90%), vómitos de alimentos parcialmente digeridos (68%), sensación de saciedad precoz (86%), plenitud postprandial o de distensión abdominal, e incluso pérdida de peso, y padezcan además alguna enfermedad susceptible de tener esta complicación.

Entre las causas podrían citarse las siguientes: diabetes mellitus, esclerodermia, alteraciones iatrogénicas tanto médicas como son la utilización de medicaciones, narcóticos, antidepresivos tricíclicos, digitálicos, antibióticos, anticolinérgicos, dopaminérgicos, etc., o causas quirúrgicas como: la cirugía gástrica previa que suele producir estasis gástrico generalmente por denervación vagal, accidental o intencionada.

Tratamiento

El tratamiento de la gastroparesia incluye tres medidas básicas:

- ▶ Corregir la deshidratación, las alteraciones electrolíticas y del equilibrio ácido-base y el estado nutricional. Se recomiendan ingestas frecuentes y poco copiosas, pobres en grasas y sin fibra. El hecho de comer de pie puede favorecer el vaciado gástrico debido a la fuerza de la gravedad. Probablemente, el dato que refleja compromiso nutricional de un modo más objetivo es la pérdida de peso, por el cual se han de iniciar diferentes intervenciones nutricionales. Se deben evitar las comidas copiosas, ricas en grasas, chocolate, café, menta, alcohol, verduras no digeribles, integrales y bebidas tanto de cola como "energéticas".
- ▶ Control de la glucemia [puede mejorar la función motora gástrica].
- ▶ Tratamiento farmacológico: deben suspenderse todos los medicamentos con propiedades anticolinérgicas, los analgésicos opiáceos, los simpaticomiméticos y los AINES (antiinflamatorios no esteroideos), si es posible. Se pueden asociar medicamentos procinéticos con o sin antagonistas H₂ o IBP.



5. HEMORRAGIA DIGESTIVA, TRASTORNOS DEL VACIAMIENTO...



Es importante llamar la atención sobre el papel que los inhibidores de la bomba de protones (IBP) pueden hacer en este tipo de pacientes, controvertido, ya que en algunos casos pueden llegar a dificultar el vaciamiento gástrico. Los IBP pueden, a su vez, agravar sobrecrecimiento bacteriano, comúnmente observado en casos de pseudoobstrucción intestinal.

Consejo sobre la hemorragia digestiva y la conducción

- ▶ La anemia de aparición brusca y progresiva en poco espacio de tiempo incapacita la conducción por la pérdida de fuerza, los mareos y el riesgo de pérdida de conciencia en cualquier momento.
- ▶ De ninguna manera el paciente puede acudir conduciendo al centro médico, aunque le parezca que ha sangrado poco.
- ▶ La somnolencia, la pérdida de atención y algún mareo en los casos moderados o severos de anemia con $Hb \leftarrow 8-10$ g/dl pueden provocar la pérdida de control del vehículo, por lo que se desaconseja la conducción en estos casos.
- ▶ La anemia hipocroma leve de los sangrados pequeños y repetidos no interfiere con la conducción.
- ▶ Se desaconseja la conducción hasta que el diagnóstico causal esté aclarado y el tratamiento haya controlado adecuadamente la anemia.
- ▶ El médico debe valorar también las manifestaciones clínicas de la enfermedad principal, hepatopatía, alcoholismo, etc., y aconsejará dependiendo de la evolución del paciente si éste puede conducir.
- ▶ Después del tratamiento, la evolución favorable del paciente sin hemorragia, con normalización de la anemia y ausencia de recidiva del sangrado, permitirá que éste pueda volver a conducir si el médico lo considera adecuado e informa en este sentido.

Consejo sobre trastornos del vaciamiento gástrico y la conducción

- ▶ El paciente con gastroparesia puede conducir, pero con frecuencia el estómago de estos conductores se encuentra descendido, y la postura con el cinturón de seguridad ajustado resulta incómoda y favorece las molestias epigástricas.
- ▶ Son conductores que tienden a soltar el cinturón de seguridad, y por ello tienen un mayor peligro de sufrir lesiones graves en caso de accidente.
- ▶ Algunos medicamentos procinéticos como cinitaprida, cleboprida y metoclopramida producen somnolencia, sedación y en algunos casos discinesia, que interfieren con la conducción.
- ▶ El conductor con diarrea por aceleración del tránsito tiene limitada la conducción, debiendo realizar trayectos cortos por lugares conocidos con acceso fácil para la evacuación del recto, si fuera necesario.
- ▶ La loperamida no afecta a la alerta mental, pero en algunos casos puede producir somnolencia, cansancio y mareo, por lo que se desaconseja la conducción en estos casos.

6. ENFERMEDAD PÉPTICA Y SU INFLUENCIA AL VOLANTE

La enfermedad péptica refleja un desequilibrio entre los factores agresores, como el exceso de ácido, y los mecanismos protectores.

A menudo, muchos adultos fuman, beben alcohol y se automedican ante cualquier dolor con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que lesionan la mucosa gastroduodenal.

La enfermedad péptica es la enfermedad producida por la agresión del ácido clorhídrico, pepsina y sales biliares en aquellas partes del aparato digestivo que están expuestas al jugo gástrico que resulta de un desequilibrio entre estos factores agresores y los protectores de la barrera mucosa. Se localiza principalmente en duodeno, estómago y, con menor frecuencia, en el esófago terminal.

Actualmente se considera a la infección por *Helicobacter pylori* la causa de hasta el 90% de las úlceras duodenales (UD) y 80% de las úlceras gástricas (UG), ingestión crónica de medicamentos (principalmente AINES) en segundo lugar y en tercero, la hiperacidez e hipergastrinemia por enfermedad de Zollinger-Ellison. Otros: herencia, tabaquismo, neumopatía obstructiva e insuficiencia renal crónicas, aclorhidria, estrés, cafeína y alcohol.

En las úlceras duodenales, el dolor está localizado en epigastrio, ardoroso (sensación de “vacío” o hambre dolorosa), generalmente poco intenso, tolerable, postprandial tardío de 1 a 3 horas después de la comida, o preprandial, periódico (patrón recidivante y remitente con síntomas prominentes durante 2-4 semanas y remisiones que duran 1-3 meses). Con frecuencia se asocian náuseas, distensión abdominal, plenitud posprandial y sensación de “mala digestión”.

Los síntomas se exacerban con el ayuno prolongado o con ingestión de irritantes, calma con los alimentos, vómito y con los antiácidos.

En úlceras gástricas, el dolor es más inmediato postprandial o aun desencadenado por cualquier tipo de alimento. En algunos casos puede presentarse una complicación como primera manifestación: hematemesis o perforación. En ausencia de complicaciones, no hay signos especiales a la exploración física; a veces dolor en epigastrio o ligeramente a la derecha.

En pacientes complicados se presenta chapoteo gástrico con ruidos y peristalsis audibles en caso de estenosis pilórica; en hemorragia crónica o aguda, además, manifestaciones de síndrome anémico, y en perforación, signos de abdomen agudo con irritación peritoneal y en algunos casos aire libre en hipocondrio derecho (signo de Jaubert).

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento de la úlcera péptica son:

- ▶ Aliviar el dolor.
- ▶ Conseguir la curación de la úlcera.
- ▶ Evitar las complicaciones.
- ▶ Evitar las recidivas.



6. ENFERMEDAD PÉPTICA Y SU INFLUENCIA AL VOLANTE

MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS

En la actualidad se recomienda al paciente que está en tratamiento para la curación de la úlcera péptica que lleve una dieta equilibrada y sana, procurando comer en pequeñas cantidades y cada poco tiempo, pero sin realizar restricción dietética. Se recomienda dejar de fumar, ya que aunque no se relaciona el tabaco con la producción de la úlcera, está demostrado que impide la curación provocando exceso de mortalidad de los pacientes con úlcera con respecto a la población general. Deben suspenderse los antiinflamatorios, excepto en caso de indicación mayor (excepcional) y el alcohol.

FÁRMACOS

La base fundamental del tratamiento es la erradicación del *Helicobacter pylori*. La erradicación de *H. pylori* se obtiene, en las dos terceras a tres cuartas partes de los casos, con la asociación de un antisecreto (IBP en doble dosis, mejor que en dosis simple) y dos antibióticos (amoxicilina 2 g/día y claritromicina 1 g/día; en caso de alergia a la penicilina, claritromicina 1 g/día o tetraciclina y metronidazol 1 g/día durante 7 días). El paciente debe ser consciente de la importancia de la ingestión cuidadosa de los medicamentos, así como los efectos secundarios menores que deberá tratar de tolerar.

Los fármacos que se emplean en el tratamiento de la úlcera péptica son aquellos capaces de disminuir la secreción ácida del estómago, la cual daña directamente a la úlcera, y aquellos capaces de aumentar la protección de la mucosa gástrica. Los mecanismos fisiológicos por los que se logra disminuir la secreción ácida del estómago están directamente relacionados con los sistemas que existen en el estómago para su producción, como los receptores de H₂ y la bomba de protones.

Así nos encontramos con:

- ▶ Los que bloquean los receptores de H₂: cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina.
- ▶ Inhibidores de la bomba de protones: omeprazol, lansoprazol, pantoprazol y esomeprazol.
- ▶ Protectores de la mucosa gástrica, que aumentan o revisten la mucosa gástrica, lo que facilita la curación de la úlcera:
 - Misoprostol, que aumenta la producción de prostaglandinas, mejora las defensas de la mucosa y reduce la secreción ácida gástrica.
 - Sucralfato, que reviste la úlcera evitando que se produzca más lesión.
- ▶ Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) constituyen en la actualidad el tratamiento más eficaz de la crisis ulcerosa en dosis de 20 mg/día (omeprazol), 30 mg/día (lansoprazol), 40 mg/día (pantoprazol), 20 mg/día (esomeprazol) durante 4 semanas (en la úlcera duodenal), o de 4 a 6 semanas (en la úlcera gástrica). Los dolores disminuyen rápidamente y suelen desaparecer en menos de 2 semanas. El tratamiento simultáneo de la infección por *H. pylori* mejora aún más la tasa de cicatrización que se obtiene con los IBP (cerca del 90% después de 4 a 6 semanas en caso de úlcera duodenal o gástrica, respectivamente) y previene las recidivas. Son fármacos seguros. En ocasiones muy aisladas se manifiesta estreñimiento, diarrea, náuseas, vómitos, flatulencia, broncoespasmo y visión borrosa.



6. ENFERMEDAD PÉPTICA Y SU INFLUENCIA AL VOLANTE



- ▶ Los antiácidos, como el bicarbonato sódico y el carbonato cálcico, proporcionan un alivio sintomático inmediato, pero son absorbibles y su utilización indiscriminada y prolongada puede causar alcalosis, con náuseas, cefalea y debilidad, pudiendo llegar a una lesión renal irreversible.

Más seguros son los antiácidos no absorbibles con menos efectos adversos. No obstante, el hidróxido de aluminio favorece el estreñimiento, y puede fijar el fosfato en el tubo digestivo provocando anorexia, debilidad y malestar. El hidróxido de magnesio puede causar diarrea, por eso, en algunos preparados van asociados.

El riesgo de los antiácidos es que la mayoría son de venta libre en farmacias y herbolarios, tienen fama de inocuos y como alivian los síntomas casi de inmediato, se abusa de ellos con frecuencia.

Consejo sobre enfermedad péptica y la conducción

- ▶ Los conductores que noten reacciones adversas a algún fármaco pautado no pueden conducir, y deben comunicárselo al médico para modificar la dosis o cambiarlo por otro mejor tolerado.
- ▶ Las presentaciones en solución tienen más riesgo, porque el conductor las lleva en el coche y cuando siente ardor o dolor, con frecuencia bebe directamente del envase sin medir la cantidad de producto.
- ▶ Se aconseja a los pacientes con enfermedad péptica que cuando vayan a conducir de una forma prolongada, lo hagan después de haber descansado bien y nunca con el estómago vacío.
- ▶ Son mejores las comidas ligeras y frecuentes a lo largo del día que las espaciadas y abundantes. Se deben evitar los alimentos muy salados, condimentados, ricos en grasas animales y los que producen flatulencia como las bebidas gaseosas.
- ▶ La postura de la conducción con el cinturón de seguridad abrochado empeora la sensación de flatulencia y dificulta el eructo. Este conductor incómodo por su situación puede perder concentración en la carretera y su entorno, provocando un accidente. Se recomienda ante esta situación parar el vehículo en una zona segura, estirar las piernas, caminar un rato y tomar la medicación que alivie los síntomas sin producir sueño.
- ▶ Los signos de ansiedad y depresión coexistentes con la enfermedad péptica deben tratarse escuchando, tranquilizando al paciente y en casos seleccionados administrando sedantes o antidepresivos. Se debe advertir que el tratamiento con sedantes en estos trastornos puede interferir con la conducción por el riesgo de somnolencia y disminución de los reflejos que producen.
- ▶ En la consulta médica, se deben dar pautas de tratamiento y recordar que no se puede conducir con dolor, que se debe parar el vehículo para tomar la medicación, que no se puede fumar ni beber alcohol y que hay que respetar los horarios de las comidas.
- ▶ Reprimir la sensación de hambre es peligroso, porque el conductor se siente cansado, se pone nervioso, la atención y la velocidad de reacción disminuyen y el peligro de accidente aumenta de manera considerable.
- ▶ De esta manera, en viajes largos el conductor debe parar con frecuencia para descansar y relajarse, no debe comer conduciendo y menos entretenerse buscando las medicinas por el vehículo, que es causa de distracción y riesgo de accidente.

7. VÓMITOS, CUERPOS EXTRAÑOS Y SU INTERFERENCIA CON LA CONDUCCIÓN

VÓMITOS

Se define como la expulsión por la boca del contenido del estómago. Este signo puede sobrevenir independientemente, pero a menudo es precedido por sensación nauseosa.

Es un "reflejo" cuya zona sensible está constituida por todo el tubo digestivo, desde la faringe hasta el intestino grueso, por el peritoneo y por determinadas vísceras. Para que se produzca el vómito es necesario que el píloro (porción distal del estómago) esté cerrado y que se abra el cardias (porción proximal del estómago), al mismo tiempo que se produce la contracción brusca del diafragma y de los músculos abdominales.

Causas

Pueden ser causados por diferentes motivos:

- ▶ Trastornos psíquicos: neurósis, anorexia nerviosa, bulimia.
- ▶ Trastornos neurológicos: jaqueca, accidente cerebrovascular (hemorragia, trombosis, etc.), síndrome meníngeo (aumento de presión del líquido cefalorraquídeo), meningitis.
- ▶ Trastornos gastrointestinales: gastritis aguda, úlcera gástrica o duodenal, cáncer de estómago, estrechez pilórica, constipación, abdomen agudo (peritonitis, apendicitis), colecistitis aguda, cólico hepático.
- ▶ Trastornos urogenitales: cólico renal, insuficiencia renal y suprarrenal, enfermedades de las trompas de falopio, embarazo.
- ▶ Enfermedades infecciosas agudas sobre todo en el niño.
- ▶ Agentes farmacológicos: morfina, la digital y ciertos antibióticos.
- ▶ Agentes físicos: el calor, las irradiaciones, la radioterapia.

Síntomas

Entre los síntomas que suele acompañarse los vómitos son:

- ▶ Pérdida de fuerza.
- ▶ Palidez.
- ▶ Sudoración, piel fría.
- ▶ Hipotensión arterial.
- ▶ Taquicardia.

Complicaciones

La consecuencia más importante del vómito es la *deshidratación* por disminución del líquido extracelular. También se le suman trastornos de las sales corporales y electrolitos, elementos necesarios para el equilibrio de la relación ácido-base de todos los líquidos orgánicos.



7. VÓMITOS, CUERPOS EXTRAÑOS Y SU INTERFERENCIA...

Tratamiento

El tratamiento, además de ser causal, se basa en el alivio sintomático del paciente, evitando que vomite. Reanimación hidroelectrolítica en caso de vómitos importantes con perfusión de suero con sal o glucosa y electrolitos.

En ocasiones, se prescriben medicamentos propulsivos antieméticos como son la metoclopramida, cleboprida y domperidona.

Durante el tratamiento farmacológico deben evitarse situaciones que requieran un estado especial de alerta, como la conducción de vehículos, ya que puede provocar somnolencia, sedación, cefaleas y en ocasiones irritabilidad.

Otros medicamentos utilizados como antieméticos son los antagonistas de la serotonina (5HT3), como el ondansetrón. Se utiliza con más frecuencia en los vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas. No afecta las funciones motrices, ni causa sedación.

CUERPOS EXTRAÑOS

En ocasiones, los conductores mastican o chupan objetos de pequeño tamaño como palillos, capuchones de bolígrafo, monedas, etc., mientras conducen. De forma accidental, puede haber una ingesta provocando una verdadera urgencia respiratoria por aspiración o en el aparato digestivo produciendo un espasmo esofágico, dolor, e incluso obstrucción a nivel del cardias.

Se habla de cuerpo extraño esofágico cuando se ha producido la ingesta de un objeto o sustancia que detiene su paso en algún punto del tracto digestivo proximal, más riesgo padecen los portadores de prótesis dentales y pacientes con patología esofágica previa (estenosis, acalasia, anillos, ERGE, cirugías previas, fístulas...). Los objetos impactados más habituales en los adultos son los huesos, bolos alimenticios y espinas de pescado.

La gran mayoría de los cuerpos extraños alcanzan el tracto gastrointestinal de forma espontánea y sólo un 10-20% requerirán extracción endoscópica, reservando la cirugía para menos del 1% de los casos. Suelen localizarse en estrecheces fisiológicas, como son el esfínter esofágico superior, el inferior y a nivel del arco aórtico.

Los objetos puntiagudos deben, si es posible, extraerse, pero los pequeños y redondeados pueden vigilarse hasta su expulsión definitiva. En adultos, se describe típicamente como una disfagia brusca, sensación de bulto en el cuello y dificultad para tragar incluso saliva (en casos de obstrucción total). Síntomas menos frecuentes son hipersalivación, regurgitación de alimentos no digeridos y odinofagia.

Los niños suelen describirlo como sensación de algo "atascado" en el pecho, dolor retroesternal o disfagia, incluso síntomas respiratorios por compresión traqueal. Es fundamental la localización, saber si está en vía aérea o digestiva y a qué altura. Para ello es imprescindible, una radiografía en anteroposterior (ideal para pilas y monedas) y lateral (adecuada para cuerpos en tráquea) de cuello, tórax y anteroposterior de abdomen, que permitirán localizar cuerpos radiopacos y signos de perforación (neumomediastino).



7. VÓMITOS, CUERPOS EXTRAÑOS Y SU INTERFERENCIA...

Consejo sobre vómito y la conducción

- ▶ El conductor que nota malestar digestivo, con náuseas y ganas de vomitar, debe aparcar el vehículo si es posible en una zona segura, y llevarlo a cabo.
- ▶ Si el vómito es episódico que impide que sustancias nocivas entren en el intestino, se considera fisiológico y protector. En este caso, el conductor se recupera totalmente de su malestar digestivo en unos minutos, y puede volver a conducir, pero si no se encuentra totalmente bien, debe pedir ayuda y no forzar la conducción.
- ▶ El resto de los vómitos repetitivos, relacionados o no con este mecanismo, deben considerarse patológicos y además incapacitantes completamente para conducir.
- ▶ Se recomienda al conductor que vomita mientras conduce que mantenga la tranquilidad, no haga movimientos bruscos con el vehículo, aparque cuanto antes en una zona que no interfiera el tráfico y pida ayuda. A todos nos puede pasar.
- ▶ El paciente debe ser advertido del efecto sedante de la mayoría de los medicamentos propulsivos que se venden en la farmacia libremente.
- ▶ Con frecuencia, la presentación de los propulsivos es la de jarabe, muchos pacientes tienen la mala costumbre de beber directamente un sorbo del envase sin precisar la dosis. Esto es incorrecto, pues multiplica los efectos secundarios de la sedación.

Consejo sobre cuerpos extraños y conducción

- ▶ La situación de atragantamiento es angustiada y produce pérdida completa del control del vehículo. El hecho aislado de tragarse un cuerpo extraño, aunque no se acompañe de síntomas, produce nerviosismo y distracción con riesgo de provocar un accidente.
- ▶ Con un cuerpo extraño atascado en el esófago no se puede conducir. Se debe informar de los riesgos de ello al paciente que habitualmente conduce masticando o chupando objetos para que no se alarme si le ocurre tal imprevisto, aunque el mejor consejo es que evite conducir con cuerpos extraños en la boca.
- ▶ En esta situación, lo más recomendable es mantener la calma, aparcar el vehículo en una zona segura, y pedir ayuda para ser atendido por un médico. En pacientes sin signos de alarma y con estado aceptable puede retrasarse la extracción hasta 24 horas, pues a menudo pasan espontáneamente en este plazo.
- ▶ La técnica de extracción más aceptada en general es la endoscopia flexible, pues permite adaptarse a la forma de los objetos, visualizar directamente las lesiones de la mucosa y alcanza también estómago y duodeno proximal. Se considera que a partir de duodeno proximal el objeto pasará por el resto del tracto sin complicaciones, no obstante, si es radiopaco, se recomiendan radiografías seriadas hasta su expulsión. En general, el pronóstico de esta entidad es bueno y el riesgo de mortalidad muy bajo.



8. DOLOR ABDOMINAL, DIARREA Y CONDUCCIÓN

8. DOLOR ABDOMINAL, DIARREA Y CONDUCCIÓN

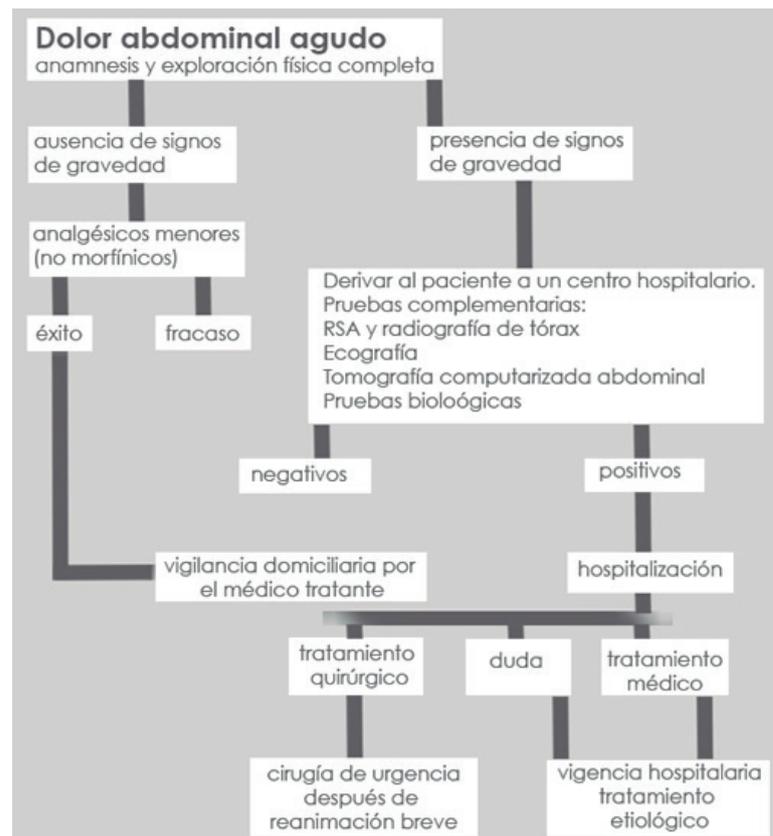
DOLOR ABDOMINAL

Casi todos experimentamos alguna vez dolor en el abdomen y la mayoría de las veces no es causado por un problema de salud serio. La intensidad del dolor no siempre refleja la gravedad de la afección que lo causa. Por ejemplo, se puede sentir un dolor abdominal fuerte si tiene gases o cólicos estomacales debido a una gastroenteritis viral. Algunas veces, afecciones potencialmente mortales, como el cáncer de colon o una apendicitis temprana, pueden causar sólo un dolor leve o ningún dolor.

El proceso diagnóstico de los síndromes dolorosos abdominales es difícil porque el médico corre el riesgo de omitir una urgencia vital médica o quirúrgica.

El dolor abdominal es ante todo un síntoma, que hay que saber estudiar, describir y no tratar a ciegas. Sus características semiológicas, en concreto la localización, el tipo, la duración y la intensidad, pueden guiar la búsqueda de la etiología con la prescripción de pruebas complementarias o, al contrario, indicar una intervención quirúrgica de urgencia. Por ello, se debe realizar una exploración física rigurosa, que permita formular hipótesis etiológicas concretas y, si es necesario, derivar directamente al paciente hacia un centro hospitalario para su tratamiento.

Es un motivo de consulta frecuente. En cualquier caso, la prescripción de pruebas complementarias depende de la clínica y permite confirmar un diagnóstico, evaluar la gravedad e indicar un tratamiento etiológico. Otros datos útiles en la evaluación son la presencia de fiebre, ictericia o síntomas urológicos y ginecológicos.



8. DOLOR ABDOMINAL, DIARREA Y CONDUCCIÓN

DIARREA

La diarrea es un síntoma cuyas características clínicas varían mucho según la causa, duración, gravedad del área intestinal afectada y la salud general del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diarrea aguda como la emisión diaria de más de dos deposiciones blandas o líquidas desde menos de dos semanas atrás.

La diarrea puede ser acuosa, más bien abundante y acompañarse de un dolor abdominal moderado o, por el contrario, ser de tipo disentérico, poco abundante, con intensos dolores antes de cada emisión, mezclada o reducida a moco y/o sangre, tenesmo y falsa necesidad de defecar.

La diarrea no tratada provoca rápidamente deshidratación, pérdida de electrolitos, acidosis metabólica, hipopotasemia, y en pacientes debilitados, muerte.

La diarrea con aumento llamativo del número de deposiciones al día incapacita el desarrollo continuado de las actividades cotidianas, entre ellas la conducción.

Su tratamiento se basa en corregir el proceso subyacente, reponer los líquidos y electrolitos y conseguir, con medicación, el alivio sintomático del dolor y número de deposiciones. Consiste en prescribir soluciones glucidohidroelectrolíticas (SGH) y vigilar estrechamente el estado de hidratación durante las primeras horas.

Las SGH todavía se prescriben poco, como primera alternativa. De mayor utilización son los antisépticos, antipropulsivos, moderadores del tránsito y tópicos. Su eficacia ha sido muy discutida en la bibliografía reciente (acción limitada sólo sintomática que no alivia la rehidratación ni la renutrición).

Renutrir rápidamente y rehidratar de forma intensa es el método claramente demostrado para una curación más rápida y evitar la desnutrición secundaria.

La eficacia del tratamiento descansa en vigilar la curva de peso, el estado general y las cantidades bebidas.

El coprocultivo con la búsqueda de virus es útil algunas veces en las diarreas prolongadas para poder adaptar la antibioticoterapia (*Campylobacter*). Las diarreas graves persistentes son cada vez más raras.

La prevención consiste (a título individual, en las colectividades, para los otros miembros de la familia, durante los viajes) en desinfectar el agua y en lavarse meticulosamente las manos.

El problema actual consiste sobre todo en convencer a los padres, los farmacéuticos y los médicos de la eficacia de un tratamiento que parece demasiado sencillo, y en vigilar que la SGH se tome con regularidad, único tratamiento curativo. Con esta actitud terapéutica sencilla se evitarán prescripciones y gastos sanitarios inútiles, así como la mayor parte de los decesos por diarreas.

Consejo sobre dolor abdominal y la conducción

- ▶ El dolor abdominal, tanto si es agudo como crónico o recurrente, incapacita la conducción.



8. DOLOR ABDOMINAL, DIARREA Y CONDUCCIÓN



- ▶ Si la causa es conocida y leve, el control del mismo permitirá volver a conducir cuando los síntomas hayan remitido.
- ▶ El dolor abdominal súbito o de comienzo rápido mientras se conduce obliga a parar el vehículo inmediatamente en zona segura, y pedir ayuda para valoración urgente por el médico.
- ▶ El médico que diagnostica la causa del dolor abdominal e indica su tratamiento informará al paciente, ante la evolución favorable del cuadro clínico, de su adecuada capacidad para volver a conducir.
- ▶ Las siguientes medidas pueden ayudar a prevenir algunos tipos de dolor abdominal:
 - Evitar alimentos grasos.
 - Beber mucha agua todos los días.
 - Consumir comidas pequeñas con más frecuencia.
 - Hacer ejercicio de manera regular.
 - Limitar las comidas que producen gases.
 - Verificar que las comidas sean bien balanceadas y ricas en fibra.
 - Comer muchas frutas y verduras.
- ▶ En los casos quirúrgicos, la recuperación postoperatoria depende de la causa, la técnica realizada y la vía de abordaje. Será el cirujano quien aconseje al paciente asintomático con correcta cicatrización de las heridas abdominales cuándo puede conducir sin incremento de los riesgos, ni minusvalía en su seguridad.
- ▶ Los casos quirúrgicos que requieren estomas (u ostomía, apertura en la pared abdominal para dar salida a las heces y/o la orina) necesitan cuidados y protecciones especiales que deben ser advertidas al paciente, para no lesionar dichas zonas o interferir con las bolsas de drenaje en la conducción.

Consejo sobre diarrea en la conducción

- ▶ La necesidad imperiosa y repetida de evacuar la ampolla rectal impide conducir.
- ▶ Aunque la diarrea no se acompañe de aumento en el número de las deposiciones, si se manifiesta con dolor abdominal o vómitos, tampoco permite la conducción. Se suele acompañar de debilidad general con minusvalía en la capacidad de reaccionar ante un imprevisto.
- ▶ El conductor con diarrea puede agobiarse con la situación y distraerse por sólo preocuparse en buscar un servicio mientras conduce, ante su imperiosa situación.
- ▶ El paciente debe conocer las reacciones adversas de algunos medicamentos utilizados para tratar la diarrea, para evitar el peligro de accidente.
- ▶ La loperamida no afecta a la alerta mental, pero en algunos casos puede producir somnolencia, cansancio y mareo, por lo que se desaconseja la conducción en estos casos.

9. ESTREÑIMIENTO, SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE, ENFERMEDAD CELIACA Y CONDUCCIÓN

ESTREÑIMIENTO

Es un síntoma que el paciente describe como un esfuerzo excesivo para defecar, una sensación de evacuación incompleta, intentos fallidos para defecar, deposiciones duras y/o disminución de la frecuencia de las deposiciones semanales.

El estreñimiento suele ser debido a una combinación de factores: hábito poco regular, alimentación con poca fibra, escasa ingesta de líquidos y escasa actividad física.

Para su diagnóstico, hay que hacer una anamnesis detallada sobre el estilo de vida (tipo de dieta, ingesta de agua, actividad física, viajes, etc.) y fármacos que está tomando el paciente. Se debe preguntar acerca de la historia personal y familiar de estreñimiento, neoplasias, patologías concomitantes y estado psíquico.

Un cambio repentino en las deposiciones sin causa aparente que lo justifique es motivo de estudio para descartar enfermedad orgánica.

El diagnóstico de estreñimiento funcional debe ser considerado después de haber descartado organicidad. En la mayoría de los casos de estreñimiento idiopático tanto la historia clínica como la exploración física indican los pasos a seguir en el tratamiento inicial.

Se recomiendan las siguientes medidas higiénico-dietéticas:

- ▶ Realizar una dieta equilibrada que incluya abundante fibra: salvado, cereales, fruta fresca y verduras. La fibra soluble puede tener un beneficio mayor que la insoluble en el tratamiento de pacientes con estreñimiento crónico.
- ▶ Beber abundantes líquidos y hacer ejercicio regularmente son consejos habituales, aunque la evidencia formal de su efectividad es débil.
- ▶ Recomendar defecar después de las comidas, particularmente por la mañana, cuando la motilidad del colon es mayor.

LAXANTES

En los diversos estudios realizados comparando fármacos laxantes y dieta no se han encontrado evidencias suficientes para recomendar el tratamiento con laxantes ni para recomendar un tipo específico de laxante.

En el estreñimiento agudo se deben emplear laxantes durante un periodo corto de tiempo. En pacientes con estreñimiento crónico que no respondan a los cambios en el estilo de vida se emplearán laxantes como tratamiento de base.

La indicación de los laxantes debería realizarse con el objetivo de resolver las necesidades específicas de cada tipo de estreñimiento: los que aumentan la consistencia del bolo fecal para los que tomen poca fibra en su dieta, los que disminuyen la consistencia de las heces cuando éstas son muy duras y los estimulantes para los que presentan disminución de la motilidad intestinal.



9. ESTREÑIMIENTO, SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE...

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII)

El SII es una combinación de síntomas recidivantes en ausencia de lesión orgánica, caracterizados por dolor abdominal cólico que mejora con defecación o ventoseo, y cambios en el ritmo intestinal con alternancia de estreñimiento y diarrea.

En la actualidad no existen signos exploratorios orientativos ni pruebas o marcadores específicos de la enfermedad, por lo que el diagnóstico y clasificación de las variantes del SII todavía se fundamenta en unos criterios operativos derivados de las manifestaciones clínicas principales, y en la exclusión de otras enfermedades que puedan provocar síntomas similares.

La prevalencia del SII en España es aproximadamente del 10%. Existe una predominancia clara del sexo femenino 2-3:1. La incidencia es más alta entre la segunda y cuarta décadas de la vida.

El SII constituye hasta el 12% de los diagnósticos en atención primaria y el 15% del total de las consultas médicas. El SII es el diagnóstico más frecuente en las consultas de los especialistas del aparato digestivo (20-25%).

La mayoría de los enfermos con SII no consultan al médico y un porcentaje importante de los que sí acuden presentan síntomas extraintestinales asociados (25%) y una elevada comorbilidad de enfermedades psicológicas y psiquiátricas, enfermedades digestivas, síndromes de dolor funcional y otras enfermedades somáticas (intestinales y extraintestinales).

Los pacientes con SII padecen una marcada reducción de la calidad de vida por la falta de tratamientos eficaces. El coste sanitario y la repercusión social del SII han aumentado progresivamente en las dos últimas décadas.

La característica principal del SII es la existencia de dolor/malestar abdominal crónico o recurrente asociado con cambios en la frecuencia y/o consistencia de las deposiciones. Con frecuencia, el dolor es difuso y cambiante, puntiforme, de intensidad variable, a veces agravado por la ingesta y suele localizarse en el hemiabdomen inferior.

Dos tercios de los pacientes tienen otras manifestaciones digestivas como dispepsia, pirosis, náuseas, distensión abdominal o irritabilidad rectal. Hasta el 75% aquejan astenia, adinamia o postración, cefalea e insomnio. En las mujeres la menstruación exacerba el dolor abdominal y la flatulencia.

Ante un paciente con criterios de SII y sin síntomas de alarma, el diagnóstico debe establecerse con las mínimas exploraciones complementarias posibles.

El SII empeora con preocupaciones, estrés, alimentos con lactosa, fructosa, mucha fibra y grasas, con alcohol, café, té, tabaco, chocolate y bebidas gaseosas.

Por ello el tratamiento del SII está orientado al alivio de los síntomas gastrointestinales y a menudo requiere un abordaje integral y el empleo de medidas complementarias que incluyen terapias farmacológicas y otras no farmacológicas.

Desafortunadamente, la mayoría de las variadas opciones terapéuticas disponibles no parecen ser eficaces para inducir la remisión clínica prolongada y para modificar la historia natural del SII. Consecuentemente, la insatisfacción terapéutica determina una reducción notable de la calidad de vida de los pacientes y genera cada vez gastos directos e indirectos más elevados.



9. ESTREÑIMIENTO, SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE...



Considerando la heterogeneidad de los síntomas del SII, el tratamiento ha de ser individualizado, dependiendo de los síntomas principales de cada paciente.

Medidas no farmacológicas

Se recomienda evitar los alimentos antes mencionados, no fumar, llevar una vida relajada, respetar el horario de comidas y practicar ejercicio. La reeducación esfinteriana, las terapias psicológicas y las técnicas de relajación pueden ser útiles como adyuvantes de las terapias habituales.

Medidas farmacológicas

Enfocadas a aliviar la sintomatología específica. El dolor abdominal con espasmolíticos, la diarrea con derivados opioides, como la loperamida y la codeína, resinas de intercambio, como la colestiramina o el colestipol. El estreñimiento con administración de fibra y laxantes. Los antiflatulentos, los procinéticos y los antiinflamatorios pueden jugar también su papel en el tratamiento sintomático. Los probióticos y antibióticos como la rifaximina también aparecen como terapias prometedoras para el manejo del SII.

ENFERMEDAD CELIACA DEL ADULTO

La enfermedad celiaca (EC) es una intolerancia permanente al gluten del trigo, cebada y centeno en individuos predispuestos genéticamente, caracterizada por una reacción inflamatoria, de base inmune, que altera la mucosa del intestino delgado dificultando la absorción de macro y micronutrientes.

La prevalencia estimada en los europeos y sus descendientes es del 1%, siendo dos veces más frecuente en las mujeres. En España oscila entre 1/118 en la población infantil y 1/389 en la población adulta.

Los niños entre 9 y 24 meses presentan náuseas, vómitos, diarreas, distensión abdominal, pérdida de masa muscular y peso, fallo de crecimiento, laxitud e irritabilidad. Después de los tres años son frecuentes las deposiciones blandas, talla baja, anemias ferropénicas resistentes a tratamiento y alteraciones del carácter. En los adolescentes, en cambio, suele ser asintomática.

En adultos, la máxima incidencia se registra en mujeres entre 30 y 40 años de edad, aunque el 20% de los pacientes superan los 60 años en el momento del diagnóstico. Los síntomas más frecuentes son fatiga (82%), dolores abdominales (77%), meteorismo (73%) y anemias ferropénicas (63%). El estreñimiento está presente en el 10% de los casos, y frecuentemente son diagnosticados de síndrome de intestino irritable (30%). La dispepsia se presenta en el 1% de la población con biopsia positiva para la EC.

Existen manifestaciones extradigestivas que se derivan de los déficits de distintos nutrientes y vitaminas como la osteomalacia, osteopenia y osteoporosis son habituales (36%), incluso en ausencia de malabsorción, con el consiguiente incremento del riesgo de fracturas.

El tratamiento consiste en realizar una dieta estricta sin gluten de por vida, es decir, eliminar de la dieta aquellos alimentos que contengan trigo, centeno y cebada. En los primeros meses de tratamiento se recomienda evitar los productos lácteos, dado que suele coexistir una intolerancia secundaria a la lactosa, y además puede ser necesario añadir suplemento de hierro, calcio y vitaminas.

9. ESTREÑIMIENTO, SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE...



Consejo sobre estreñimiento en la conducción

- ▶ Es frecuente que los pacientes estreñidos se automediquen de forma indiscriminada y crónica con laxantes adquiridos en farmacias y herbolarios sin indicación médica.
- ▶ El estreñimiento moderado no interfiere con la conducción, pero empeora las molestias con la postura y el uso del cinturón al comprimir el abdomen ya distendido. Se tiende a conducir con posturas forzadas para disminuir los síntomas y a soltarse el cinturón de seguridad con peligro de lesiones más graves en caso de accidente.
- ▶ Se recomienda forzar la deposición con enemas antes de ponerse en carretera, beber muchos líquidos y realizar paradas con más frecuencia para caminar y eliminar gases.

Consejo sobre el síndrome del intestino irritable (SII) en la conducción

- ▶ En los periodos sintomáticos del SII con dolor abdominal, diarrea, cefalea, insomnio y alteraciones emocionales, se desaconseja la conducción si los síntomas interfieren al volante.
- ▶ En los viajes largos el paciente debe parar con frecuencia para descansar y relajarse, no debe comer conduciendo y debe respetar los horarios de comida y no tomar irritantes digestivos.
- ▶ Con frecuencia estos pacientes abusan de laxantes, astringentes, espasmolíticos, y ansiolíticos o antidepresivos. Fármacos utilizados en el alivio de los síntomas del SII, pero se debe advertir de la somnolencia que producen algunos de estos medicamentos utilizados para disminuir la ansiedad que con frecuencia acompaña al cuadro clínico.
- ▶ El café y las bebidas de cola que a menudo se toman para disminuir el sueño empeoran los síntomas del SII.

Consejo sobre enfermedad celiaca del adulto en la conducción

- ▶ El conductor celiaco debe seguir una dieta estricta sin gluten para evitar la presencia de síntomas. Puede conducir si está asintomático.
- ▶ El conductor debe ser consciente del efecto sedante que tienen algunos procinéticos y que pueden producirle sueño conduciendo, y si se encuentra muy molesto conduciendo, se recomienda que conduzca el acompañante, si es posible.
- ▶ No es conveniente arriesgarse a tomar cualquier alimento en cafeterías o restaurantes de carretera, que pueden favorecer incómodos síntomas de dispepsia en el viaje, además de empeorar la enfermedad. Por ello en los viajes largos se aconseja llevar alimentos sin gluten, para consumir en las paradas que se realicen cada dos horas.
- ▶ Los síntomas neurológicos que presentan algunos celíacos incapacitan la conducción.

10. ENFERMEDAD DIVERTICULAR, EII, FÍSTULA ANAL Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

Bajo la denominación de enfermedad inflamatoria intestinal crónica se incluyen fundamentalmente dos procesos que son la *enfermedad de Crohn* y la *colitis ulcerosa*.

Los síntomas y signos de la enfermedad de Crohn son variados e insidiosos, con dolor abdominal, fiebre, diarrea, malestar general y adelgazamiento. Mientras que la colitis ulcerosa se caracteriza por rectorragia, diarrea, moco en las heces, dolor abdominal y tenesmo rectal.

Las complicaciones sistémicas más frecuentes de ambas enfermedades son artritis, sacroilítis, iritis, iridociclitis, colangitis, nefrolitiasis oxálica, hidronefrosis, amiloidosis, etc.

Las complicaciones locales más frecuentes de la enfermedad de Crohn son fístulas y abscesos perianales, obstrucción intestinal, absceso intraabdominal, perforación, fístulas intestinales, hemorragia masiva y megacolon tóxico.

El objetivo primordial del tratamiento consiste en lograr, y mantener, la remisión de la enfermedad, tratar los brotes de la forma más eficaz posible y evitar las posibles complicaciones que pueden surgir durante el curso de la enfermedad. Debido a su carácter deteriorante personal, mejorar la calidad de vida de los pacientes va a ser también uno de los objetivos.

Entre las opciones de tratamiento bien establecidas para la EII se encuentran los aminosalicilatos, los fármacos más empleados dada su eficacia en colitis ulcerosa (CU) leve-moderada, tanto para la inducción como para el mantenimiento de la remisión.

Otro pilar fundamental son los corticoides, claves para el tratamiento de brotes moderados graves, ya sea de CU como de enfermedad de Crohn (EC), induciendo la remisión hasta en el 65-80% de los pacientes. Sin embargo, no son una opción para el mantenimiento, dados los efectos secundarios asociados a estos fármacos e íntimamente relacionados con la dosis y duración del tratamiento.

Se dispone también de fármacos inmunosupresores, cuya principal indicación son las situaciones de corticodependencia o corticorresistencia presentes hasta en el 20-50% de los pacientes, y los inmunosupresores tiopurínicos (azatioprina y mercaptopurina).

ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON

Los divertículos son protrusiones en forma de saco de la pared colónica. El concepto enfermedad diverticular (ED) engloba:

- ▶ Diverticulosis, que es la presencia de múltiples divertículos en la pared colónica, puede ser sintomática o asintomática.
- ▶ Diverticulitis, que hace referencia a la inflamación de los divertículos.



10. ENFERMEDAD DIVERTICULAR, EII, FÍSTULA ANAL...

Entre el 35 y el 50% de la población general es portadora de divertículos en la pared del colon, y el 80-90% de ellos se localizan en el sigma. Normalmente es asintomática, excepto si se asocia a SII que produce dolor abdominal, o cuando se complica con diverticulitis, hemorragia o perforación con peritonitis. En algunas ocasiones la inflamación localizada produce un cuadro de obstrucción intestinal, con dolor, distensión abdominal y cierre en la emisión de heces.

La diverticulitis puede ser limitada a la zona diverticular, o extenderse y causar un absceso pericólico, en cuyo caso hay fiebre y tumoración palpable dolorosa que simula una "apendicitis izquierda". O el absceso diverticular puede originar fístulas a los órganos de alrededor, o hacia la cavidad peritoneal produciendo en este caso peritonitis.

La hemorragia de la diverticulitis es digestiva baja aguda y suele ser de comienzo y final bruscos, moderada y autolimitada, aunque recidiva en la cuarta parte de los casos. El tratamiento se basa en pautas dietéticas para evitar que los divertículos existentes se compliquen.

Se recomienda evitar el estreñimiento, beber muchos líquidos, no consumir irritantes digestivos y tomar incrementadores de las heces que las hacen más voluminosas y blandas, sin forzar la zona del colon afectada.

FÍSTULA ANAL DE ORIGEN CRIPTOGLANDULAR

Una fístula anal es un trayecto, un túnel que comunica el interior del ano con la piel exterior. Es decir, una comunicación entre dos superficies epiteliales. Se origina por la infección de unas glándulas del ano, encargadas de lubricar el canal anal. El porqué de esta infección no está claro, pero se sabe que cualquier herida (fisura anal) o traumatismo en la mucosa anal (diarreas) pueden favorecer su aparición.

Manifestación clínica

- ▶ En la fase aguda, un paciente previamente asintomático debuta con un dolor en la región anal, intenso, progresivo que no responde a calmantes. Con frecuencia aparece fiebre o escalofríos. Suele verse en los márgenes del ano una inflamación, roja, caliente y muy dolorosa a la presión. Puede drenar de forma espontánea, saliendo abundante contenido entre pus y sangre que alivian rápidamente al paciente. Si lo identifica a tiempo y acude a la consulta, se puede drenar de forma ambulatoria bajo anestesia local con inmediata mejoría.
- ▶ En la fase crónica, el paciente refiere una lesión semejante a un grano común en el margen del ano que periódicamente le molesta y supura. Pueden pasar días o semanas sin que se manifieste sin que ello suponga la curación de la fístula.

Tratamiento

El tratamiento del proceso infeccioso requiere reposo, antibióticos, deposiciones blandas y, posteriormente, tratamiento definitivo quirúrgico para intentar la fistulectomía completa. Este tratamiento tiene dos objetivos principales: extirpar el trayecto y preservar siempre los esfínteres del paciente. Es decir, mantener la continencia intacta.

El posoperatorio se puede prolongar en el tiempo dependiendo de la complejidad de las fístulas y de la técnica quirúrgica requerida.



10. ENFERMEDAD DIVERTICULAR, EII, FÍSTULA ANAL...



Consejo sobre enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en la conducción

- ▶ Tanto la enfermedad de Crohn como la colitis ulcerosa son de presentación y evolución variables y muy diferentes de unos pacientes a otros.
- ▶ Los periodos sintomáticos agudos impiden la conducción.
- ▶ El tratamiento individualizado con evolución clínica favorable permitirá al médico informar a su paciente del momento en el que puede volver a conducir.

Consejo sobre enfermedad diverticular del colon y conducción

- ▶ La enfermedad diverticular asintomática no interfiere la conducción.
- ▶ Los divertículos asociados a SII deben seguir las mismas recomendaciones que las dadas para este caso.
- ▶ La enfermedad diverticular complicada requiere tratamiento urgente en hospital, en algunas ocasiones, con cirugía resolutive. El cirujano informará en estos casos de la completa recuperación que permita al paciente volver a conducir.
- ▶ Cuando haya sido necesario la realización de estoma, se advertirá de los cuidados y protecciones para no lesionar la zona o interferir con la bolsa de drenaje durante la conducción.

Consejo sobre fístula anal de origen criptoglandular y la conducción

- ▶ El conductor portador de fístula perianal se encuentra muy limitado para conducir en los episodios agudos de la enfermedad, ya que el dolor le impide sentarse adecuadamente al volante, y adopta posturas forzadas.
- ▶ El médico desaconsejará la conducción en todos los procesos inflamatorios perianales que produzcan dolor y no permitan sentarse adecuadamente al volante. Además, conducir dificulta la evolución favorable del proceso.
- ▶ El absceso perianal impide conducir y requiere tratamiento urgente.
- ▶ Después de la cirugía, el experto informará de cuándo el paciente se encuentra recuperado para poder sentarse y conducir cómodamente y sin riesgo de empeorar la correcta evolución quirúrgica.



11. PANCREATITIS, LITIASIS BILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

PANCREATITIS

Pancreatitis aguda

La inflamación aguda del páncreas se suele asociar, en la mayoría de los casos, a enfermedad biliar, en segundo lugar al consumo excesivo de alcohol y menos veces a la toma de medicamentos, hipercalcemia, hipertrigliceridemia, o de naturaleza idiopática.

Las pancreatitis agudas son enfermedades frecuentes y potencialmente mortales. Es primordial reconocer su causa para prevenir su recidiva.

Los enfermos comienzan con dolor agudo epigástrico continuo, intenso y progresivo, con vómitos, distensión abdominal e íleo paralítico. El dolor se alivia, estando sentado y al inclinarse hacia delante. Puede ser leve o estar ausente y la enfermedad se descubre ante un síndrome oclusivo, un estado de choque, una dificultad respiratoria aguda o una complicación tardía (pseudoquiste). El tratamiento es urgente con ingreso hospitalario y manejo multidisciplinario.

La pancreatitis aguda autolimitada de curso benigno y sin complicaciones evoluciona con tratamiento convencional a la curación sin dolor en un plazo de 7-10 días.

Esquemáticamente, las diferencias son claras entre la pancreatitis aguda benigna edematosa, cuya evolución es rápidamente favorable, y la pancreatitis aguda necrótica y hemorrágica, con un riesgo precoz de falla multivisceral que compromete inmediatamente el pronóstico vital y un riesgo secundario de sobreinfección de la necrosis.

El tratamiento inicial incluye la interrupción de la alimentación con un aspirado gástrico cuando hay íleo, corrección de la hipovolemia, mantenimiento de las funciones vitales (que puede requerir oxigenoterapia, ventilación artificial, aminas vasopresoras o hemodiálisis) y un tratamiento del dolor (que suele necesitar opiáceos, cuya contraindicación es sólo teórica).

En caso de pancreatitis aguda grave, están indicadas una antibioticoterapia profiláctica (cefalosporina de tercera generación +/- quinolona) y una alimentación artificial parenteral por un tiempo breve y luego enteral, tan pronto como sea posible (sonda yeyunal).

Pancreatitis crónica

La pancreatitis crónica (PC) es una enfermedad poco frecuente, debida principalmente al alcoholismo. Es una enfermedad inflamatoria crónica del páncreas, que conduce a cambios morfológicos irreversibles que provocan dolor y afectan a la función exocrina (disminuye su capacidad para producir jugo gástrico) y endocrina (destrucción de los islotes de Langerhans), manifestándose como diabetes mellitus.

11. PANCREATITIS, LITIASIS BILIAR Y SU INFLUENCIA...



Las manifestaciones clínicas más comunes de la PC son: dolor, usualmente epigástrico, pero en ocasiones puede afectar a todo el abdomen, empeora en decúbito supino y mejora en decúbito prono o sentado con el tronco doblado hacia delante. No suele responder a la toma de antiácidos ni IBP y frecuentemente empeora con la ingestión de comida grasa y/o alcohol. Un 15% de los pacientes nunca presentan dolor.

La esteatorrea aparece tardíamente, ya que es necesaria la destrucción de la mayor parte del páncreas para que aparezca, y se caracteriza por la existencia de diarrea con grandes volúmenes de heces con grasa visible. Se debe a la digestión inadecuada de los alimentos, que provoca malabsorción de nutrientes, déficit proteico y a posteriori pérdida de peso.

La diabetes mellitus aparece entre el 10 y el 30% de los pacientes con PC entre los 7 y 15 años de evolución.

Las pacientes con PC pueden complicarse con colestasis, fístulas pancreáticas, ascitis, pseudoquistes (coleciones de líquido pancreático fuera de su localización normal en el conducto), cirrosis hepática y trombosis venosa. Tienen más posibilidades de sufrir un cáncer de páncreas.

El tratamiento se dirige fundamentalmente a tratar el dolor y la esteatorrea, mediante:

- ▶ Dieta: la dieta baja en grasas, que trata de disminuir el estímulo de la secreción pancreática. Se consigue un escaso beneficio y no todos los autores están de acuerdo. La administración de suplementos antioxidantes fue efectiva en aliviar el dolor y la reducción de los niveles de estrés oxidativo.
- ▶ Abstinencia de alcohol: puede modificar la evolución de la enfermedad y disminuir el dolor.
- ▶ Tratamiento analgésico: siempre que sea posible se intentará controlar el dolor con paracetamol, AINES y analgésicos no opioides. Existe un riesgo elevado de adicción a narcóticos en pacientes con PC.
- ▶ Inhibición de la secreción pancreática: se realiza con la administración de enzimas pancreáticas vía oral y con octreótida [análogo sintético de la somatostatina y produce un descenso significativo de la secreción pancreática y de los valores de la CCK].
- ▶ Tratamiento quirúrgico: indicado en una minoría de pacientes con dolor crónico e intractable.

LITIASIS BILIAR

La litiasis biliar se caracteriza por la presencia de cálculos (pequeñas piedras) en las vías biliares. Esta enfermedad, muy frecuente, afecta probablemente al 10% de la población. La litiasis vesicular asintomática no requiere tratamiento.

La manifestación clínica más habitual es el cólico biliar, caracterizado por dolor abdominal continuo y progresivo en el hipocondrio derecho y epigastrio, que se irradia con frecuencia a la espalda. Suele asociarse a náuseas, vómitos que no alivian el dolor, íleo paralítico, palidez, malestar y sudoración.

Las complicaciones más frecuentes son:

- ▶ Coledocolitiasis, que puede provocar ictericia obstructiva, colangitis y pancreatitis. Todas estas situaciones requieren ingreso hospitalario y tratamiento urgente.

11. PANCREATITIS, LITIASIS BILIAR Y SU INFLUENCIA...

- ▶ Colecistitis aguda calculosa, que se sospecha cuando el cólico biliar se acompaña de fiebre, escalofríos, mal estado general, pudiendo evolucionar a empiema vesicular con perforación y peritonitis o fístulas colecistoentéricas. Requiere tratamiento de urgencia hospitalario.
- ▶ Colecistitis crónica con fibrosis de la pared vesicular, pudiendo complicarse con episodios agudos o pancreatitis.
- ▶ Otras complicaciones son el síndrome de Mirizzi, las fístulas biliares, el íleo biliar, la pancreatitis aguda y el adenocarcinoma de vesícula.

El tratamiento del cólico biliar se basa en una dieta libre de grasas y el control del dolor con analgésicos. Inicialmente puede utilizarse el ketorolaco, diclofenaco o ibuprofeno hasta que el paciente sea intervenido.

En el caso de precisar fármacos opiáceos, es preferible emplear la meperidina intravenosa frente a la morfina, a pesar de tener mayor vida media, tiene menor efecto sobre el esfínter de Oddi. También es importante la administración de hidratación parenteral y fármacos antieméticos en el caso de presencia de vómitos. La indicación terapéutica definitiva es quirúrgica, mediante colecistectomía.

Consejo sobre pancreatitis y la conducción

- ▶ Con un episodio de pancreatitis aguda no se puede conducir. El médico informará al paciente de la completa recuperación sin secuelas, que le permita volver a conducir.
- ▶ Tanto la pancreatitis aguda como la crónica por adicción al alcohol impiden la conducción por la influencia negativa del alcohol sobre la conducción, independientemente de los episodios de pancreatitis. Aconsejar sobre el peligro de conducir bebido puede ser una ayuda más contra la dependencia del alcohol.
- ▶ El periodo inicial de la enfermedad con poca sintomatología permite conducir, pero la evolución progresiva de la enfermedad con dolor permanente y desnutrición incapacita la conducción.
- ▶ La medicación con opiáceos tiene efectos secundarios que desaconsejan conducir, aunque mitiguen el dolor.
- ▶ El pseudoquiste condiciona por su tamaño la conducción, pues un golpe o el aumento de la presión en epigastrio en un accidente incrementan el riesgo de complicación del mismo por hemorragia o rotura.
- ▶ El médico informará al paciente portador de pseudoquiste si es conveniente que deje de conducir por su seguridad.

Consejo sobre litiasis biliar en la conducción

- ▶ El cólico biliar impide conducir. Si no surgen complicaciones, son episodios limitados en el tiempo que ceden con el tratamiento médico, y permiten conducir en cuanto el conductor no presenta síntomas.
- ▶ Hay que advertir de las reacciones adversas de los medicamentos prescritos y que con frecuencia limitan la conducción, para que se exteame la prudencia al volante.
- ▶ Aunque la recuperación de la colecistectomía laparoscópica es por lo general rápida, se recomienda al paciente que no conduzca hasta pasadas dos semanas de la cirugía, con la adecuada cicatrización de las heridas abdominales que permita el ajuste del cinturón de seguridad sin dificultad.



12. HEPATOPATÍA CRÓNICA, ASCITIS, INCONTINENCIA ANAL Y CONDUCCIÓN

HEPATOPATÍA CRÓNICA Y ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

En algunas situaciones, se produce insuficiencia hepatocelular leve o moderada, como hígado graso en el embarazo, hepatitis vírica aguda, hígado de estasis, hepatitis medicamentosa, etc.

La función hepática se restablece en su totalidad al desaparecer la causa. En otros casos, el deterioro de la función hepática se desarrolla de forma crónica y progresa hasta hacerse irreversible, como en la cirrosis.

Fundación
MAPFRE



Hepatopatía crónica y conducción

Ante una hepatopatía crónica o en su estadio final cirrosis, es importante que **consultar al médico sobre el estado de la enfermedad**, los síntomas en función de la evolución y las **interferencias de los tratamientos en la conducción**. La degeneración de la enfermedad y la merma de capacidades físicas hacen que en algún momento, el médico recomiende dejar de conducir.

Algunas claves

La **insuficiencia hepatocelular leve o moderada puede aparecer momentáneamente y curarse**: hígado graso en el embarazo, hepatitis vírica aguda, hígado de estasis, hepatitis medicamentosa, etc. Si la **disfunción hepática se desarrolla de forma crónica y progresa hasta hacerse irreversible, como en la cirrosis** hay que tener en cuenta sus **síntomas que pueden interferir en la conducción** y son imprescindibles para el diagnóstico:

1

Cirrosis hepática latente o bien compensada

Cursa sin síntomas o con manifestaciones inespecíficas de dispepsia, flatulencia, dolor en hipocondrio derecho, anorexia y debilidad muscular.

2

Cirrosis hepática descompensada

Se manifiesta en forma de complicaciones como ictericia, ascitis, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva, etc.

3 Consejos de Seguridad Vial sobre hepatopatía crónica, cirrosis y ascitis



Se puede conducir con insuficiencia hepática

En caso de que sea leve o moderada o si sólo se presenta dispepsia.



No se puede conducir

si se presentan alteraciones neurológicas como pérdida de atención y somnolencia derivadas de las patologías crónicas y progresivas.



Conducir tras un trasplante

Muchos pacientes pueden volver a conducir cuando su médico lo considere adecuado e informe en este sentido.

12. HEPATOPATÍA CRÓNICA, ASCITIS, INCONTINENCIA ANAL...



La cirrosis hepática *latente* o bien compensada cursa sin síntomas o con manifestaciones inespecíficas de dispepsia, flatulencia, dolor en hipocondrio derecho, anorexia y debilidad muscular.

La cirrosis hepática *descompensada* se manifiesta en forma de complicaciones como ictericia, ascitis, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva, etc.

La *encefalopatía hepática* se caracteriza por trastornos del sistema nervioso central, con disminución de la conciencia desde somnolencia y confusión hasta estupor y coma, inversión del ritmo del sueño, alteraciones intelectuales con bradipsiquia, incapacidad para mantener la atención, desorientación temporo espacial y alteraciones de la personalidad con euforia, depresión, agresividad y trastornos de la conducta. También son frecuentes las alteraciones neuromusculares, con asterixis, hipertonia, convulsiones, temblor, ataxia, amimia (pérdida de la utilización de los gestos), correatetosis (movimientos involuntarios continuos), paraplejía espástica, etc.

Se acepta que la causa fundamental de la alteración es el aumento de la tasa de amoníaco en sangre, procedente de la digestión de las proteínas, insuficientemente depurado debido a la disfunción hepatocelular y a las conexiones portosistémicas en el caso de la cirrosis hepática.

El tratamiento se basa en la administración de disacáridos y antibióticos con objeto de modificar la flora intestinal, aunque su efecto real no ha sido establecido.

ASCITIS

Se denomina ascitis al acúmulo patológico (más de 25 ml) de líquido ascítico (LA) en la cavidad peritoneal. Las causas más frecuentes son la cirrosis hepática (80%), patología tumoral (10%) e insuficiencia cardíaca (3%). Hasta en un 5% existe más de una causa de ascitis y son las denominadas ascitis mixtas.

Las pequeñas cantidades de ascitis son asintomáticas, pero a medida que aumenta el volumen de líquido, el paciente va adquiriendo sensación de distensión abdominal. Cuando la ascitis es a tensión, aparece disnea.

Si es posible, se realiza tratamiento de la causa de la ascitis. En la cirrosis hepática se recomienda reposo en cama, medidas dietéticas, diuréticos, paracentesis de evacuación, procedimientos quirúrgicos de derivación portosistémica y el trasplante hepático.

INCONTINENCIA ANAL

La incontinencia fecal funcional (IF) se define como la imposibilidad de retrasar de forma voluntaria el paso de las heces por el ano en ausencia de patologías estructurales o neurológicas que la justifiquen.

Fundación
MAPFRE



Incontinencia anal y limitaciones al volante

La incontinencia fecal funcional IF consiste en la imposibilidad de retener las heces sin patologías que lo provoquen, afectando claramente y en alto grado a la calidad de vida de los pacientes.

Es una alteración muy frecuente:

Se estima que la presentan entre un 2,2% y un 15% de la población general



Puede llegar a superar el 46% en pacientes institucionalizados



Más del 50% de los pacientes ocultan su existencia

Por lo tanto, el médico sólo puede detectarla mediante una anamnesis dirigida.



3 Consejos de Seguridad Vial al paciente con incontinencia anal



No se puede conducir si la incontinencia anal impide desarrollar una vida social y laboral normal.



El nerviosismo y estado de alerta provocado por la enfermedad es un riesgo a la hora de conducir. **Viaje como pasajero, acompañado, o en transporte público.**



Consulte a su médico sobre las medidas de rehabilitación esfinteriana puede conseguir entre un 60-80% de mejoría y en muchos casos recuperar la capacidad de conducción.

Recomendaciones al médico

- 1 Hay que **diagnosticar concienzudamente el estado del paciente** en la escala de incontinencia para individualizar las indicaciones, cuidados, y advertir de los riesgos en la seguridad al volante.
- 2 Indicar los hábitos que disminuyen el problema y **aconsejar medidas que le permitan independencia** y seguridad en su vida y en la conducción.
Si es necesario para mantener independencia, y **si es un caso que lo requiere, se indicarán pro-**
- 3 **ductos formadores de masa**, astringentes como la loperamida y derivados opiáceos, enemas y obturadores anales advirtiéndole de su interferencia en la conducción.

Es una alteración muy frecuente: se estima que la presentan entre un 2,2 y un 15% de la población general, pero puede llegar a superar el 46% en pacientes institucionalizados. Más del 50% de los pacientes ocultan su existencia, por lo que el médico sólo puede detectarla mediante una anamnesis dirigida.

12. HEPATOPATÍA CRÓNICA, ASCITIS, INCONTINENCIA ANAL...



Es probablemente la patología funcional digestiva benigna que mayor deterioro produce en la calidad de vida.

Consejo sobre hepatopatía crónica y encefalopatía hepática y conducción

- ▶ El paciente con insuficiencia hepática leve o moderada, con síntomas únicamente de dispepsia, puede conducir.
- ▶ Si la enfermedad de base es crónica y progresiva, en algún momento de la evolución el paciente comenzará con alteraciones neurológicas, pérdida de atención y somnolencia, que le incapacitarán para la conducción.
- ▶ El paciente con hepatopatía avanzada es incapaz de realizar sus tareas habituales, incluidas la conducción.
- ▶ El trasplante devuelve la vida y hace que gran número de estos pacientes puedan volver a conducir, cuando su médico lo considere adecuado e informe en este sentido.
- ▶ Cuando existe ascitis, aunque la cantidad de líquido en la cavidad abdominal no produzca grandes síntomas, se desaconseja la conducción.
- ▶ La ascitis de gran volumen impide físicamente conducir, por la distensión abdominal el dolor y sobre todo si produce disnea.

Consejo sobre incontinencia anal y la conducción

- ▶ Los pacientes, a quienes la incontinencia anal les impide desarrollar una vida social y laboral normal, no pueden conducir.
- ▶ Estos conductores incontinentes, para no perder la libertad de desplazamiento, conducen con pañal, tampón o compresa. Durante la conducción, a veces se encuentran más pendientes de su problema y no prestan atención al vehículo, la carretera y el entorno.
- ▶ Es importante que se diagnostique, mediante un cuestionario de calidad de vida, la escala de incontinencia. De esta manera se podrá aconsejar con más seguridad las indicaciones, cuidados y advertir de los riesgos en la seguridad al volante.
- ▶ El paciente que sufre de incontinencia leve teme las situaciones en las que no tiene cerca un servicio para defecar. Este miedo produce un nerviosismo que acelera el ritmo intestinal favoreciendo la deposición. Es un padecimiento con frecuencia oculto por lo íntimo que es, y que empeora con la conducción.
- ▶ La ayuda del médico es clave indicando hábitos que disminuyan la incontinencia y aconsejando mecanismos para que el paciente pueda conducir lo más cómodamente posible y sin los riesgos de falta de seguridad de estos pacientes.
- ▶ Se recomienda evitar el café, té, menta, bebidas de cola y energéticas, irritantes, grasas, picantes y, por supuesto, no fumar ni beber alcohol.
- ▶ En casos seleccionados, se indicarán productos formadores de masa, astringentes como la loperamida y derivados opiáceos, enemas y obturadores anales.
- ▶ La loperamida no afecta a la alerta mental, pero a veces puede producir somnolencia, cansancio y mareo, por lo que se desaconseja la conducción en estos casos, aunque desaparezca la diarrea.
- ▶ La rehabilitación esfinteriana en pacientes motivados y con personal facultativo experimentado consigue un 60-80% de mejoría. Esto permite recuperar la capacidad de conducción de muchos pacientes.
- ▶ La evolución favorable del paciente permitirá al experto informar sobre la posibilidad de volver a conducir, con la máxima seguridad para el conductor y para los demás.

13. HEMORROIDES, FISURA DE ANO Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

HEMORROIDES

Las hemorroides son varices o inflamaciones de las venas en el recto y el ano. Anatómicamente son plexos, cojinetes o almohadillas de tejido submucoso donde están contenidas las vénulas y arteriolas superficiales del conducto anal. Normalmente son tres los cojinetes, localizados en la pared lateral izquierda, pared lateral derecha y en posición media posterior, y funcionan en el mecanismo de continencia de las heces.

Se habla de hemorroides cuando estas venas se dilatan convirtiéndose en varicosidades, que posteriormente se recubren de epitelio escamoso modificado. Estas dilataciones pueden protruir o trombosarse, causando dolor, o pueden ulcerarse, produciendo sangrado.

Las molestias más comunes que causan las hemorroides son fáciles de sentir: sensación de ardor en el recto, comezón, humedad anal constante, dolor sangrado al evacuar (aunque no siempre sangra), manchado de la ropa interior y sensación de salida de alguna protuberancia por el recto. No tan comunes, y casi siempre cuando hay prolapso mucoso rectal, son: mal olor, incontinencia gaseosa y en los casos más extremos puede presentarse incontinencia total.

Clásicamente se han asociado a los siguientes factores: edad avanzada, diarrea, embarazo, tumores pélvicos, sedestación prolongada, esfuerzos durante el trabajo o el deporte y ciertos hábitos alimentarios como dietas pobres en fibra, que provocan estreñimiento crónico. Sin embargo, en un gran estudio epidemiológico, la asociación con el estreñimiento crónico no ha sido probada. Con frecuencia hay antecedentes familiares que sugieren una predisposición hereditaria.

La trombosis de la vena porta y la cirrosis hepática, por su efecto de resistencia al retorno venoso, también favorecen la aparición de las hemorroides.

Prevención y tratamiento

La prevención del estreñimiento y de la presión recto-anal reduce la aparición y las recurrencias de la clínica hemorroidal.

- ▶ Aumento de la ingesta de fibra (frutas, verduras, pan integral, ingesta abundante de líquidos) en monoterapia y asociada a otros tratamientos ayuda a disminuir el dolor, el prolapso y el sangrado. El uso de fibras muestra un efecto beneficioso consistente para aliviar los síntomas generales y la hemorragia en el tratamiento de las hemorroides sintomáticas (plantago ovata, isphaghula).
- ▶ Evitar picantes, alcohol, bebidas de cola, té, café y menta.
- ▶ Bajar de peso, ya que la obesidad aumenta la presión abdominal sobre el piso pélvico.
- ▶ Evitar el sedentarismo. No estar largas horas sentado o de pie. Cada tanto se debe caminar y moverse. Hacer ejercicio por lo menos tres veces a la semana durante media hora (caminar o correr), con el fin de mejorar la circulación general.
- ▶ Conviene evitar el uso de AINES y medicamentos con efectos astringentes como ansiolíticos, antidepresivos y codeína.
- ▶ Por lo general, el tratamiento sintomático se realiza con emolientes fecales (p. ej., docusato, psyllium).



13. HEMORROIDES, FISURA DE ANO Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE



- ▶ Baños de asiento tibios (es decir, sentarse en un recipiente con agua tolerablemente caliente durante 10 minutos) después de cada deposición.
- ▶ El tratamiento con aceite de parafina en los episodios hemorroidales agudos lubrica las heces y favorece la defecación con menos dolor, disminuyendo el tono del esfínter.
- ▶ Ungüentos anestésicos con lidocaína.
- ▶ Múltiples preparados tópicos están comercializados para el tratamiento sintomático de las hemorroides. Presentan anestésicos y corticoides de forma aislada o combinada. En general, hay una carencia general de ensayos clínicos controlados de la eficacia para los productos tópicos sintomáticos autorizados para el tratamiento de las hemorroides.
- ▶ Sólo se recomiendan tratamientos tópicos durante periodos de tiempo corto (5-7 días), puesto que pueden ser perjudiciales (atrofia epitelial que aumenta el riesgo de sangrado, maceración dérmica, sobreinfección, dermatitis de contacto, debilidad cutánea y dificultad en la cicatrización).
- ▶ Los tratamientos que presentan corticoides no deben prescribirse en caso de sospecha de infección local.
- ▶ El dolor causado por hemorroides trombosadas puede tratarse con analgésicos como paracetamol y metamizol y AINE (antiinflamatorios no esteroideos), descartar su utilización si hay hemorragia rectal. No recomendados los opioides por el estreñimiento que producen.
- ▶ En casos infrecuentes, la resección simple de la hemorroide puede aliviar rápidamente el dolor; tras la infiltración con lidocaína al 1%, se extirpa la porción trombosada de la hemorroide y se cierra el defecto con sutura reabsorbible.
- ▶ Las hemorroides sangrantes pueden tratarse mediante escleroterapia por inyección, con fenol al 5% en aceite vegetal. La hemorragia cederá, por lo menos transitoriamente.

FISURA ANAL

Es un padecimiento frecuente muy relacionado con episodios de estrés, por hipertonía del esfínter que no se relaja al paso del bolo fecal, y éste fuerza y rompe el ano produciendo una herida de profundidad variable.

La fisura anal es un desgarramiento de la piel del ano en su zona más externa. Aparece por igual en hombres que en mujeres y generalmente se localiza en la línea posterior del ano.

Clínica

El síntoma más importante es el dolor intenso, desgarrador, "como si cortaran con un cuchillo" que se siente en el ano durante o tras la defecación y dura desde unos minutos hasta varias horas. Presentan espasmos musculares en esfínter que provocan un estreñimiento "reflejo" causado por el dolor a la expulsión de las heces que puede agravar la fisura anal.

Además del dolor, se observa la presencia de sangre fresca "roja viva" no mezclada con las heces que impregna el papel higiénico, picor anal y manchado de moco o mucosidad amarillenta (pus). También se asocia con frecuencia a estreñimiento, hemorroides, abuso de alcohol y alimentos muy condimentados.

Las fisuras superficiales producen escozor, prurito y sangrado leve al terminar la deposición.

13. HEMORROIDES, FISURA DE ANO Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE



Las fisuras profundas producen en el paciente un dolor tan intenso, que obliga a la atención urgente y el tratamiento inmediato. Se puede acompañar de rectorragia, afectación general y, a veces, impactación fecal.

Las fisuras secundarias a enfermedad inflamatoria intestinal o a enfermedades infecciosas tienen un tratamiento específico, pero no hay que olvidar que padecer una enfermedad no significa que la fisura sea secundaria a la misma. Más de la mitad de las fisuras en pacientes con colitis ulcerosa o con enfermedad de Crohn son idiopáticas.

La mayoría de las fisuras anales agudas (50-70%) curan con medidas generales para corregir el estreñimiento y el dolor, pero las fisuras crónicas necesitan tratamiento médico específico o cirugía.

Tratamiento

Las medidas generales son evitar la ingesta de alcohol, picantes y especias y aumentar el consumo de frutas, verduras y cereales. Se deben hacer baños de asiento con agua tibia o caliente, y aplicación de pomadas anestésicas o con corticoides, que disminuirán el dolor y el picor. Estas pomadas no se deben usar más de una semana y se aplican unos minutos antes de la defecación. Se pueden asociar analgésicos orales.

Para evitar el estreñimiento, se deben administrar laxantes que produzcan heces de consistencia blanda, fáciles de expulsar. Se recomiendan el plantago ovata 3,5 g una a tres veces al día, la lactulosa 10-20 g día y el polietilenglicol.

El tratamiento del episodio agudo se basa en una dieta sin residuos con abundantes líquidos y parafina, junto con analgésicos potentes y ansiolíticos durante una semana, posteriormente se indicará dieta rica en fibra sin irritantes con muchos líquidos, aumentadores del bolo fecal y tratamiento del estreñimiento.

Los pacientes que no mejoran con los cuidados indicados y persisten con fisura crónica requieren esfinterotomía interna y en ocasiones extracción del fecaloma. El postoperatorio es agradecido, recuperándose el paciente para poder conducir en un periodo de dos semanas, si no hay complicaciones.

Consejo sobre hemorroides y fisura anal en la conducción

- ▶ El paciente con hemorroides y fisura anal puede conducir, pero se aconseja que el asiento sea tapizado con paño y no de piel o plastificado, ya que el calor y el sudor perineal macerarán los prolapso produciendo escozor, prurito y aumento del tono del esfínter.
- ▶ Es muy importante proteger las hemorroides y fisuras con aumentadores del bolo fecal como el plantago ovata. Los laxantes no se deben utilizar de continuo.
- ▶ Conviene no estar mucho tiempo sentado o en bipedestación para evitar la congestión hemorroidal. Por eso, la postura del conductor en largos recorridos, permaneciendo un mínimo de dos horas sentado, perjudica las hemorroides.
- ▶ En viajes largos se debe realizar paradas con más frecuencia, caminando y bebiendo líquidos para evitar el estreñimiento.
- ▶ En general, las hemorroides y la fisura anal molestan y si el conductor está muy pendiente de su escozor, prurito y de la necesidad de evacuar el recto, puede distraerse en la conducción.

13. HEMORROIDES, FISURA DE ANO Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE



- ▶ Es mejor levantarse 10 minutos antes y dedicarle tiempo a la deposición con lavado posterior, que conducir incómodo y con riesgos.
- ▶ Se desaconseja retener la deposición cuando se conduce, es mejor parar para evacuar el recto cuando se necesite, así se evita forzar el ano y profundizar la fisura.
- ▶ Los episodios agudos hemorroidales o sus complicaciones, como trombosis aguda o fisura penetrada, impiden conducir hasta que el episodio se haya resuelto.
- ▶ El tratamiento con analgésicos potentes y ansiolíticos los primeros días mejora los síntomas, pero produce efectos secundarios sobre la conducción, como la somnolencia del conductor, por lo que deberá extremar la precaución al volante.
- ▶ El paciente que ha sido sometido a cirugía hemorroidal y fisura no debe conducir hasta que desaparezca el dolor, el sangrado, las molestias típicas postoperatorias, y las deposiciones se hayan normalizado, que suele llevar 2-3 semanas. Debe respetar los periodos sin conducir después de la cirugía, y el experto debe aconsejar en este sentido.