

Tratamiento del estreñimiento inducido por opiáceos en paciente adulto terminal

Treatment of opiate induced constipation in terminal adult patient

Graciela Zapico López; Sonia Alonso Fernández; Eva Tomero González

Hospital Carmen y Severo Ochoa, Cangas de Narcea (Asturias)

Manuscrito recibido: 30-05-2017

Manuscrito aceptado: 08-07-2017

Cómo citar este documento

Zapico López G, Alonso Fernández S, Tomero González E. Tratamiento del estreñimiento inducido por opiáceos en paciente adulto terminal. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Febrero; 6(1): 32-46

Resumen

En España, en 2012 aparecieron 130.000 nuevos casos de cáncer y se prevé que para el 2020 haya una incidencia de 149.000. Esta enfermedad tiene muchos efectos secundarios, aunque el más importante es el dolor. Para aliviar el dolor la OMS ha creado la Escala analgésica, compuesta de 3 escalones. El último escalón lo constituyen los opiáceos que son efectivos para el alivio del dolor, pero tienen como contrapartida que producen estreñimiento, un efecto secundario muy incómodo para los pacientes que se ven en la situación de padecer cáncer en estado terminal ya que produce desde manifestaciones físicas como dolor, flatulencia, obstrucción, vómitos, etc, hasta manifestaciones psicológicas como delirio. Por ello se ponen en marcha una serie de medidas farmacológicas como es el uso de laxantes y no farmacológicas como medidas higiénico-dietéticas.

El objetivo de este trabajo es explorar las distintas terapias frente al estreñimiento inducido por opiáceos en pacientes oncológicos terminales.

El trabajo se realizó a través de una revisión bibliográfica en varios buscadores de los que se extrajeron 14 documentos.

Las conclusiones más importantes que se extrajeron fueron: que las medidas generales para el estreñimiento son igual de importantes que las farmacológicas, que está contraindicado el consumo de fibra si no se acompaña ingesta líquida suficiente, y que la combinación de laxantes más eficaz para el estreñimiento en pacientes terminales es la unión de un reblandecedor de heces con un estimulante del peristaltismo.

Palabras clave

Tratamiento, estreñimiento, opiáceos, cáncer avanzado, cuidados paliativos.

Abstract

In Spain, in 2012 appeared 130 thousand new cancer cases and it is expected that by 2020 there will be an incidence of 149 thousand. This disease has many side effects, although the most important is pain. To relieve pain the WHO has created the Analgesic Scale, composed of 3 steps. The last step is that of opiates that are effective for pain relief, but they have as a counterpart to produce constipation, a very uncomfortable side effect for patients who are in the state of suffering from terminal cancer since it produces from manifestations Such as pain, flatulence, obstruction, vomiting, etc., to psychological manifestations such as delirium. For this reason, a series of pharmacological measures, such as the use of laxatives and non-pharmacological measures, are initiated as hygienic-dietary measures.

The aim of this study is to explore the different therapies against opiate-induced constipation in end-stage cancer patients.

The work was done through a bibliographic review in several search engines from which 14 documents were extracted.

The most important conclusions drawn were: that general measures for constipation are just as important as pharmacological measures, that fiber intake is contraindicated if insufficient fluid intake is not accompanied, and that the combination of more effective laxatives for constipation In terminal patients is the union of a stool softener with a stimulant of peristalsis.

Keywords

Treatment, constipation, opiates, advanced cancer, palliative care.

Introducción

Por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Entre el 2015 y el 2050 la población mayor de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para el 2025 se estima que haya 1.200 millones de ancianos en todo el mundo. En 2050 se prevé que el 80% de la población anciana, vivan en países con ingresos bajos o medios. En España en 2011 había más de 8 millones de personas mayores de 65 años de casi 47 millones de españoles. El grupo de octogenarios representa el 5,2% de la población total española (1).

Este aumento de la población anciana es consecuencia del descenso de la natalidad y de la mortalidad, lo que está ligado a un aumento de la esperanza de vida favorecida por actividades de promoción y prevención, los diagnósticos más acertados y rápidos y los avances terapéuticos (2).

El cáncer es una de las enfermedades con más incidencia en el mundo. Las enfermedades crónicas y las neoplásicas han pasado a ser las causantes de la morbimortalidad en las personas enfermas, cuando no hace más de 50 años, lo eran las enfermedades perinatales e infantiles, junto con las infecciosas (3). En 2012 se registraron alrededor de 14 millones de casos de cáncer en el mundo y se prevé que dentro de 20 años aumenten un 70%. Es la segunda causa de muerte, sólo encontrándose por delante las enfermedades cardiovasculares. En 2015 el cáncer ocasionó 8,8 millones de muertes en todo el mundo y de ellas, el 70% se produjeron en países con ingresos bajos y medios. En España, en 2012 se produjeron 130.000 nuevos casos y se prevé que para 2020 sean alrededor de 149.000 (4). Aunque, bien es verdad que la esperanza de vida en España ha aumentado en los últimos años, la edad media en hombres es de 75 años y en las mujeres es de 83, según el Instituto Nacional de Estadística, esto conlleva el aumento del riesgo de padecer cáncer.

Se han desarrollado varias teorías en las que se intenta explicar el desarrollo de tumores malignos en la vejez, como la teoría de la carcinogénesis, la de las alteraciones del metabolismo, la del sistema inmunitario o la de los radicales libres (5). Hoy en día, la teoría que más prevalece es la de la trasgresión de la vida saludable. Los factores de riesgo conductuales y dietéticos responsables de 1/3 de las muertes por cáncer son 5: El elevado índice de masa corporal, la ingesta reducida de frutas y verduras, la falta de actividad física y el consumo de alcohol y tabaco; este último causando un 22% de las muertes por cáncer en todo el mundo (6).

La detección del cáncer en fase inicial y un diagnóstico adecuado son fundamentales para aumentar la esperanza y calidad de vida de estas personas. El 90% de los países con ingresos altos ofrecieron tratamientos adecuados a su enfermedad y tan sólo el 30% de los países con ingresos bajos pudieron ofrecerlos (6).

En la bibliografía consultada encontramos que aproximadamente el 60% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de cáncer, tanto a nivel nacional como internacional (5). Por tanto, la edad es considerada como factor de riesgo para el padecimiento de esta enfermedad.

Los cánceres más frecuentes en personas en edad avanzada son: en mujeres, mama, colorrectal, estómago y cuerpo uterino; y en hombres, próstata, pulmón y colorrectal. El que más mortalidad produce en mujeres es el de mama y en hombres el de pulmón, que son también los más comunes con una prevalencia anual en torno a un 30% (4,5,7). Tanto el cáncer de próstata en hombre, como el de mama en mujeres, son los cánceres que mejor esperanza de vida relativa tienen, rondando el 65% de supervivencia a los 5 años de haberlo padecido (3,5,8).

Son muchos los síntomas que abaten, agotan y desesperan al enfermo y a sus familias, como la disnea, el delirio, vómitos, diarrea, úlceras, tos, debilidad, etc, pero hay uno que es constante en casi todos los tumores, el dolor. Afortunadamente para cualquier tipo de dolor ya sea el neuropático, visceral, irruptivo, óseo, etc, existe analgesia apropiada dependiendo de la intensidad y la duración del mismo.

La definición de cuidados paliativos (CP) de la OMS (9) dice que, *"Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual"*.

La OMS publicó un informe en 1986 como instrumento destinado a los profesionales sanitarios para orientar sobre el control del dolor. Este informe llamado "La escalera de la OMS" propone unas pautas sobre la administración de la analgesia, indicando que esta debe ser escalonada, aumentando la potencia analgésica progresivamente. En el primer escalón debe proporcionarse analgesia no opiácea a base de AINEs, paracetamol y metamizol combinado con adyuvantes que en sí no sirven para el dolor pero alivian síntomas, como es el caso de los antieméticos para los vómitos o los laxantes para ayudar al vaciamiento intestinal. En el segundo escalón, se encuentran los opiáceos débiles que son el tramadol y la codeína, se pueden unir a los del primer escalón y a los coadyuvantes. Por último, en el tercer escalón se encuentran los opiáceos fuertes como el fentanilo y la morfina que son los más utilizados, pueden unirse a los del primer escalón y a los coadyuvantes, pero nunca con los opiáceos débiles y tampoco entre sí. Uno de los problemas de la analgesia del último escalón es que produce estreñimiento.

Un grupo de expertos internacionales elaboró criterios diagnósticos del estreñimiento funcional conocidos como Roma III (10). Éstos, tratan el estreñimiento funcional, pero no el estreñimiento por opiáceos, en el que se busca más bien el bienestar del paciente, su abordaje y control, que serán diferentes en función del estado general del paciente.

Para empezar, se realizará una anamnesis del problema, en la que se tendrá en cuenta la consistencia (10), la frecuencia, los cambios de hábito, el dolor, si hay evacuación incompleta, los fármacos administrados o si existen factores que puedan interferir en el acto de defecar como la falta de intimidad. Con todos estos datos se concretarán una serie de medidas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, individualizadas para cada paciente. En concreto, la consistencia es considerada mejor indicador del tránsito que la frecuencia en la deposición (**Figura 1**).

	Tipo 1 Trozos duros separados, como nueces, que pasan con dificultad
	Tipo 2 Con forma de salchicha, pero compuesta de fragmentos duros apilados
	Tipo 3 Como una salchicha, pero con grietas en la superficie
	Tipo 4 Como una salchicha, lisa y suave
	Tipo 5 Trozos pastosos con bordes bien definidos
	Tipo 6 Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares
	Tipo 7 Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

Figura 1: Escala de clasificación de la forma de las deposiciones de Bristol (Heaton & Lewis, 1997)

La etiología del estreñimiento en pacientes con enfermedad oncológica avanzada es multifactorial, se puede clasificar en: relacionada con el estilo de vida (poca actividad física por una importante limitación funcional, alimentación pobre en fibra e ingesta limitada de líquidos), causas mecánico-anatómicas (fisura anal, hemorroides, rectocele, obstrucción intestinal, edad avanzada o debilidad), o causas relacionadas con otras enfermedades (metabólicas como la diabetes o el hipotiroidismo, enfermedades neurológicas, como el Parkinson o el Alzheimer, o la consecuencia de otros cánceres como el de ovarios o intestino) (10-12) y por último se puede relacionar con la toma de algunos fármacos (hay una gran variedad de medicamentos que producen estreñimiento, algunos hipertensivos, antiácidos, antidepresivos tricíclicos, diuréticos ... y los opiáceos).

Los opiáceos y el estreñimiento están muy relacionados, ya que en pacientes en estadio avanzado, se les debe administrar analgesia fuerte para mitigar el dolor, la disnea, y proporcionar descanso, pero como contrapartida provoca estreñimiento. Los síntomas del estreñimiento en esta etapa son: disconfort, diarrea por rebosamiento, anorexia, dolor abdominal, sensación de llenado de la ampolla rectal, hinchazón, flatulencia, náuseas y vómitos, e incluso a nivel psíquico agitación o confusión, entre otros.

- Las medidas farmacológicas (12): Dónde encontramos los laxantes, que deben administrarse de manera profiláctica bien por vía oral y/o rectal a todos aquellos pacientes que toman opiáceos. Encontramos varios tipos:
 - **Detergentes, lubricantes y surfactantes:** no se deben administrar a pacientes con disminución de conciencia porque pueden producir neumonía lipídica/química por aspiración. Actúan reblandeciendo las heces y son efectivos en oclusiones intestinales bajas. El docusato no es efectivo como laxante único, pero actúa eficazmente en heces duras.
 - **Osmóticos o salinos:** como la lactulosa, sales de magnesio, polietilenglicol, actúan aumentando el paso del agua hasta el interior del intestino y así aumentan el volumen de las heces. Con este tipo de laxantes es importante la ingesta de 1,5 a 2 litros de agua, para no producir una impactación fecal (fecaloma). En pacientes con altos consumos de opiáceos debe aumentarse la dosis de lactulosa para que sea efectivo el tratamiento, pero puede producir distensión abdominal, flatulencia y cólicos.
 - **Incrementadores del bolo intestinal:** el salvado, la metilcelulosa, el plantago ovata, se administran vía oral. No se pueden utilizar en pacientes con obstrucción intestinal o impactación fecal y tampoco son eficaces en pacientes con cáncer avanzado.
 - **Estimulantes o purgantes:** el senósido y el bisacodilo, y el polisulfato, actúan sobre la motilidad intestinal, impiden que el intestino absorba líquidos y electrolitos. Pueden producir un desequilibrio electrolítico, atonía colónica y cólicos si se utilizan con asiduidad. Están contraindicados en pacientes con obstrucción intestinal.

Las medidas rectales serán necesarias en el caso de que haya impactación fecal, no deben ser nunca un tratamiento de base. La forma de administración es mediante enemas y/o supositorios. La eficacia del enema no está tanto en la cantidad del mismo como en la capacidad de retención del paciente. Pueden ser igualmente osmóticos, salinos, estimulantes del peristaltismo o lubricantes. Si las heces se encuentran por encima del recto o la ampolla está llena de heces blandas se utilizará el laxante rectal mediante sonda para que el preparado limpie el colon descendente.

- *Las medidas no farmacológicas:* La dieta es un aspecto importante en cualquier paciente, que debería estar formada por una ingesta adecuada de frutas, verduras, hortalizas y legumbres, pero en un paciente con cáncer avanzado no es aconsejable, ya que a la par que una dieta rica en fibra, también se recomienda una ingesta adecuada de líquidos, entre 1,5 a 2 L y pueden existir dificultades para ingerir cualquier tipo de alimento y beber tanta cantidad de líquidos. Se podría producir en poco tiempo un fecaloma (heces secas en el intestino). Por otro lado, sí se puede recomendar que realice algún tipo de ejercicio, como caminar, lo que el paciente sea capaz de realizar, teniendo en cuenta su circunstancia vital. También los masajes abdominales pueden ayudar al intestino en los movimientos peristálticos y que las heces puedan ir progresando a través del intestino. Otras medidas son por ejemplo, permitir la intimidad, establecer un horario para defecar, revisar los fármacos por si hubiera alguno que se pudiera cambiar por otro que al menos no interfiriera en la estimulación del intestino, no tomar bebidas gaseosas ni por pajita y evitar alimentos flatulentos, responder inmediatamente a los deseos de defecar y por último cuidar la zona perianal, aseándola con papel suave y después lavarla con jabón neutro, secar, aplicar compresas frías para el escozor y lubricar para el dolor si hubiera fístulas o grietas (11,13,14).

El dolor es un problema muy importante que se debe resolver en el enfermo terminal, ya que casi un 90% de los pacientes con tumores, sufren dolores crónicos y en algún momento del día se vuelven agudos. Los AINEs u opiáceos débiles como la codeína, sólo son capaces de reducirlo (15). Para aliviarlo, se debe proporcionar analgesia adecuada al dolor que siente el paciente, en este caso, acudiremos a la analgesia del tercer escalón, sin techo analgésico como la morfina. Pero como decíamos anteriormente, esto trae como consecuencia el estreñimiento, factor importante, ya que más de un 80% de las personas que la toman para aliviar los síntomas, lo padecen (8).

La morfina actúa bloqueando los receptores del dolor en el SNC y estimulando la liberación de endorfinas. Pero este aspecto positivo se puede volver en contra, produciendo la

"El dolor es un problema muy importante que se debe resolver en el enfermo terminal, ya que casi un 90% de los pacientes con tumores, sufren dolores crónicos y en algún momento del día se vuelven agudos"

fisiopatología del estreñimiento por opiáceos. Este es uno de los efectos secundarios más importantes para tener en cuenta, se produce por el efecto de los receptores opiáceos μ y δ , los cuales se encuentran en el tracto gastrointestinal y son responsables de inhibir el vaciado gástrico, reducir el peristaltismo, las secreciones intestinales y aumentar el tiempo de absorción, por ende, producir estreñimiento (16).

Atendiendo a todo esto, se consideró estudiar en profundidad el trastorno del estreñimiento producido por opiáceos en pacientes oncológicos terminales (POT).

Este trabajo pretende revisar la literatura actual, en el que se mencionen técnicas farmacológicas y no farmacológicas para aliviar el estreñimiento por opiáceos en la última etapa de la vida, ya que el paciente puede descansar mejor y evitar los síntomas secundarios anteriormente relatados, sin que por ello, se deje de atender a otros síntomas propios del tumor, de la enfermedad o de la última etapa de la vida.

De esta manera, se podrá dar a conocer la magnitud del problema para desarrollar medidas eficaces contra el estreñimiento y que los profesionales sanitarios puedan ponerlas en marcha mediante protocolos de actuación y en definitiva formar parte de la atención integral del anciano.

Objetivo

Llevar a cabo una revisión de la literatura, con el objetivo de identificar las distintas terapias utilizadas para evitar y/o aliviar el estreñimiento en los POT.

Metodología

Se ha buscado documentación al respecto en estas bases de datos: PUBMED, DIALNET, LILACS, MEDLINE, COCHRANE, CUIDEN, ScIELO, TESEO, GOOGLE ACADÉMICO y artículos encontrados en la puesta al día del tema. Palabras clave: estreñimiento/constipation, opiáceos/opiates, cáncer/cancer. Operadores Booleanos: and y or

Período de búsqueda: 2006 – 2016

Criterios de inclusión: formaban parte de la revisión los artículos en los que se hable del paciente oncológico adulto y/o mayor, con metodología cualitativa y cuantitativa. Revisiones bibliográficas, sistemáticas, descriptivos, experimentales, ensayos, tesis doctorales, casos clínicos y guías y protocolos. Se analice el tratamiento farmacológico y/o no farmacológico. Documentos en los que hayan participado profesionales de enfermería o medicina en cualquiera de las fases del artículo.

Criterios de exclusión: pacientes oncológicos pediátricos, documentos que hagan referencia a los antagonistas selectivos de la unión de opioides a receptores μ , por su extensa bibliografía.

Resultados

De los 300 documentos encontrados, al final formaron parte de la revisión 14. 3 fueron encontrados en PubMed, 1 en Cochrane, 6 en Google Académico, 1 en Dialnet, 1 capítulo de libro y 2 en la puesta al día al inicio de la búsqueda bibliográfica.

Los tipo de documentos consultados fueron: 5 revisiones bibliográficas, 1 tesina, 1 ensayo, 1 caso clínico, 5 protocolos y/o guías y 1 capítulo de libro (Tabla 1).

Tabla 1: Resultados de los documentos utilizados para este trabajo

Título, Autores, Año	Objetivos	Metodología, Resultados, Argumento	Conclusiones
Tratamiento de los síntomas digestivos. Pascual López L (2006)	Aliviar los síntomas digestivos de los pacientes con cáncer avanzado.	Revisión sistemática. Proponer diversas medidas para los síntomas digestivos. En el caso concreto del estreñimiento, se proponen medidas generales, farmacológicas y no farmacológicas.	Las conclusiones que se extraen para aliviar el estreñimiento son: Se recomienda la combinación de laxantes osmóticos y estimuladores del peristaltismo. Si las heces son duras se incrementa la dosis osmótica o se cambia por otro del mismo grupo. Si las heces son blandas, pero la frecuencia es menor que la deseada se combina el laxante osmótico con un estimulador del peristaltismo. Si en 72 horas no evacúa se recomienda utilizar medidas locales.
Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo. Vargas Torres M, Palomo Lloro AI, García Rodrigo R, Quirén Pereira R. (2011)	Realizar un algoritmo de actuación frente al estreñimiento en pacientes con enfermedad terminal.	Revisión sistemática. Se analizó la consistencia y frecuencia, cambio de hábito, molestias, dolor al evacuar y sensación de evacuación incompleta.	Las conclusiones que se extraen para aliviar el estreñimiento son: Medidas generales: control de síntomas, movilidad, hidratación y revisión del tratamiento farmacológico. Laxantes orales y rectales (puntalmente). Heces duras: laxante osmótico y supositorio de glicerina. Heces blandas: laxante estimulante. Ampolla rectal vacía: laxante osmótico junto con un estimulante. Si en 72 horas no hubiera respuesta, se pondrá enema.
Laxantes para el tratamiento del estreñimiento en pacientes que reciben CP. Candy B, Jones L, Larkin P, Vickerstaff V, Tookman A, Stone P (2015)	Constatar la efectividad de los laxantes en pacientes que reciben cuidados paliativos.	Revisión sistemática. Se incluyeron 5 estudios con 7 tipos diferentes de laxantes o combinaciones. Lactulosa comparada con sen, sen + lactulosa comparada con H. de magnesio + parafina líquida, misrakasneham comparado con sen y docusato + sen comparado con placebo + sen.	Los ensayos controlados aleatorios incluidos en esta revisión no mostraron ninguna diferencia en la efectividad de tres laxantes administrados con frecuencia; sen, docusato y lactulosa. Sin embargo, estos estudios están sujetos a sesgo y tienen bajo poder estadístico. Ninguno de los estudios evaluó la efectividad del polietilenglicol en esta población.

<p>Recomendaciones de consenso sobre el inicio de terapias de medicamentos para el estreñimiento inducido por opiáceos.</p> <p>Argoff CE, Brennan MJ, Camilleri M, Davies A, Fudin J, Galluzi KE (2015)</p>	<p>Proponer un método que sea eficaz para el estreñimiento inducido por opiáceos.</p>	<p>Revisión sistemática.</p> <p>La rotación de opioides la ingesta de líquidos y fibra, el ejercicio, ablandadores de heces y laxantes, aunque puede que no sean suficientes.</p> <p>El 46% que utilizan laxantes logran los resultados del tratamiento deseados.</p>	<p>Para el uso de opioides se recomienda un régimen intestinal profiláctico con aumento de líquido, ingesta de fibra, ablandadores de heces y/o laxantes, cambios en la dieta, tratamientos de venta libre y ejercicio.</p>
<p>Enfermos terminales. Control de los síntomas gastrointestinales: estreñimiento, náuseas y vómitos</p> <p>Leyva Moral JM (2007)</p>	<p>Proponer soluciones a los problemas intestinales que afectan al paciente terminal.</p>	<p>Revisión sistemática.</p> <p>Se abordan las características de los diferentes tipos de laxantes, que hay en el mercado, tales como los ablandadores de heces, estimulantes del peristaltismo y laxantes por vía rectal.</p>	<p>Las conclusiones que se extraen para aliviar el estreñimiento son:</p> <p>Se recomienda un combinado de ablandadores junto con estimulantes del peristaltismo.</p> <p>Tomar fibra si es bien tolerada.</p> <p>Atención a los cólicos y al aumento del número de deposiciones.</p>
<p>Cáncer y cuidados paliativos.</p> <p>García Estrada MP (2010)</p>	<p>Ahondar en la mejora de la calidad de vida con una atención integral, individualizada tanto física, como emocional, espiritual y social.</p>	<p>Revisión sistemática.</p> <p>Aborda todas las necesidades psicológicas y físicas del paciente.</p> <p>En este caso, debido al trabajo que nos ocupa se basa en solucionar el estreñimiento en pacientes que toman opiáceos, para el que da una serie de medidas generales para prevenir el estreñimiento y puntuales para pacientes a los que se les administran opiáceos.</p>	<p>Las conclusiones que se extraen para aliviar el estreñimiento son:</p> <p>Hidratación y actividad física en pacientes terminales no se recomienda tomar fibra.</p> <p>Se recomienda la combinación de laxantes y reblandecedores.</p>
<p>Actualización en el hospital de cuidados paliativos.</p> <p>Wendy GA, Linn AF, Jay RH, Kimberly J, Michelle M, Bradley AS (2013)</p>	<p>Comparar la eficacia entre distintos laxantes</p>	<p>Ensayo aleatorizado, doble ciego.</p> <p>No hubo diferencia significativa entre los dos grupos en la frecuencia de deposiciones, volumen, consistencia, o la percepción de dificultad en la defecación de los pacientes.</p>	<p>Estos resultados indican que probablemente no se necesita docusato de tratamiento rutinario del estreñimiento inducido por opioides en pacientes gravemente enfermos.</p>

<p>La mano que escribe el opioide... WoelkCJ (2007)</p>	<p>Proponer un tratamiento con laxantes para el trastorno del estreñimiento en pacientes a los que se les prescribe un tratamiento con opioides.</p>	<p>Caso clínico. Se exponen las razones etiológicas, se hace un diagnóstico, se propone un tratamiento. Por último, se plantea un algoritmo para la gestión del estreñimiento de pacientes en CP.</p>	<p>Se debe realizar un examen físico y en algunos casos se debe realizar algunas pruebas diagnósticas como Rayos X abdominal. También se debe revisar la medicación. Iniciar el tratamiento con laxantes estimulantes, sino es suficiente, añadir uno osmótico. Si el recto está lleno de heces se considerará un enema rectal. Si las heces son duras se considerará una desimpactación rectal junto con analgesia.</p>
<p>Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. Cordero Ponce M y Romero Sánchez IM (2008)</p>	<p>Realizar un protocolo para aliviar el estreñimiento en una unidad de CP oncológicos.</p>	<p>Revisión sistemática. Se realizó una revisión en la que se dejó reflejada la importancia del diagnóstico médico del tipo de estreñimiento. Mediante los diagnósticos de enfermería se exponen los problemas asociados a la enfermedad, los objetivos y los resultados esperados, los cuidados de enfermería, las medidas farmacológicas, medidas rectales y las conclusiones extraídas de los documentos consultados.</p>	<p>Para el tratamiento con opioides, se recomienda la combinación de un ablandador y un estimulante. Para heces duras se recomendarán lubricantes osmóticos y si son blandas, laxantes estimulantes del peristaltismo. En caso de no realizar deposición en 72 horas se propondrán laxantes y/o supositorio de bisacodilo rectales. No debe ser un tratamiento de base.</p>
<p>Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica en estreñimiento crónico. Garrigues Gil V, Mas Mercader P, Mora Miguel F, Mínguez Pérez F(2013)</p>	<p>Realizar una guía donde se evalúe, clasifique, diagnostique y se proponga tratamiento a los distintos tipos de estreñimiento.</p>	<p>Revisión sistemática. Es una guía general para el estreñimiento, pero tiene un apartado para el estreñimiento en situaciones especiales. Realizar criterios clínicos para el diagnóstico, una clasificación del estreñimiento, evaluación clínica, pruebas diagnósticas, tratamiento.</p>	<p>Las conclusiones que se extraen para aliviar el estreñimiento en situaciones especiales son: Se recomienda la desimpactación manual con anestésico. Luego se limpiará el colon con enemas diarios, simultáneamente el paciente también tomará laxantes orales para potenciar el efecto.</p>
<p>Guía de Cuidados Paliativos. SECPAL (2014)</p>	<p>Realizar una guía donde se atiendan tanto los problemas emocionales, físicos y sociales.</p>	<p>Revisión sistemática. Se centra en la atención y cuidado biopsicosocial del paciente con CP.</p>	<p>Las conclusiones que se extraen para aliviar el estreñimiento son: Medidas generales: aumentar la ingesta de líquidos, responder a los deseos inmediatos para la evacuación, revisar el tratamiento farmacológico. Tratamiento indicado para el estreñimiento: laxante estimulante junto con reblandecedor de heces y un humidificador.</p>

Estreñimiento y laxantes. Actualización INFAC (2015)	Aliviar el estreñimiento en grupos de pacientes especiales.	Revisión sistemática. Es una guía que se centra en el alivio del estreñimiento en los distintos grupos, como embarazadas, pacientes en cuidados paliativos, niños y adolescentes y ancianos. También recoge otros laxantes que no se incluyen en esta revisión por su amplia bibliografía.	Medidas generales: ingesta adecuada de líquidos, revisión de la medicación y modificación adecuada a la enfermedad. Propone un tratamiento con un laxante estimulante u osmótico junto con emoliente y supositorios y/o enemas de rescate. Si hay impactación fecal se recomiendan supositorios o enemas y en algún caso la desimpactación manual.
Guía de pautas de acción y seguimiento. Estreñimiento. Noguera A y Rey A (2016)	Aliviar el estreñimiento en los distintos grupos de edad y en situaciones especiales como el embarazo o patología.	Revisión sistemática. Realizar una revisión de los tratamientos más eficaces del estreñimiento teniendo en cuenta los distintos grupos de edad y situaciones especiales.	Las recomendaciones para aliviar el estreñimiento en pacientes con cuidados paliativos se basan en la aplicación de un laxante estimulante combinado con un reblandecedor de heces. Si toma opiáceos al inicio se aumentarán las dosis. No se recomienda la fibra. Se iniciará tratamiento profiláctico en todos los pacientes que toman opiáceos.
Cuidados paliativos. Control de síntomas. Gómez Sancho M y Ojeda Martín M (2009)	Aliviar los síntomas del estreñimiento en pacientes en CPO y proponer medidas de actuación.	Revisión sistemática. Propone soluciones para aliviar los síntomas digestivos y entre ellos el estreñimiento.	Propuesta de tratamiento para el estreñimiento: Un laxante osmótico junto con un purgante y un reblandecedor de heces.

Fuente: Elaboración propia

Todos los documentos debían tratar sobre tratamiento farmacológico y/o no farmacológico para pacientes que padecen estreñimiento inducido por opiáceos en los últimos días de la vida.

Revisiones bibliográficas (17-21), hablan de tratamientos farmacológicos y/o no farmacológicos para el estreñimiento producido por opioides en pacientes con cáncer terminal.

La tesina (22), se centra en el cáncer. Hace un repaso de lo que son los cuidados paliativos y desarrollo de los mismos. En uno de sus apartados habla de las recomendaciones generales para tener en cuenta, en los pacientes con este tipo de enfermedad y tratamiento farmacológico a grandes rasgos. La población a estudio, no se especifica para qué rango de edad está recomendada.

Un ensayo (23), doble ciego, en el que participaron 74 pacientes gravemente enfermos, los cuales sufrían estreñimiento por opiáceos. Se aleatorizó a los pacientes para recibir un tipo de tratamiento con laxantes, que consistía en un purgante (senósido), un reblandecedor de heces (docusato), placebo 2 veces al día y purgante + placebo 10 días.

El caso clínico (24), aborda el problema del estreñimiento de un paciente que toma morfínicos para el dolor. En este caso se proponen medidas farmacológicas para la prevención y alivio del estreñimiento, así como algunas medidas generales.

La búsqueda de protocolos y guías (8,12,26,28,29), estuvo centrada en el tratamiento del estreñimiento inducido por opiáceos en pacientes terminales. No se especifica para qué extracto de edad está recomendada. Algunas de las guías hablan del estreñimiento, en términos generales, pero fueron incluidas porque tenían un apartado específico para opiáceos en pacientes terminales. En todas ellas incluye recomendaciones tanto farmacológicas como no farmacológicas.

El capítulo del libro (30) hace referencias a la prevención y alivio del estreñimiento en POT, con medidas farmacológicas.

Discusión

Hay poca bibliografía referente a los tratamientos para el estreñimiento en pacientes oncológicos. No hay estudios clínicos debido a lo delicado del momento.

Se descartan los criterios Roma III por no ser adecuados para el estreñimiento producido por opiáceos y se atiende más a la consistencia y frecuencia, si hay dolor al defecar, evacuación incompleta, a facilitar la intimidad y la revisión de los medicamentos.

Todos los autores coinciden en que hay que realizar la historia clínica completa, una exploración abdominal y determinar el patrón defecatorio. Si hay obstrucción o impactación es más fácil realizar un tacto rectal.

En pacientes en estado terminal, SECPAL dice que se deben valorar los beneficios de la ingesta líquida y todos los autores coinciden que la fibra está contraindicada por el riesgo de fecaloma.

Algoritmo de medidas farmacológicas: los laxantes orales serán de primera elección, los laxantes rectales se administrarán si en 72 horas no se resuelve.

El criterio de actuación más utilizado, con respecto a las medidas farmacológicas es: un reblandecedor de heces como docusato o parafina más un estimulante como el bisacodilo o senósido.

Quizá se podría obtener mejor calidad en la información si fuéramos capaces de expresar con delicadeza, entendiendo la situación de los pacientes y los familiares, nuestro objetivo, que no es más que mejorar la atención y realizar programas en los que se atiendan las necesidades biopsicosociales del enfermo.

Conclusiones

En pacientes con cáncer avanzado es fundamental mantener algunas medidas generales como realizar ejercicio acorde con su estado de salud, no dar prioridad al consumo de fibra ya que tiene que ir acompañado de una ingesta importante de líquido con la dificultad que esto puede representar, revisar la medicación, no posponer los deseos de ir al baño, procurar intimidad al enfermo.

Cuando se recetan opiáceos deben ir acompañados de laxantes, en principio como medida profiláctica, aunque a medida que se deteriore el estado de salud de la persona, los necesitará como parte del tratamiento de forma puntual.

Los laxantes deben administrarse en primer lugar por vía oral, si en 72 horas no hacen efecto, se procederá a administrarse por vía rectal. Nunca deben ser estos últimos la base del tratamiento para el estreñimiento.

La combinación más utilizada para el estreñimiento inducido por opiáceos en pacientes con cáncer avanzado es, un reblandecedor de heces como el docusato o la parafina y un estimulante como los senósidos o el bisacodilo para estimular el peristaltismo del colon.

Bibliografía

1. Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013, indicadores estadísticos básicos. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid 2013 [acceso el 21 de febrero de 2017]. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>

2. Jesús Vidal M, Fernández Portela J, Ruíz Cañete O, Dyci Méndez D, Izquierdo Martínez M. Informe 2014. Las personas mayores en España. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2015 [acceso el 20 de marzo de 2017]. Disponible en:

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf

3. Borquez P, Romero C. El paciente oncológico geriátrico. Rev Chil Cir [Internet]. 2007 Dic [citado 2017 Ago 02]; 59(6): 467-471. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000600015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000600015>.

4. SEOM: Sociedad Oncológica Médica. Las cifras del cáncer en España, 2016. 2016 [acceso el 18 de febrero de 2017]. Disponible en:

http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESP_2016.pdf

5. Mercadé MM, Boladeras RB. Cáncer. Neoplasias más frecuentes. Tratado de geriatría para residentes. International Marketing & Communication S.A. Madrid 2006. Pág 747 – 60.

6. WHO: World Health Organization. 2017. [acceso 25 de febrero de 2017]. Disponible en:

<http://www.who.int>

7. REDECAN: Red Española de Registros de Cáncer. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Madrid 2014 [acceso el 23 de febrero de 2017]. Disponible en:

<http://redecan.org/es/page.cfm?id=196&title=estimaciones-de-la>

8. SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. 2014 [acceso el 25 el marzo de 2017]. Disponible en:

<http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>

9. OMS: Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. 2015 [acceso el 23 de marzo de 2017].

Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es>

10. Lindberg G, Malfertheriner P, Thomsen O, Bustos Fernández L, Garish J. Estreñimiento, una perspectiva mundial. Organización Mundial de Gastroenterología. 2010 [acceso el 27 de marzo de 2017]. Disponible en:

<http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-spanish-2010.pdf>

11. Del Castillo Arévalo F. Cuidados a la persona con enfermedad terminal. 2003 [acceso el 23 de marzo de 2017]. Disponible en:

http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf

12. Cordero Ponce M, Romero Sánchez IM. Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. Rev Nure Inv. 2008 [acceso el 18 de marzo de 2017]. Disponible en:

<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/413>

13. Romero Ruíz A, Gómez Salgado J. Repercusiones físicas del cáncer. Control de síntomas y tratamiento de soporte. Madrid. FUDEN, 2009 ISBN 978-84-92834-22-8

14. Vallés Martínez MP, Casado Fernández N, García Salvador I, Manzanas Gutierrez A, Sánchez Sánchez L. Planes de cuidados estandarizados en enfermería dirigidos a pacientes y familia en procesos avanzados y terminales. Medicina Paliativa. 2011 [acceso el 12 de marzo de 2017]. Disponible en:

<http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CGuiaPlanesdeCuidadosdeEnfermeria.pdf>

15. MSC. Guía Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Servicio Central de Publicaciones. Victoria 2008 [acceso el 1 de marzo de 2017]. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf

16. Tamayo Valenzuela A, Díaz Zuluaga P. Disfunción intestinal opiácea en el paciente con cáncer. 2005 [acceso el 13 de febrero de 2017]. Disponible en:

http://anestesiaenmexico.org/RAM5/docs/disfuncion_intestinal.html

17. Pascual López L. Tratamiento de los síntomas digestivos. Aten Primaria 2006; 38 Supl 2:47-56

18. Vargas Torres M, Palomo Lloro AI, García Rodrigo R, Quirén Pereira R. Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo. Med Pal. 2011; 18(3): 112 – 20.

19. Candy B, Jones L, Larkin P, Vickerstaff V, Tookman A, Stone P. Laxantes para el tratamiento del estreñimiento en pacientes que reciben cuidados paliativos. Cochrane Database of systematic reviews. 2015 [acceso el 16 de febrero de 2017]. Disponible en:

<http://www.cochrane.org/es/CD003448/laxantes-para-el-tratamiento-del-estreñimiento-en-pacientes-que-reciben-cuidados-paliativos>

20. Argoff CE, Brennan MJ, Camilleri M, Davies A, Fudin J, Galluzi KE. Recomendaciones de consenso sobre el inicio de terapias de medicamentos para el estreñimiento inducido por opiáceos. 2015 Dec; 16 (12): 2324 – 2337. Doi 10.1111/pme12937.

21. Leyva Moral JM. Enfermos terminales. Control de los síntomas gastrointestinales: estreñimiento, náuseas y vómitos. Rol Enf. 2007; 30 (4): 267 – 74.

22. García Estrada MP. Cáncer y cuidados paliativos. Asociación Mexicana de Educación Continuada y a Distancia, AC. 2010 [acceso el 29 de marzo de 2017]. Disponible en:

<http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/13.%20Cancer%20y%20Cuidados%20Paliativos.pdf>

23. Wendy G A, Linn A F, Jay R H, Kimberly J, Michelle M, Bradley A S. Actualización en el hospital de cuidados paliativos. J Hosp Med. 2013 Dec; 8 (12). Doi 10.1002/jhm.2110.

24. Woelk CJ. Managing hiccups. Can Fam Physician. 2011 Jun; 57 (6): 672–675.

25. Garrigues Gil V, Mas Mercader P, Mora Miguel F, Mínguez Pérez F. Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica en estreñimiento crónico. Fundación Española de Aparato Digestivo. Valencia 2013 [acceso el 2 de marzo de 2017].

Disponible en: file:///C:/Users/Manu/Downloads/Guia_estrenimiento_1230.pdf

26. INFAC: Información farmacoterapéutica de la comarca. Estreñimiento y laxantes. Actualización. Euskadi 2015 [acceso el 15 de marzo de 2017].

Disponible en:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_10_este%3%B1imiento.pdf

27. Noguera A, Rey A. Pautas de actuación y seguimiento. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2016 [acceso el 15 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/290392744>

28. Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Control de síntomas. Cuidados paliativos. Control de síntomas. Madrid 2009 [acceso el 30 de marzo de 2017]. Disponible en:

<http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/05/Cuidados-paliativos.-control-de-sintomas.-Marcos-G%3%B3mez.pdf>