

Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncológicos

Protocol on the constipation in an oncology palliative care unit

Autor: Montserrat Cordero Ponce, Isabel María Romero Sánchez

Resumen: El estreñimiento es un problema relativamente común incluso en las personas sanas, sobre todo en el mundo occidental, influenciado sobre todo por las dietas alimenticias y por la disminución de la actividad física.

Es un síntoma de difícil valoración por su naturaleza subjetiva y por la dificultad de establecer un patrón de normalidad.

La incidencia es alta. Se observa en un 70%-80% de los pacientes en situación terminal, en el 40%-50% de los pacientes con enfermedad avanzada y en el 90% de los pacientes tratados con opiáceos.

Como enfermeras en una unidad de cuidados paliativos detectamos el alto número de pacientes que presentan el síntoma y el tiempo que se tarda en su diagnóstico y tratamiento, aumentando la incidencia-aparición de impactación fecal y obstrucción intestinal. Es de los síntomas que más preocupan a nuestros pacientes.

Acudimos con demasiada frecuencia a las "medidas rectales," resultando más indecoroso y doloroso para estos pacientes, en lugar de utilizar medidas preventivas, tratamiento oral precoz y evaluación continua del síntoma.

El conocimiento que tienen estos pacientes del estreñimiento resulta en muchos casos deficientes. Para educar y cuidar al paciente oncológico terminal con estreñimiento es imprescindible que conozcamos su fisiopatología, causas y complicaciones. También profundizaremos en el tratamiento más adecuado según la consistencia, el esfuerzo que el paciente tiene que realizar al defecar y los síntomas que presente, intentando que el tratamiento sea personalizado e individual, aunque partiendo de un protocolo previo de actuación consensuado por los profesionales de salud que van a tratar al paciente.

Palabras clave: Protocolo, estreñimiento, paciente oncológico, educación sanitaria, impactación fecal

Abstract: Constipation is a problem relatively common even in healthy people, mainly in the western world, influenced mainly by the nutritional diets and the diminution of the physical activity. It is a symptom of difficult valuation by its subjective nature and the difficulty to establish a normality pattern.

The incidence is high. It is observed in a 70 - 80% of the patients in terminal situation, the 40 - 50% of the patients with disease outpost and in 90% of the patients dealing with opiate.

As nurses in of a palliative care unit we detected the high number of patients which they present/display the symptom and the time that takes in its diagnose and treatment, increasing the incidence-appearance of fecal impactación and intestinal obstruction. It is one of the symptoms that worry to our patients more.

We take too frequently the "rectal measures," being more painful and a little shameful for these patients, instead of using preventive measures, precocious oral treatment and continuous evaluation of the symptom.

The knowledge that these patients have of the constipation is in many deficient cases. In order to be able to educate and to take care of to the oncology terminal patient in terminal state with constipation it is essential that we know its physiopathology, causes and complications. Also we will deepen in the most suitable treatment according to the consistency, the effort that the patient must make when defecating and the symptoms that presents/displays, trying that the treatment is customized and individual, although starting off of a previous protocol of performance decided by the health professionals who are going to treat the patient.

Key words: Protocol, constipation, oncology patient, fecal impactation, health education

Centro de Trabajo: (1) Diplomado en Enfermería. Supervisora de Enfermería General. (2) Diplomado en Enfermería. Supervisora de Enfermería de la Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos. Hospital Duques del Infantado. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. (Sevilla, España)

Fecha del Trabajo: 24/07/2007

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento supone el síndrome de disfunción intestinal más frecuente en los pacientes con cáncer y sometidos a terapias con citostáticos y opiáceos. Es más frecuente en mujeres (en una proporción 3:1) y afecta a un 40% de pacientes con enfermedad avanzada, aumentando esta incidencia al 90% de pacientes bajo tratamiento analgésico con opiáceos¹. Es habitual que los pacientes que reciben tratamiento paliativo presenten estreñimiento, debido al uso de medicamentos como los opiáceos para aliviar el dolor, a factores alimentarios y de movilidad, así como a factores relacionados con la propia enfermedad.^{2,3}

El estreñimiento lo presentan la mayoría de los pacientes a medida que avanza la enfermedad, es decir, es un síntoma constante en el enfermo con cáncer avanzado.

El estreñimiento se define como la emisión infrecuente de heces, normalmente menos de tres veces por semana, anormalmente duras y secas y que el individuo tiene dificultad para expulsar. Esta definición se tiene que aplicar a cada individuo según sus hábitos intestinales previos⁴.

Un cuadro de estreñimiento no tratado de forma adecuada puede provocar distintas complicaciones en la evolución clínica del paciente, empeorando su estado de salud independientemente de la clínica del tumor y disminuyendo su calidad de vida que debe ser nuestro objetivo fundamental.

Las complicaciones que pueden aparecer son:

- Impactación: Formación de gran masa fecal. Provocan pseudo-diarrea, donde el material fecal más alto es roto por acción bacteriana en forma líquida filtrándose. El 98% ocurre en el recto. Es probable que los opiáceos alteren la distribución, ocupando tramos más altos.
- Obstrucción y perforación intestinal.
- Dolor abdominal: El esfuerzo de la musculatura del colon al pasar las heces provoca dolor cólico. Puede empeorar un dolor ya existente provocado por el propio tumor, y que estemos aumentando la analgesia del paciente cuando lo que presenta es un estreñimiento no resuelto (debemos preguntar por su hábito intestinal cuando indique aumento del dolor).
- Dolor anal, hemorroides, fisuras.
- Anorexia: aparece la sensación de "estómago lleno" y como consecuencia aumenta su inapetencia.
- Náuseas y vómitos: debido al enlentecimiento intestinal del bolus con deshidratación secundaria.
- Disfunción urinaria-incontinencia: provocado por la impactación fecal en el recto que comprime uréteres, vejiga o uretra.
- Abdomen globuloso.
- Lengua "sucia", seca.

- Flatulencia, halitosis.
- Inquietud, malestar, confusión.
- Inadecuada absorción de medicación oral.

Es más fácil la profilaxis que la resolución del cuadro ya instaurado.

Para poder administrar unos buenos cuidados enfermeros al paciente paliativo oncológico debemos conocer ampliamente el proceso del estreñimiento, su fisiopatología, las causas que lo provocan, como poder detectarlo y el tratamiento más adecuado para cada paciente según la sintomatología que presente. Educándonos tomaremos conciencia del problema mejorando la calidad asistencia que pretendemos ofrecer para aumentar el bienestar del paciente oncológico sin intentar alargar o acortar la supervivencia y así pueda retomar su vida socio-familiar, ya que su esperanza de vida es corta.

Las causas que pueden provocar el estreñimiento pueden ser:

- Neurológicas:
 - Tumor cerebral.
 - Compresión medular.
 - Infiltración nervios sacros.
 - Alteraciones en sistema nervioso simpático y parasimpático.
- Generales:
 - Edad avanzada.
 - Inactividad.
 - Debilidad (no solo les impide llegar al baño, sino que perjudica la actuación de los músculos del suelo de la pelvis y los accesorios de la defecación).
 - Depresión.
 - Sedación.
 - Dieta pobre en fibra.
 - Ingesta pobre de líquidos.
 - Entorno adecuado, falta privacidad (algunos pacientes deben defecar encamados lo cual es muy difícil para ellos. La defecación es un acto íntimo y muchos pacientes se ven afectados emocionalmente al ser ayudados).
- Metabólicas:
 - Deshidratación (endurecimiento de las heces).
 - Hipercalcemia.
 - Hipopotasemia.



- Uremia.
 - Hipotiroidismo.
- Fármacos:
- a) Opioides^{5,6} (interactúan y modifican la fisiopatología del sistema gastrointestinal):
 - Inhiben la movilidad intestinal al incrementar el tiempo del tránsito y la distensión.
 - Modificar la secreción intestinal al aumentar la absorción de agua y electrolitos, y disminuir la secreción pancreática, biliar e intestinal.
 - Disminuyen el reflejo de la defecación al reducir la sensibilidad a la distensión. Incrementar el tono de todos los esfínteres del tracto digestivo desde el píloro hasta el esfínter anal.
 - b) Drogas anticolinérgicas:
 - Hioscina.
 - Antidepresivos tricíclicos.
 - Antiparkinsonianos.
 - c) Antieméticos (Ondansetron®).
 - d) Diuréticos.
 - e) Anticonvulsivos.
 - f) Hierro.
 - g) Antihipertensivos.
 - h) Algunos citostáticos.
 - i) Antiácidos.

OBJETIVO

Basándonos en nuestra experiencia para poder solucionar este problema es necesario que todos los profesionales tengamos un conocimiento amplio sobre el tema (causas, complicaciones, fisiopatología), nos concienciamos de su importancia e incidencia sobre el bienestar físico del paciente y es imprescindible unificar criterios de actuación.

Para ello elaboramos un protocolo de actuación en el estreñimiento del paciente oncológico, consensado con el equipo médico de la unidad.

Mediante este protocolo se pretende que el paciente paliativo mantenga su patrón intestinal, evitándose medidas rectales mediante dieta, ejercicio y revisión del tratamiento médico. Es importante la detección precoz del síntoma y la educación del paciente y su cuidador principal sobre las complicaciones del estreñimiento, el tratamiento con laxantes orales y cuando solicitar ayuda a su equipo de asistencia sanitaria con relación a este problema.



También se enseñará al cuidador a realizar correctamente tacto rectal y a administrar enemas antes del alta hospitalaria.

PROTOCOLO

I- DIAGNOSTICO

El diagnóstico se hará por historia clínica, síntomas, exploración física y pruebas complementarias.

- a) Historia clínica: Cuando realicemos la valoración de enfermería al ingreso del paciente en la unidad debemos interrogarles sobre: última deposición, frecuencia, consistencia y forma, fuerza realizada en el acto de la defecación, dolor asociado, tenesmo, producto patológico, uso de laxantes, dieta, líquidos, medicamentos y síntoma reciente. Todos estos datos deben quedar recogidos en el registro de la valoración inicial del paciente.
- b) Síntomas: Los síntomas asociados al estreñimiento son múltiples y en ocasiones poco específicos. Encontramos anorexia, molestias abdominales, abdomen globuloso y timpánico, flatulencias, halitosis, náuseas, malestar inespecífico y confusión.
- c) Examen físico: En la exploración abdominal podemos encontrar abdomen globuloso y timpánico, el paciente tolera la presión y los ruidos peristálticos están presentes. Es importante el diagnóstico precoz de oclusión intestinal para así determinar el tratamiento de elección, la oclusión conlleva distensión abdominal, dolor de tipo cólico, náuseas y vómitos, así como ausencia de emisión de gases y heces. En una primera fase hay aumento del peristaltismo con ruidos hidroaéreos si la obstrucción es de tipo mecánico y silencio abdominal si es de tipo funcional (neoplásicos o no neoplásicos).

Pueden palparse masas a nivel del colon descendente, al palparlas puede producir "crepitus" que indica la composición sólida-gas, lo cual puede ayudar a diferenciarlo de masas sólidas atribuibles a masas tumorales. El examen físico debe ser rutinario así como el tacto rectal y examen de las heces.

- d) Pruebas complementarias: Analítica, radiografía simple de abdomen y enema opaco si hay dudas en el diagnóstico.

II- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, CRITERIOS DE RESULTADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON EL ESTREÑIMIENTO.

El estreñimiento va vinculado a una serie de diagnósticos de enfermería. Hemos elaborado un plan de cuidados con los principales diagnósticos enfermeros relacionados a este problema, así como con los resultados esperados y las intervenciones de enfermería que realizamos^{7, 8,9} (Tabla 1).

Diagnósticos de enfermería	Resultados esperados NOC	Intervenciones enfermería NIC
Riesgo / Déficit de volumen de líquidos.	-Control del riesgo: 1902/ acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables -Hidratación: 0602/ cantidad de agua en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.	-Manejo de líquidos: 4120/ Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles anormales o deseados.
Dolor.	-Control del dolor: 1605/ acciones personales para controlar el dolor.	- Manejo del dolor: 1400/ Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
Intolerancia a la actividad.	-Tolerancia de la actividad: 0005/ respuesta a los movimientos corporales que consumen energía implicados en las actividades diarias necesarias o deseadas.	- Manejo de energía: 0180/ Regulación de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.
Deterioro de la movilidad física.	-Nivel de movilidad: 0208/ capacidad para moverse con resolución.	-Terapia de ejercicios: deambulación: 0221/ Estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.
Déficit de autocuidados: uso del WC.	-Cuidados personales: uso del inodoro: 0302/ capacidad para utilizar el inodoro.	-Ayuda con los autocuidados: uso del WC: 1804/ Ayudar a otra persona en las eliminaciones. -Manejo ambiental: 6480/ Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos.

Tabla 1. Plan de cuidados

III- CUIDADOS DE ENFERMERIA

1. Dieta

Intentar que los pacientes aumenten la ingesta de líquidos, especialmente agua, ya que favorece un bolo fecal más blando. Cualquier líquido en principio es útil aunque es preferible agua, infusiones o sopas, ya que su contenido hídrico es mayor que en zumos o leche.

El uso de hidratación parenteral no está justificado en caso de estreñimiento.

Fibra: No se considera una medida de utilidad en el paciente tratado con opioides o con escasa ingesta hídrica debido al riesgo de favorecer impactaciones fecales altas o bajas, produciendo o empeorando cuadros de suboclusión intestinal. No es útil en el paciente oncológico paliativo ni en estreñimiento severo ya que para mejorar el 50% del estreñimiento se requiere aumentar en un 450% la fibra. Debe valorarse una posible alergia digestiva a la fibra.

2. Control de otros síntomas

Pacientes con dolor a la movilización pueden inhibir el deseo de defecar para evitar el dolor. Una anorexia severa con oligofagia puede provocar en el paciente una defecación escasa y dolorosa.

3. Movilización

Debe estimularse de forma acorde a las posibilidades del paciente, ya que ello incrementa el peristaltismo. Ofrecer nuestra disponibilidad, de modo que pueda pedir ayuda cuando lo precise. Enseñar técnica de masaje abdominal para favorecer la evacuación.

4. Fármacos

Anticipación al estreñimiento por fármacos, conocer cuales son los fármacos capaces de producir estreñimiento para poder evitarlos (la mayoría de las veces no es posible puesto que son necesarios para control de síntomas) o añadir laxantes cuando se prescriben dichos fármacos, sin esperar a que el estreñimiento esté establecido.

5. Aspectos ambientales

La defecación es considerada un acto íntimo, ello exige privacidad. Es muy importante la postura adecuada y la comodidad sobre todo en el paciente encamado. Tanto en domicilio como en el hospital la existencia de barreras arquitectónicas son factores condicionantes y añadidos al estreñimiento.

6. Actividades de enfermería

- Al ingreso en la unidad registro en hoja de valoración hábitos previos, síntomas relacionados con estreñimiento y fecha de la última deposición si la hay, y si no la hay, anotar también. Si presenta deposición intentar cuantificar por cruces, (siendo (x) poco, (xx) normal, (xxx) abundante, para así en turnos posteriores poder evaluar en relación con la ingesta. Si presenta estreñimiento se debe reflejar en la hoja de incidencias de enfermería, indicando los días que lo presenta y las medidas a adoptar).
- Anotar en gráfica o en la hoja de incidencias de enfermería el aspecto de las heces (si hay presencia de moco o sangre, color, consistencia...) y si hay esfuerzo o dolor en la defecación.
- Evitar medidas rectales después de las 17:00 horas para no alterar el reposo-sueño del paciente.
- En turno de noche revisar estreñimientos de los pacientes ingresados e indicar medidas rectales (Enemas Casen[®], Micralax[®]) para realizar en turno de mañana antes del aseo evitando movilizaciones innecesarias que alteren el bienestar del paciente.
- Si se detecta riesgo de estreñimiento por el tratamiento o cambio clínico (aumento de la debilidad, anorexia, disfagia a líquidos, deshidratación...) comentar con su médico para instaurar tratamiento con laxantes y así mantener hábito previo de eliminación.
- Si a pesar de tratamiento oral con laxante presenta estreñimiento, comentar con su médico para modificar dosis de los mismos.
- Evitar en la medida de lo posible medidas rectales que son más molestas para el paciente e indecorosas.
- No dejar pasar, más de 3 días sin defecar, siempre teniendo en cuenta hábitos previos. A los 2-3 días de estreñimiento administrar 40 ml. lactulosa (Duphalac[®]) diluido en 250 ml. de infusión de manzanilla, que mejora el dolor cólico, cada 12 u 8 horas. Si no es efectivo al tercer o cuarto día administrar (Micralax[®]) supositorio de glicerina, y si no es efectivo, posteriormente, enema de 250 ml.
- Responder rápidamente a los deseos de defecar por parte del paciente.
- Favorecer la autonomía e intimidad en el acto, siempre que sea posible.



- Colocación correcta del pañal y/o cuña para favorecer la comodidad del paciente encamado.
- Creación de entorno favorable.
- Insistir en la educación al paciente y cuidador principal sobre la dieta, la necesidad de movilización, los síntomas y complicaciones del estreñimiento, la importancia de mantener el tratamiento oral y donde acudir para revisión del tratamiento o consultar. Dar instrucciones por escrito elaborando unas recomendaciones al alta.
- No dejaremos de administrar los laxantes aunque la defecación este controlada porque el paciente puede volver a estreñirse. El paciente y su cuidador deberá entender que los hábitos cambian según evoluciona la situación clínica del paciente. Sólo debemos valorar su suspensión momentánea en aquellos casos que aparezca una descompensación diarreica. También debemos intentar optimizar la dosis del laxante antes de añadirle o sustituirlo.
- No olvidar la práctica del tacto rectal siempre que se quiera conocer las características de las heces y descartar problemas locales.
- Una colostomía no es una vía rectal. No esta indicado el uso de supositorios. Si se puede administrar enemas sin agentes estimulantes.

7. Medidas farmacológicas

El tratamiento farmacológico básico serán los laxantes. Su indicación se hará en base al mecanismo que produce el estreñimiento, así pues en unas heces duras indicaremos laxantes suavizadores (lubricantes osmóticos) y si hay heces blandas, laxantes estimuladores.

No todos los laxantes tienen mecanismos de acción puros, tenemos que conocerlos para controlar con éxito el síntoma. Hay que conocer el periodo de latencia y maximizar las dosis hasta niveles recomendados antes de cambiar o asociar otro tipo de laxante.

Los pacientes en tratamiento con opioides van a requerir la asociación de dos tipos de laxantes, uno ablandador y otro estimulante.

Hay otros fármacos no laxantes que pueden ser útiles por su mecanismo de acción. Los agentes proquinéticos (domperidona, cisapride y metoclopramida) aceleran el tránsito intestinal y estimulan las ondas de contracción, provocando aumento de la peristasis.

7.1 Tipos de laxantes

a) Reguladores o formadores de bolo

Aumentan el volumen de la masa fecal estimulando el peristaltismo. Retienen líquido.

<u>Clases</u>	<u>Dosis</u>	<u>Tiempo de acción</u>
Salvado	8 g/d	2-4 días
Metilcelulosa	3-4 g/d	2-4 días
Plantago oblata	3-4 g/ d	2-4 días
Psyllium (metamucil sobres)	3-4 g/d	2-4 días

Contraindicación en pacientes con obstrucción o impactación fecal. No es eficaz en pacientes con cáncer avanzado.

Efectos adversos: flatulencia y distensión abdominal.

b) Detergentes, lubricantes y surfactantes

Ablandan las heces disminuyendo la tensión superficial y favorecen la penetración de fluidos intestinales.

<u>Clases</u>	<u>Dosis</u>	<u>Tiempo de acción</u>
Parafina	10 ml/d	1-3 días
Docusato	300 mg/d	1-3 días

La parafina puede producir irritación oral e incontinencia, neumonía lipídica por aspiración (no se debe administrar en pacientes con nivel de conciencia comprometido), interfiere en la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K). Es efectiva en suboclusión intestinal.

El docusato no es efectivo como laxante único. Tiene una acción estimulante leve y es útil con heces duras.

c) Osmóticos o salinos

<u>Clases</u>	<u>Dosis</u>	<u>Tiempo de acción</u>
Lactulosa	15-30 ml.	1-2 días
Lactitol	15-30 ml/d	1-2 días
Sales magnesio	12-4 g/d	1-6 horas
Polietilenglicol	13-60 g/d	2-6 horas

Aumentan la presión osmótica a nivel de la luz intestinal, aumentando el paso de agua hacia la misma, consiguiéndose así aumentar el volumen de las heces y disminuir su consistencia.

Todos requieren una adecuada ingesta hídrica.

La lactulosa y el lactitol requieren altas dosis en pacientes con tratamiento con opioides. A dosis altas produce distensión abdominal y flatulencia y cólico.

d) Estimulantes o purgantes

Actúan por estimulación directa de la movilidad intestinal, disminuyendo la absorción de líquidos y electrolitos. Están contraindicados en la oclusión intestinal. Su uso habitual puede provocar atonía colónica y desequilibrio hidroelectrolítico. Puede provocar dolor cólico. Están contraindicados en oclusión intestinal.

<u>Clase</u>	<u>Dosis</u>
Senósido	15-30 mg/d
Bisacodilo	5-10 mg/d
Pilosulfato	515 mg/d

8. Medidas rectales

Las medidas rectales serán necesarias en la impactación fecal. No deben ser nunca el tratamiento de base. La forma de administración será en forma de enemas y/o supositorios.

La eficacia del enema no está en relación con la cantidad, sino con la capacidad de retención del paciente (enemas de poca cantidad son igualmente efectivos).

8.1 Tipos

a) Lubricantes rectales

- Enema aceite de oliva.
- Supositorio de glicerina.

Su uso está recomendado en heces duras, facilitando su salida.

b) Osmóticos rectales

- Enemas de Lactulosa.

Estimulan el peristaltismo y ablandan las heces.

c) Salinos

- Enemas fosfatos.

Ablandan las heces y estimulan el peristaltismo.

d) Estimulantes

- Supositorio de bisacodilo.

Para que actúen deben entrar en contacto con la mucosa rectal ya que su acción estimulante de la movilidad intestinal es sistémica y no meramente local.

8.2 Elección del laxante rectal

Dependerá del tacto rectal realizado previamente.

- Si la ampolla rectal está llena de heces duras se recomienda supositorio de glicerina.
- Si la ampolla está llena de heces blandas, aplicar enema por encima del recto con sonda rectal.
- Si hay inercia colónica, usar supositorio de bisacodilo.
- Si se sospecha que hay heces por encima del recto, primero aplicar enema de aceite de oliva y después enema de fosfatos con sonda rectal.

Solución de enema de 250 ml

- Enema Casen + 10% lactulosa (Duphalac® + 10% aceite oliva y/o Micralax® (lubricante).

Solución enema de 1000 ml

Agua templada (38 - 40°C) + 10% lactulosa (Duphalac®) + 10% aceite de oliva y/o 2 Micralax® (lubricante).

Preparación del paciente

- Valorar el grado de conocimiento del paciente sobre el enema de limpieza.
- Explicar el procedimiento que se le va a realizar.
- Explicarle que debe mantener la solución durante 10 minutos.
- Colocar toalla o salvacama debajo del paciente.
- Poner al paciente en decúbito lateral izquierdo, si no hay contraindicación. Si no tolera esta postura debemos utilizar el decúbito supino, con ambas pernas flexionadas.
- En decúbito lateral izquierdo indicarle que flexione ambas rodillas, la superior más que la inferior.
- Para tacto rectal, previa administración de lubricante anestésico hidrosoluble, utilizaremos dedo índice e indicaremos al paciente que realice fuerza como para defecar.

Procedimiento.

- Lubricar los últimos 8 cm. de la cánula.
- Purgar el sistema de irrigación.
- Separar las nalgas e introducir la cánula 10-12 cm.
- Iniciar la irrigación, manteniendo el irrigador unos 60 cm. por encima del paciente. Si el paciente se queja de dolor cólico o siente ganas de defecar, suspender la irrigación.
- Al finalizar la irrigación, procurar que el paciente retenga la solución durante 10 minutos, cambiándolo de posición si fuera preciso.
- Valorar efectividad del enema.
- Lavar bien la región perianal con agua y jabón, sin dejar restos, secar y aplicar crema hidratante o analgésica para refrescar.

8.3 Extracción manual de un fecaloma

La extracción manual de fecalomas se hará cuando haya fracasado el enema de limpieza de 1000-1500 ml. Sería aconsejable administrar una dosis extra de medicación analgésica y sedante, previa consulta y prescripción facultativa (benzodiazepina como el Midazolam, 2,5 a 5 mg subcutáneo o Alprazolam, 0,25 a 0,50 mg sublingual), 30 minutos antes de empezar el procedimiento.

Realizar estas maniobras sin prisas y en continuo diálogo con el paciente, así ayudaremos a relajarlo.

No forzar el procedimiento. Si aparece sangrado o dolor intenso, no continuar.

Procedimiento

- Vaciar dos cánulas de lubricante anestésico hidrosoluble en la ampolla rectal y esperar que actúe 10 minutos. La dilatación del esfínter anal y el malestar que producen las maniobras, son agotadoras para el paciente. Si el fecaloma fuera muy grande, valorar la posibilidad de extraerlo en varias sesiones.
- Impregnar el dedo índice en anestésico hidrosoluble, introducirlo en el recto suavemente, con movimientos circulares. Esto es incómodo para el paciente, alentarle y darle explicaciones durante el procedimiento.
- Romper la masa fecal en pedazos más pequeños e ir sacándolos con movimientos de retracción del dedo. Repetir la maniobra hasta extraer la mayor cantidad posible.
- Dejar descansar al paciente, tanto para que se recupere, como para que descienda la masa fecal.
- Algunos autores, recomiendan en caso de fecalomas muy compactos instalar 30 ml. de agua oxigenada para intentar emulsionar la masa.
- Al finalizar la maniobra, administrar enema de 250 ml. para limpiar la ampolla rectal.
- Lavar la región perianal con agua y jabón, sin dejar restos, secar y aplicar crema hidratante o analgésica para aliviar las posibles molestias.

8.4 Contraindicaciones

- Obstrucción intestinal: Ante la sospecha de una obstrucción intestinal (tanto por heces como por ocupación tumoral) lo consultaremos con el médico responsable para que valore el cuadro clínico, ya que puede no ser prudente el administrar un enema si la causa del síntoma no es la impactación fecal (podemos causar hemorragia rectal, peritonitis, etc).
- Pacientes en situación terminal o agónica: Solo trataremos el síntoma si da malestar. Una impactación fecal puede precipitar o incrementar un delirium. Debemos tener en cuenta el pronóstico antes de indicar medidas agresivas, si está en fase pre-agónica, agónica o sedado no administraremos enema por muchos días que lleve sin defecar.

Aplicar medidas rectales sencillas: Supositorios y enemas de poca cantidad.

9. Posibilidades de tratamiento

9.1 Si no toma laxantes:

- Iniciar con laxante osmótico de 2-3 veces al día (preferentemente lactulosa, ejemplo: Duphalac®).
- Si a las 48 horas no hay deposición: reevaluar (anamnesis y/o tacto rectal). Si:
 - a) Heces duras: aumentar laxante osmótico. Lactulosa 40 ml + 2 vasos de agua cada 6-8 horas hasta conseguir evacuación, posteriormente regular dosis para mantener hábito previo. La segunda dosis antes de las 17 horas para evitar dolor peristáltico-defecación en la noche que altere el patrón del reposo-sueño.

Otra posibilidad de tratamiento en heces duras es mezclar laxante osmótico (lactulosa) con lubricante (parafina como el Emuliquen®), 10 ml de cada laxante cada 8-12 horas.

- b) Heces blandas: añadir laxante estimulante. Pursenid® grageas + Dulcolaxo® supositorios o comprimidos. Pursenid® un comprimido cada 12 horas, hasta 2 comprimidos cada 8 horas según respuesta, cambiando con supositorio de Dulcolaxo® por la noche.

Si a las 72 horas no hay deposición: supositorio de bisacondilo y reevaluar.

9.2 En caso de estreñimiento superior a 10 días

Se ha administrado Prostigmina® 1 ampolla de 1 ml + Enema de 250 ml a los 30 minutos (3 casos clínicos constatados en nuestra Unidad). No administrar en caso de sospechar obstrucción mecánica por tumor o ausencia de peristaltismo intestinal.

9.3. En caso de suboclusión intestinal

Suspender o disminuir la dosis de laxante estimulante por el riesgo de producir o aumentar dolor cólico y sustituir o añadir un laxante lubricante (no administrar el laxante lubricante hasta que el paciente tenga los vómitos controlados por el riesgo de provocar o causar neumonía lipídica).



Estas posibilidades de tratamiento son siempre bajo prescripción-consulta con el médico responsable del enfermo.

Antes de la aplicación de un enema de limpieza utilizar supositorios de glicerina o canuletas de Micralax[®] medida menos agresiva y molesta para el paciente.

CONCLUSIONES

El uso de medidas rectales es, la mayor parte de las veces, incómodo e indecoroso para el paciente, por lo cual es importante prevenir y tratar por vía oral antes de recurrir a la vía rectal; aunque es ventajosa por su corto periodo de latencia, siendo satisfactorio tanto para el personal de enfermería como para el paciente en casos concretos.

Cualquier intervención rectal puede desencadenar la defecación por simple estimulación del reflejo anocólico (relajación del esfínter anal interno y contracción del esfínter anal externo).

Basándonos en nuestra experiencia, la implicación de todo el personal que se ocupa del cuidado de estos pacientes ha conseguido disminuir la incidencia de la impactación fecal. Se ha aumentado el número de pacientes tratados precozmente con laxantes orales y se ha disminuido el uso de medidas rectales para resolver un cuadro de estreñimiento activo. Se registra con mayor frecuencia las características de las deposiciones y la presencia de esfuerzo en la defecación en hoja de incidencias de enfermería. En los tres turnos de trabajo hay registro de las deposiciones realizadas por el paciente.

También actualmente hay una revisión mas continuada del tratamiento oral con laxantes entre la enfermera y el médico responsables del paciente.

Los pacientes y sus cuidadores conocen las causas del estreñimiento, sus complicaciones y detectan precozmente la aparición del problema comunicándoselo al personal de enfermería responsable de su cuidado o al médico responsable de su tratamiento.

El trabajo en equipo es fundamental en cualquier planta de hospitalización para así poder ofertar una calidad asistencial que mejorará nuestra satisfacción personal y profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Porta J, Gómez-Batista X, Tuca A. Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal. Madrid: Aran; 2004.119-128.
- 2) Miles CL, Fellowes D, Goodman ML, Wilkinson S. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD003448. DOI: 10.1002/14651858.CD003448.pub2
- 3) Camps Herrero C, Cornellá Torrent J, Casas Fernández A, González Barón M, Sanz-Ortiz J, Valentín V. Manual SEON de Cuidados Continuos. 2004. 5:147-151.
- 4) Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford UK: Oxford University Press; 1999. 3-11.
- 5) Fallon MT, Hank GW. Morphine, constipation and performar states en advance cancer patients. Palliat Med 1999; 13(3):159-60.
- 6) Sykes NP. The relationship between opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients. Palliat med 1998; 12(7):375-82.
- 7) Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier España; 2005
- 8) Johnson M, Mass M, Moorhead S. Proyecto de Resultados Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2005.
- 9) Macloskey JC, Bulechek GM. Proyecto de Intervenciones Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). 4ª ed. Madrid: Harcourt; 2005.