



REVISIÓN

Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo[☆]

Roberto Vargas Torres*, Amaya Isabel Palomo Iloro, Rebeca García Rodrigo y Rosa Quibén Pereira

Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

Recibido el 27 de octubre de 2010, aceptado el 14 de enero de 2011

PALABRAS CLAVE

Estreñimiento;
Paliativos;
Cuidados paliativos;
Laxantes;
Tratamiento;
Manejo

Resumen

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica sobre el manejo del estreñimiento para realizar un algoritmo de actuación en la atención a pacientes con enfermedad terminal con estreñimiento.

Material y métodos: Revisión sistemática en base de datos UpToDate, PubMed, MD Consult y Cochrane, empleando como palabras clave: 'constipation', 'constipation palliative care' y 'management constipation palliative care'.

Criterios de inclusión: Se incluyeron artículos publicados hasta noviembre de 2010 en español o en inglés, haciendo referencia al estreñimiento en adultos, así como el estreñimiento inducido por opioides. Guías de control de síntomas en cuidados paliativos y manuales, fundamentales en la práctica clínica diaria.

Criterios de exclusión: Publicaciones que no sean en inglés o español, artículos generales, estreñimiento en: paciente pediátrico, obstétrico, quirúrgico o casos de enfermedades poco frecuentes.

Resultados: Se analizaron 12 artículos y 2 publicaciones. Las pautas de actuación comenzarían desde una correcta valoración del estreñimiento (frecuencia y consistencia de las deposiciones, cambios en el hábito intestinal, la presencia de molestias o dolor con la deposición, la sensación de evacuación completa y la valoración de los factores ambientales). Siempre se pondrán en marcha medidas generales preventivas. Ante el estreñimiento instaurado habrá que descartar la presencia de obstrucción intestinal. Si se descarta, el tratamiento específico se instaurará en función de los hallazgos del tacto rectal.

Conclusión: Tras realizar esta revisión documental, hemos percibido que antes de pautar un tipo de laxante hay que tener en cuenta el mecanismo de acción. Siempre dejando claro que las medidas rectales nunca han de ser de primera elección. Creemos que es

[☆]Presentado como póster en el 8.º Congreso Nacional de la SECPAL. Mayo 2010.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: roberto.vargas@salud.madrid.org (R. Vargas Torres).

de gran utilidad disponer de un algoritmo que incluya de forma sencilla las recomendaciones para la valoración, la prevención y el tratamiento del estreñimiento, pudiendo ser una herramienta de utilidad para nuestra práctica clínica diaria.

© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Constipation;
Hospice;
Palliative care;
Laxatives;
Treatment;
Management

Treatment and nursing care of patients in palliative constipation

Abstract

Objective: To conduct a literature review on the management of constipation using a performance algorithm in caring for terminally ill patients with constipation.

Material and methods: A systematic review UpToDate database, PubMed, MD Consult and Cochrane, using as keywords: constipation, constipation palliative care and palliative care management.

Inclusion criteria: Articles published until November 2010 in Spanish or in English, referring to constipation in adults, including opioid-induced constipation. Guidelines for symptom control in palliative care and manuals fundamental in routine clinical practice.

Exclusion criteria: Publications other than English or Spanish, general articles, constipation, in paediatric, obstetrics and surgical patients and rare disease cases.

Results: We analysed 12 articles and 2 publications. The course of action should start from an accurate assessment of constipation (frequency and consistency of stools, change in bowel habits, the presence of discomfort or pain with bowel movements, the feeling of complete evacuation and assessment of environmental factors). General preventive measures should always be established. Intestinal obstruction should be ruled out beforehand. If this is ruled out, specific treatment should be established based on the digital rectal examination.

Conclusion: After performing this literature review we have seen that the mechanism of action must be taken into account before recommending any type of laxative. It must be made clear that rectal measures should never be the first choice. We believe that it is very useful to have an algorithm that easily includes recommendations for the assessment, prevention and treatment of constipation, and may be a useful tool for daily clinical practice.

© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La realidad a la que nos enfrentamos cuando decidimos que un paciente ha de recibir cuidados paliativos es asumir que su enfermedad va a ser cambiante y multifactorial, por lo que, por parte de todos los que integramos su círculo de atención, debemos ser conscientes de que va a precisar una atención global de su situación clínica.

Tras este punto de vista, y sentada esta base, podemos entender que el paciente paliativo precise una atención holística, la cual implica atender al paciente desde diferentes puntos de vista. Esto quiere decir que, entre muchos factores, precisará de una atención médica y de enfermería que puedan suplir las necesidades que el paciente no pueda realizar por sí mismo. Entre los problemas que habitualmente podemos encontrar en este caso, nos hemos centrado en un síntoma que, pese a estar en segundo plano dentro de otras disciplinas médicas, en cuidados paliativos es fundamental prestar especial atención. Nos referimos al estreñimiento como síntoma generador de malestar y que

se caracteriza por estar sujeto a diferentes factores (físicos, farmacológicos, ambientales, etc.), como tendremos ocasión de ver más adelante.

Por tanto, decimos que el estreñimiento es uno de los problemas más frecuentes para el paciente paliativo. Debemos partir de la base de que existen dos aspectos que el equipo ha de tener en cuenta antes de proceder a definir el estreñimiento en los pacientes que reciben cuidados paliativos. El primero de estos aspectos hace referencia a los síntomas medibles, como la frecuencia de la defecación o sus características. El segundo de estos aspectos lo podemos focalizar en la propia percepción del paciente sobre su estreñimiento, determinado por el malestar que le provoca y los cambios del ritmo intestinal. Definimos estreñimiento como “deposición infrecuente y difícil de heces pequeñas y duras”. Como adelantamos más arriba, cada persona varía en su forma de ponderar los distintos componentes de esta definición al valorar su propio estreñimiento y quizá introduzca en ella otros factores, como pueden ser el dolor y las molestias al defecar, flatulencia, distensión o sensación

de tenesmo¹. Conociendo en la medida de lo posible las múltiples causas que el estreñimiento puede tener, es también tarea del equipo realizar una adecuada prevención, fomentando hábitos que eviten en la medida de lo posible su aparición y, por tanto, las molestias y complicaciones que provoca.

Dentro de los síntomas ponderables que el equipo puede observar, se encontraría la frecuencia de las deposiciones, que varía mucho en la población normal; el 45% de los pacientes está estreñado al ingresar en un hospital de agudos. Las complicaciones del estreñimiento incluyen: dolor, obstrucción intestinal, diarrea por rebosamiento y retención urinaria, todo lo cual produce mucha molestia, por lo que hay que intentar evitarlo por todos los medios².

Por tanto, decimos que el estreñimiento es un síntoma molesto, que causa un gran malestar al paciente. Además de ello, adolece de un componente subjetivo que, junto con el impacto negativo que provoca, la sintomatología asociada y los múltiples factores que lo causan, es uno de los síntomas que un equipo sanitario deberá tener en cuenta a fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

Si bien es cierto que la concienciación por parte de los equipos sanitarios sobre el problema del estreñimiento es innegable, es también una realidad que en algunas ocasiones se considera un problema secundario a la hora de realizar una valoración total del paciente, en favor de otros síntomas que pueden ser calificados por el equipo como más prioritarios.

Por todo lo expuesto anteriormente, se creyó necesario realizar un estudio sobre el tema, con el objetivo de abundar en él y revisar las diferentes opciones terapéuticas que el equipo tiene a su alcance. Por tanto, otro objetivo de esta revisión es diseñar un algoritmo sencillo que describa las actuaciones médicas y de enfermería para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del estreñimiento en el paciente paliativo, a fin de que sea una herramienta útil para todos los equipos que en su trabajo diario con los pacientes en cuidados paliativos se vean en la necesidad de atender la incomodidad que este problema supone para el paciente. Este algoritmo se ha presentado como póster en el 8.º Congreso Nacional de Cuidados Paliativos³.

Material y método

Para esta revisión sistemática, se han realizado búsquedas bibliográficas dentro de las bases de datos disponibles desde el Hospital de Móstoles. Las búsquedas se han realizado en

UpToDate, PubMed, MD Consult, Cochrane. El período de búsqueda fue de julio de 2010 a noviembre de 2010.

Criterios de inclusión

Publicaciones realizadas sin restricción temporal, hasta noviembre de 2010, ya sean: revisión sistemática, estudios de casos o retrospectivos, en español o en inglés, que hagan referencia al estreñimiento en el adulto. Se ha tenido en cuenta el estreñimiento inducido por opioides. También incluimos guías y manuales sobre el control de síntomas en cuidados paliativos, que al ser fundamentales en nuestra práctica diaria, hemos considerado conveniente incluir como información consultada.

Criterios de exclusión

No se tuvieron en cuenta artículos que no se hayan publicado ni en inglés ni en español. De todos los artículos obtenidos, desechamos la gran mayoría por ser artículos o revisiones demasiado generales; también desestimamos los artículos que hacían referencia al estreñimiento en los pacientes pediátricos, casos obstétricos, complicaciones del estreñimiento por intervenciones quirúrgicas, estreñimiento por enfermedades poco frecuentes.

Las palabras clave utilizadas para consultar en las diferentes bases de datos son: '*constipation*', '*palliative care*', '*laxatives*', '*treatment*', '*laxatives treatment*' y '*management*', realizando búsquedas con la palabra *constipation* como constante e intercambiando el resto de las palabras clave para realizar una búsqueda sistemática, dentro de las bases de datos anteriormente citadas y en el orden que aparece con anterioridad. De la bibliografía obtenida se tuvieron en cuenta diferentes referencias dentro de los artículos que se utilizarán en este trabajo por su relevancia en el tema.

La selección de artículos se ha realizado siguiendo los criterios propuestos desde North England Evidence Based Guideline Development Project (tabla 1)⁴. Para realizar el algoritmo de manejo de estreñimiento en pacientes paliativos ingresados, hemos tenido en cuenta únicamente los fármacos que se encuentran disponibles en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de Móstoles.

Resultados

Tras realizar las búsquedas con las palabras clave utilizadas, como se ha descrito anteriormente en base de datos

Tabla 1 Niveles de evidencia y grados de recomendación

Categorización de la evidencia

- I: ensayos clínicos controlados, metaanálisis o revisiones sistemáticas bien diseñados
- II: estudios controlados no aleatorizados bien diseñados (cohortes, casos y controles)
- III: estudios no controlados o de consenso

Fuerza de las recomendaciones

- A: basadas directamente en evidencia de categoría I
- B: basadas directamente en evidencia de categoría II o extrapoladas a partir de la evidencia de la categoría I
- C: basadas directamente en evidencia de categoría III o extrapoladas a partir de la evidencia de la categoría I o II

Tabla 2 Artículos revisados y nivel de evidencia

Publicación	Diseño	Base de datos	Comentarios	Nivel de evidencia
Gallagher et al ⁵	Revisión sistemática	PubMed	Artículo centrado en el manejo del estreñimiento en ancianos	I
Larkin et al ⁶	Revisión sistemática	PubMed	Artículo centrado en el manejo del estreñimiento en pacientes paliativos	I
Miles et al ⁷	Revisión sistemática	Cochrane	Artículo centrado en el manejo del estreñimiento en pacientes paliativos	I
Prada Jaimez et al ⁸	Estudio descriptivo de serie de casos	PubMed	Valoración del tratamiento del estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos	III
Clemens et al ⁹	Revisión sistemática	PubMed	Artículo centrado en el manejo del estreñimiento en pacientes paliativos	I
Müller-Lissner ¹⁰	Revisión sistemática	PubMed	Artículo centrado en el manejo del estreñimiento a nivel general	I
World Gastroenterology Organisation ¹¹	Revisión sistemática	MD Consult	Guías clínicas de manejo del estreñimiento. Incluye un apartado sobre el paciente paliativo	III
Clemens et al ¹²	Revisión sistemática	PubMed	Revisión centrada en el manejo del estreñimiento inducido por opioides y uso de metilnaltrexona	I
Deibert et al ¹³	Revisión sistemática	PubMed	Revisión centrada en el manejo del estreñimiento inducido por opioides. Evidencias sobre el uso de metilnaltrexona en estreñimiento inducido por opioides	I
Wald ¹⁴	Revisión sistemática	UpToDate	Artículo centrado en el manejo del estreñimiento a nivel general	I
Bruera et al ¹⁵	Estudio descriptivo y retrospectivo	PubMed	Valoración del tratamiento del estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos	III
Librach et al ¹⁶	Revisión sistemática	PubMed	Recomendaciones sobre el manejo del estreñimiento en cuidados paliativos	III

PubMed, se comenzó buscando con ‘constipation’, obteniendo unos 15.309 resultados; ‘constipation treatment’ arrojó 10.998 resultados, con 2.042 revisiones; ‘constipation palliative care’ mostró 402 resultados, 98 revisiones, y utilizando por último ‘management constipation palliative care’, los resultados fueron 177 con 63 revisiones. Finalmente se seleccionaron 9 artículos^{5,6,8-10,12,13,15-17}. En UpToDate, seleccionamos 1 artículo sobre estreñimiento en adultos¹⁴. De la biblioteca Cochrane Plus se seleccionó un artículo⁷. Y por último, la base de datos MD Consult¹¹, utilizando el criterio de búsqueda ‘constipation palliative care’, nos devolvió 486 resultados, de los cuales 191 eran referencias a libros, 245 correspondían a revistas, con referencias a MEDLINE, y se seleccionó 1 artículo. En la tabla 2 se recogen todos estos artículos, clasificándolos en función del North England Evidence Based Guideline Development Project⁴.

También tuvimos en cuenta el *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal* de Gómez Batiste¹⁷ y el libro *Enfermería en cuidados paliativos* de López Imedio¹⁸.

Posteriormente, y una vez analizadas estas referencias bibliográficas y a partir de ellas, hemos diseñado un algoritmo de actuación para el manejo y el tratamiento

del estreñimiento en pacientes paliativos ingresados en un hospital de agudos, que detallamos a continuación y cuyo esquema se encuentra en la figura 1. La finalidad de este algoritmo era crear una guía práctica y sencilla que incluyera: definición, pautas de prevención, valoración y tratamiento del estreñimiento. La limitación principal fue la utilización únicamente de los fármacos incluidos en la guía farmacéutica del Hospital Universitario de Móstoles.

Estreñimiento. Estadísticas y criterios

El estreñimiento es un síntoma y no una enfermedad. Tiene un componente subjetivo, es el paciente quien nos va a proporcionar la información sobre su percepción de los síntomas. Unos pacientes (52%) lo describen como esfuerzo al defecar; otros lo describen como la excreción de heces duras, redondas y secas (44%), mientras que otros pacientes lo describen como la dificultad de defecar cuando su cuerpo se lo pide; un 34% refiere ese problema, mientras que un 33% lo describe como defecaciones poco frecuentes¹¹.

Desde el punto de vista clínico, el estreñimiento puede definirse recurriendo a la versión más actual de los criterios Roma¹⁰. Deben cumplirse al menos dos de los criterios que

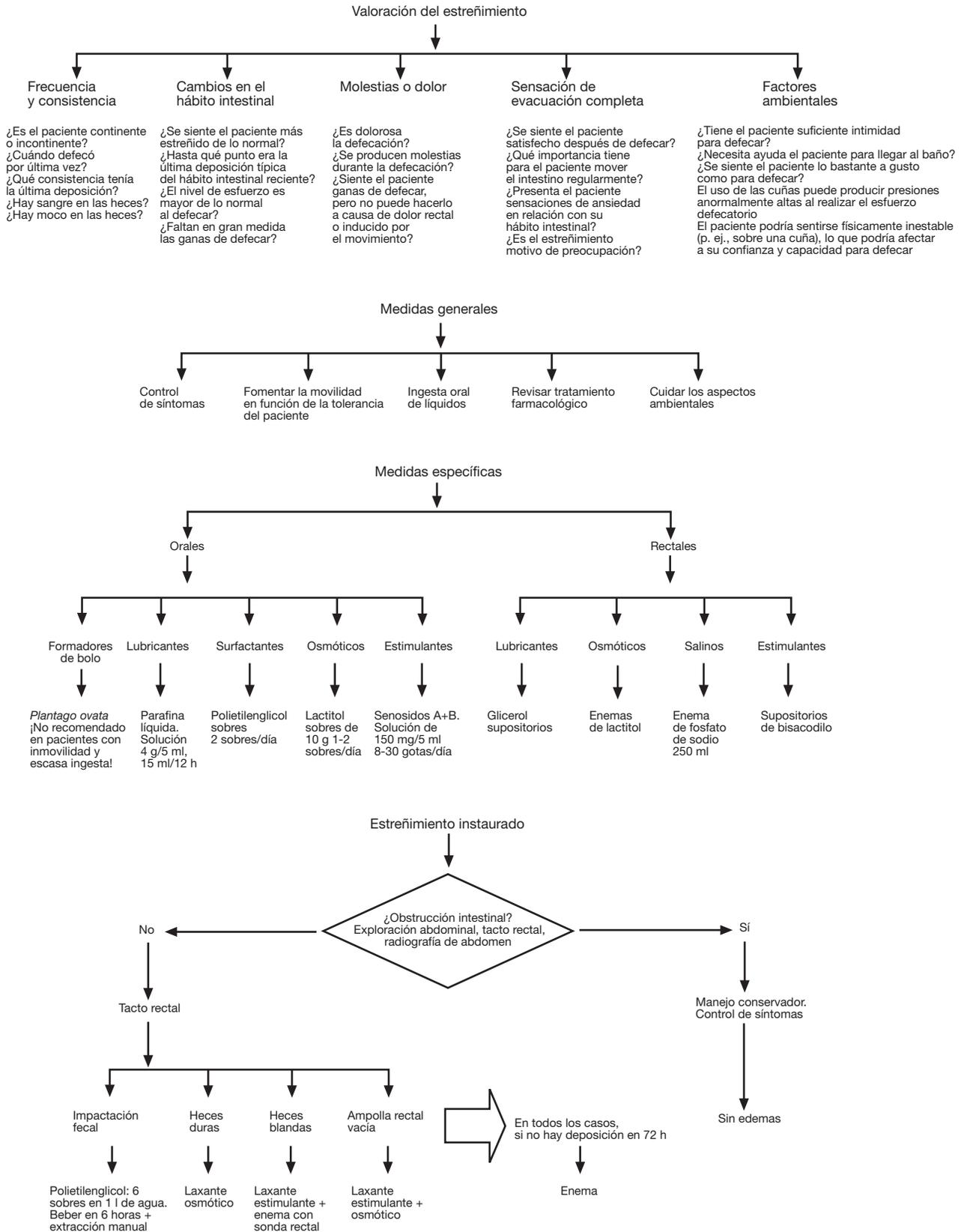


Figura 1 Algoritmo de actuación

vamos a citar a continuación para diagnóstico de estreñimiento:

- Esfuerzo al defecar al menos en el 25% de las veces.
- Heces duras al menos en el 25% de las veces.
- Sensación de tenesmo al menos en el 25% de las veces.
- Una sensación de obstrucción anal al menos en el 25% de las veces.
- Maniobras manuales para vaciado rectal al menos en el 25% de las veces.
- Dos deposiciones o menos a la semana.

Los criterios Roma no serían adecuados para el paciente paliativo, ya que sirven para diagnosticar el estreñimiento funcional, a partir de individuos principalmente sanos. Mientras que en medicina paliativa lo que se busca es el control, el bienestar y su abordaje, será diferente en función del estado general del paciente¹⁷.

Por otro lado, hay opiniones que abogan que si un paciente presenta menos de tres deposiciones por semana, se recomienda valorar en profundidad. En los pacientes en programas de cuidados paliativos existe una tendencia a presentar estreñimiento de forma constante y persistente, por lo que el tratamiento en estos casos se ha de considerar a largo plazo. En los porcentajes de estreñimiento encontrados en los diferentes artículos, la prevalencia general se calcula entre el 32 y el 87%. Recientemente, el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España ha publicado la *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*, en la que se expresan porcentajes de estreñimiento en función de la enfermedad principal. Así, los pacientes con cáncer que presentan estreñimiento son entre el 23 y el 65%; sida, entre el 43 y el 49%; insuficiencia cardíaca, entre el 38 y el 42%; enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre el 27 y el 44%, y enfermedad renal, entre el 29 y el 70%¹⁹.

En nuestra unidad se realizó un estudio sobre la prevalencia de diferentes síntomas en paciente paliativos ingresados en un hospital de agudos, que se presentó en el 8.º Congreso Nacional de Cuidados Paliativos, donde el 46% presentaba estreñimiento²⁰. Por esto nos parece importante valorar la necesidad de establecer unas pautas generales para tratar el estreñimiento, considerando el caso de cada paciente de forma individual. Para realizar esta valoración completa e individualizada analizaremos:

- La frecuencia y la consistencia de la defecación.
- Los cambios en el hábito intestinal del paciente.
- La presencia de molestias o dolor.
- La sensación de evacuación completa frente a incompleta.
- La presencia de factores que afecten a la defecación.

El estreñimiento es un problema multifactorial y que puede producir diversas complicaciones en los diferentes aspectos de la vida del paciente y su entorno.

Causas

Los pacientes que reciben cuidados paliativos presentan una tendencia mayor a tener estreñimiento, ya sea por causas²¹:

- Generales: edad avanzada, inactividad, depresión, sedación, dieta pobre en fibra, ingesta pobre en líquidos.
- Directas: obstrucción intestinal, masas pelvianas, radioterapia (fibrosis) o síndromes dolorosos anorrectales.
- Neurológicas: tumor cerebral, compresión medular, infiltración de nervios sacros, alteraciones en sistema nervioso simpático y parasimpático.
- Metabólicas: deshidratación, hipercalcemia, hipopotasemia, uremia, hipotiroidismo.
- Fármacos: opioides, anticolinérgicos (hioscina, antidepresivos tricíclicos, antiparkinsonianos), antieméticos, diuréticos, antiepilépticos, hierro, antihipertensivos, alcaloides de la vinca.
- Funcionales: medioambientales (falta de privacidad o ayuda para ir al baño).

Prevención

Antes de hablar sobre el tratamiento del estreñimiento, queremos contemplar las medidas de prevención ante las diferentes causas de estreñimiento, que hemos expresado previamente⁷.

Los profesionales sanitarios deben fomentar y promover cambios en el modo de vida del paciente o en cualquier otro factor capaz de prevenir o reducir el estreñimiento. Por ello, la información al paciente es fundamental para la prevención del estreñimiento. Es importante darse cuenta de que, al igual que la valoración, las medidas preventivas deberán ser constantes durante todo el proceso de atención paliativa al paciente.

Estrategias para prevenir o reducir el riesgo de estreñimiento:

- Garantizar la privacidad y la comodidad para que el paciente pueda defecar de forma normal.
- Aumentar la ingesta hídrica y de fibra dentro de lo que tolere o sea adecuado en la dieta.
- Fomentar la actividad y la mayor movilidad dentro de los límites tolerables.

Tratamiento

Medidas generales

De forma general adoptaremos medidas, realizando²²:

- Un buen control de síntomas: la presencia de dolor a la movilización puede inhibir el deseo de defecar. Un episodio de anorexia y/o odinofagia puede provocar en el paciente una defecación escasa y dolorosa.
- Fomentar la movilidad en función de la tolerancia del paciente, acorde a sus posibilidades.
- Favorecer la hidratación oral, ya sea de forma líquida o en otras formas (valorar posibles disfagias).
- Revisar el tratamiento farmacológico, anticipándonos y sabiendo cuáles son los fármacos que pueden producir estreñimiento para evitarlos (salvo que sean necesarios para control de síntomas) o en su defecto actuar de forma preventiva y añadir laxantes al tratamiento al pautarse dichos fármacos.

Tabla 3 Laxantes orales

Tipo de laxante	Ejemplo	Dosis	Acción	Efectos secundarios
Formadores de bolo	<i>Plantago ovata</i>	3-4 g/día	Retienen líquido e incrementan la masa fecal estimulando el peristaltismo	No recomendado en pacientes con escasa movilidad e ingesta hídrica
Lubricantes	Parafina líquida	4 g/5 ml	Lubrican y ablandan las heces	Puede producir irritación perianal e incontinencia Indicada en la suboclusión intestinal. Interferencia en la absorción de vitaminas liposolubles
Surfactantes	Polietilenglicol	2 sobres/día	Aumenta la penetración de agua y ablanda las heces	Menor flatulencia Puede dar sobrecarga hidrosalina
Osmóticos	Lactitol monohidrato	10 g/ 1-2 sobres/día	Retienen fluidos en el intestino por ósmosis	Requieren una adecuada ingesta hídrica. Requiere altas dosis en pacientes con opioides. Flatulencia a veces importante. Dudosa tolerancia: cambios en la flora
Estimulantes	Senósidos A + B	150 mg/5 ml 20 gotas/día	Estimulación directa de la motilidad intestinal	Dolor cólico No usar en obstrucción intestinal

– Aspectos ambientales: otro factor sería el entorno y el ambiente del paciente, es fundamental ofrecerle privacidad y comodidad para ir al baño.

Medidas orales

Administración oral de laxantes en función de las necesidades del paciente tras una valoración médica y de enfermería (tabla 3)¹⁵.

Medidas rectales²¹

Las medidas rectales no han de ser nunca el tratamiento de base. Generalmente se utilizan en caso de impactación fecal. La forma más habitual de administración es en forma de enemas o supositorios.

Tipos

- Lubricantes: está recomendado su uso en caso de heces duras.
- Osmóticos: supositorios de glicerina.
- Salinos: estimulan el peristaltismo. Enemas Cassen de Suero Salino Fisiológico.
- Estimulantes: supositorios de bisacodilo.

Actuación ante el estreñimiento instaurado

Para realizar un diagnóstico del estreñimiento, es necesario realizar una valoración exhaustiva, ya que al ser un síntoma subjetivo, la información que nos proporcione el paciente nos permitirá valorar, actuar y tratar de forma adecuada a cada caso.

En el caso de los pacientes paliativos, aunque no refieran estreñimiento, podrán ser necesarias una evaluación y una

intervención terapéutica preventiva en caso de realizar menos de 2-3 deposiciones por semana.

Es necesario realizar una historia clínica médica y de enfermería completa donde se ha de incluir los hábitos intestinales actual y previo a la enfermedad: fecha de la última deposición, frecuencia, consistencia y forma, esfuerzo o dolor al defecar, sensación de deposición incompleta, si ha tomado laxantes previamente, síntomas, exploración física y pruebas.

Como atestiguan Larkin et al, “es importante hacer una historia clínica completa para determinar la diferencia entre los hábitos intestinales actual y normal (previo a la enfermedad), e identificar cualquier factor psicosocial que pudiera estar inhibiendo al paciente. Si han pasado más de 3 días desde la última defecación, o si el paciente describe una evacuación incompleta, se recomienda realizar un examen rectal para descartar la impactación fecal. En determinados casos es recomendable realizar pruebas radiológicas”^{23,24}.

En resumen, realizar la exploración abdominal, el tacto rectal y el estudio radiológico de abdomen nos ayudará a descartar la presencia de obstrucción intestinal. Si existe la obstrucción y se ha decidido manejo conservador, nos centraremos en el control de síntomas (náuseas, vómitos, dolor, etc.), no estando indicado la administración de enemas.

Si tras las pruebas radiológicas descartamos la obstrucción intestinal, revisaremos la existencia de causas reversibles, ajustando la dosis de fármacos y controlando las posibles alteraciones metabólicas.

La instauración del tratamiento a seguir dependerá de los hallazgos en el tacto rectal²⁵:

1. Impactación: formación de gran masa fecal. Provocan pseudodiarrea, donde el material fecal más alto es roto por acción bacteriana en forma líquida, filtrándose. El 98% ocurre en el recto. La impactación fecal en el recto puede provocar problemas de disfunción-incontinencia urinaria. El tratamiento a seguir: 5 sobres de polietilenglicol en 1 litro de agua, beber en 6 horas y previa a extracción manual vaciar 2 cánulas de solución anestésica vía rectal, esperar 15 minutos y realizar extracción manual de las heces.
2. Si encontráramos heces duras, conviene utilizar un laxante osmótico: lactulosa/lactitol 15-30 ml/día. Como medida rectal convendría poner un supositorio de glicerina.
3. En caso de heces blandas, conviene utilizar laxante estimulante (senósidos A+B, 20 gotas/día); en caso de no ser efectivo convendría utilizar enema salino con sonda rectal.
4. Si en el tacto rectal encontramos la ampolla rectal vacía: utilizaremos un laxante estimulante junto con otro osmótico (senósidos A+B, 20 gotas/día) + lactitol sobre 1-2 sobres/día.

Si en cualquiera de los casos anteriormente descritos no hay deposición en 72 horas, se pondrá enema.

Merece una mención especial el estreñimiento inducido por opioides que, tras realizar un ajuste de la dosis que precisan los pacientes, es necesario hablar de los antagonistas de los opioides, los cuales se han contemplado en esta revisión^{12,13}. Pero lamentablemente a fecha de hoy no están incluidos en la guía farmacéutica del Hospital Universitario de Móstoles, razón por la cual no figuran en el algoritmo.

Otras complicaciones del estreñimiento

- Obstrucción y perforación intestinal: en pacientes en situación de enfermedad terminal, únicamente está indicado el manejo sintomático.
- Dolor abdominal: el esfuerzo de la musculatura del colon al pasar las heces provoca dolor cólico. Empeora el dolor que provoca el propio tumor, lo que podría dar lugar a aumentar la dosis de analgesia cuando no es necesario, siendo prioritario solucionar el problema del estreñimiento.
- Síndromes anorrectales dolorosos.
- Anorexia: la sensación de plenitud puede aumentar la inapetencia.
- Abdomen globuloso, sensación de plenitud gástrica.
- Náuseas y vómitos: debido al enlentecimiento intestinal.
- Lengua sucia, halitosis, flatulencias, estados confusionales o *delirium*.

Discusión

Tras la búsqueda realizada como hemos descrito anteriormente, hemos encontrado mucha bibliografía general sobre el estreñimiento: definiciones, escalas de valoración, diagnósticos, tratamiento y prevención del estreñimiento, pero muy poca que trate especialmente sobre el estreñimiento

en paciente paliativo. Destaca la ausencia de estudios clínicos controlados, debido a la problemática ética de este tipo de estudios en pacientes en situación terminal. La prevalencia de estreñimiento según la enfermedad nos muestra que, tanto en pacientes oncológicos como en oncológicos, el estreñimiento es un problema que copa altos porcentajes. Respecto a las definiciones, hemos elegido la propuesta por la World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines¹¹, ya que hace mención a los dos puntos de vista que hemos de tener en cuenta a la hora de realizar una valoración del estreñimiento, incluyendo desde el punto de vista clínico los criterios Roma. Sin embargo, Librán²⁴ se hace eco de los criterios, pero no los considera útiles en el paciente paliativo.

Respecto a la valoración del estreñimiento, hemos considerado la propuesta por Larkin como la más completa, por estar avalada además por la evidencia científica de calidad media. Para el diagnóstico, se propone de forma habitual realizar una historia completa del paciente, exploración abdominal, valoración de su patrón defecatorio y, en caso de sospecha de fecaloma, impactación fecal u obstrucción intestinal, realizar placa abdominal y tacto rectal para comprobar ampolla rectal. El algoritmo que hemos diseñado se centra en la atención a pacientes paliativos ingresados en un hospital de agudos, con fácil acceso a la realización de pruebas radiológicas ante la sospecha de obstrucción intestinal. Sin embargo, para los pacientes en domicilio habría que valorar la necesidad de estas pruebas, dado el trastorno que puede suponer para el paciente el traslado. Por un lado, se propone realizar la valoración propuesta por Larkin et al, pero hemos obtenido diferentes escalas de valoración durante la búsqueda bibliográfica, la propuesta por la Guía de control de síntomas sería *“the constipation assesment scale”*²⁶, la escala de puntuación radiológica¹⁵, escala de Bristol²⁵.

Para las causas del estreñimiento, los resultados fueron bastante homogéneos, independientemente del artículo que leamos, tanto en artículos generales como en textos más especializados. Entre las medidas generales para tratamiento del estreñimiento, la búsqueda hace referencia a fomentar el aporte hídrico, la ingesta de fibra y la movilidad. En el paciente paliativo, hemos encontrado que, respecto al aporte hídrico, hay que valorar cuánto beneficio le podemos aportar, al igual que está totalmente contraindicado, salvo excepciones, el aporte de fibra a los pacientes paliativos por el riesgo a obstruirse²⁴, ya que generalmente la movilidad y la ingesta hídrica de estos pacientes está limitada. Mientras que otras medidas, como revisar el tratamiento farmacológico y mejorar los aspectos ambientales, sí son necesarias para el paciente paliativo.

Respecto a la prevención, algunos textos se hacen eco de la prevención de forma general, como son las medidas ambientales, hídricas, ingesta de fibra, movilidad y anticipación ante fármacos astringentes²⁵.

La clasificación de laxantes orales y rectales se ha realizado teniendo en cuenta que nuestro algoritmo es para utilizarse en nuestro medio hospitalario, por lo que hemos utilizado los productos disponibles en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de Móstoles.

Hemos encontrado que a la hora de pautar un tipo de laxante u otro hay que tener en cuenta el mecanismo de

acción. Siempre dejando claro que las medidas rectales nunca han de ser de primera elección²¹.

Conclusión

El estreñimiento es un síntoma que en el paciente paliativo merece especial atención, dada su alta prevalencia²⁷.

Tras realizar una revisión documental sobre el tema, hemos podido comprobar que a fecha de hoy continuamos teniendo mucho camino que recorrer para llegar a consensuar medidas concretas de prevención, diagnóstico y tratamiento⁷, especialmente en pacientes con enfermedad terminal.

El diseño de un algoritmo que incluya de forma sencilla las recomendaciones para la valoración y el tratamiento del estreñimiento puede ser una herramienta de utilidad para nuestra práctica diaria.

Bibliografía

1. Sykes NP. Constipation and diarrhoea. En: Doyle D, Hanks DWC, Cherny N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 483-96.
2. Estreñimiento. Síntomas gastrointestinales. En: *Manual Oxford de Cuidados Paliativos*. Madrid: Editorial Biblioteca Aula Médica; 2008. p. 254.
3. Vargas Torres R, Palomo Iloro A, García Rodrigo R, Quiben R. Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo. *Medicina Paliativa*. 2010;17:223.
4. Guerra JA, Martín Muñoz P, Santos Lozano JM. Las revisiones sistemáticas, niveles de evidencia y grados de recomendación [citado 24 Oct 2003]. Disponible en: www.fisterra.com
5. Gallagher PF, O'Mahony D, Quigley EMM. Management of chronic constipation in the elderly. *Drugs Aging*. 2008;25:807-21.
6. Larkin PJ, Sykes NP, Ellershaw JE, Elsner F, Eugene B, Gootjes JRG, et al. The Management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliative Medicine*. 2008;22:796-807.
7. Miles CL, Fellowes D, Goodman ML, Wilkinson S. Laxantes para el tratamiento de la constipación en pacientes que reciben cuidados paliativos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd; 2008).
8. Prada Jaimez ML, Altuna Etxeberria E, Sánchez López E, Lazaro Cañas A. Evaluación y tratamiento del estreñimiento en una unidad hospitalaria de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*. 2002;9:178-80.
9. Clemens KA, Klaschik E. Management of constipation in palliative care patients. *Curr Opin Palliat Care*. 2008;2:22-7.
10. Müller-Lissner S. The Pathophysiology, diagnosis, and treatment of Constipation. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2009;106:424-32.
11. Constipation. WGO Practice Guidelines; 2007.
12. Clemens KA, Klaschik E. Managing opioid-induced constipation in advanced illness: focus on methylnaltrexone bromide. *Ther Clin Risk Manag*. 2010;6:77-82.
13. Deibert P, Xander C, Blum HE, Becker G. Methylnaltrexone: the evidence for its use in the management of opioid-induced constipation. *Core Evidence*. 2009;4:247-58.
14. Wald A. Treatment of constipation in adults. 2010. UpToDate [citado 12 Sept 2010]. p. 17/22. Disponible en: http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=gi_dis/6951&view=print
15. Bruera E, Suarez-Almanzor M, Velasco A, Bertolino M, MacDonald SM, Hanson J. The assessment of constipation in terminal cancer patients admitted to a palliative care unit: a retrospective review. *J Pain Sympt Manag*. 1994;9:515-9.
16. Lawrence Librach S, Bouvette M, De Angelis C, Oneschuk D, Pereira JL, Syme A. Consensus recommendations for the management of constipation in patients with advanced, progressive illness. *J Pain Sympt Manag*. 2010;40:761-73.
17. Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A. Manual: Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 2.ª ed. Madrid: Aran Ediciones; 2008.
18. López Imedio E. *Enfermería en cuidados paliativos*. 1.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998.
19. Ministerio de Sanidad de Gobierno de España. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. 1.ª ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008. p. 40.
20. Palomo Iloro A, García R, Vargas R, Quiben R. El paciente paliativo en el hospital de agudos: la labor del equipo de soporte hospitalario. *Medicina Paliativa*. 2010;17:86.
21. Cordero Ponce M, Romero Sánchez IM. Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. *Nure Investigación*. 2008;35.
22. Fallon M, O'Neill B. ABC of palliative care. Constipation and diarrhoea. *BMJ*. 1997;315:1293-6.
23. Perdue C. Managing constipation in advanced cancer care. *Nurs Times*. 2005;101:36-40.
24. Librán O. Síntomas digestivos: estreñimiento. En: Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A, editores. Manual: control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 2.ª ed. Madrid: Aran Ediciones; 2008. p.141-51.
25. Valentín Maganto V, Carretero Lanchas Y, Ibáñez Ramos MJ. Síntomas digestivos en el paciente en fase terminal. Cuidados de enfermería. En: López Imedio E. *Enfermería en Cuidados Paliativos*. 1.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 121-7.
26. McMillan SC, Williams FA. Validity and reliability of the Constipation Assessment Scale. *Cancer Nurs*. 1989;12:183-8.
27. Goodman M, Low J, Wilkinson S. Constipation management in palliative care: a survey of practices in the United Kingdom. *J Pain Symptom Manag*. 2005;29:238-44.