

10. ESTREÑIMIENTO / CONSTIPACIÓN

Dra. MARIELA BERTOLINO

● INTRODUCCIÓN

La constipación es altamente prevalente (50-95 %) en cuidados paliativos (CP). Alrededor del 90 % de los pacientes que reciben opioides fuertes y del 65% de los que no los reciben, requieren laxantes. A pesar de ser una importante causa de morbilidad, su importancia suele ser subestimada en el contexto de otros síntomas.

● ETIOLOGÍA

Sus causas son generalmente múltiples y pueden estar relacionadas con el tumor (invasión intestinal, carcinomatosis peritoneal, hipercalcemia, neuropatía autonómica), el estado general (inactividad, ingesta oral insuficiente, dificultad de acceso al baño), las drogas recibidas (opioides, anticolinérgicos, antiácidos, vincristina, ondansetrón, sulfato de bario, etc.) y las patologías concomitantes (diabetes, hipotiroidismo, compresión medular, etc.).

● COMPLICACIONES

Hiporexia, náuseas, vómitos, dolor abdominoperineal, hemorroides, fisuras anales, retención urinaria, pseudobstrucción intestinal, distensión abdominal y seudodiarrea.

● DIAGNÓSTICO

Con una minuciosa entrevista, más un examen físico que incluya el examen rectal y una Rx simple de abdomen se valora adecuadamente cada caso. Hay que investigar la frecuencia y las características de las deposiciones (heces duras, de pequeño volumen y difíciles de evacuar), factores predisponentes, síntomas asociados y tratamientos recibidos. Es importante hacer el diagnóstico diferencial entre constipación no complicada y constipación complicada con fecaloma u oclusión intestinal. El correcto diagnóstico requiere, en muchos casos, de cierto grado de suspicacia, ya que puede presentarse aún en pacientes que toman laxantes o que tienen deposiciones diarias.

Puntuación de constipación en una RX simple de abdomen : método no invasivo, de bajo costo, sensible y validado, particularmente útil en pacientes con trastornos cognitivos o en aquellos con un tacto rectal normal. Permite planear una estrategia terapéutica adaptada a cada caso. A cada segmento del colon (ascendente, descendente, trans-verso y rectosigmoides) se le da un puntaje según la cantidad de material fecal visible a la luz (0 = sin heces, 1 = heces ocupando menos del 50 %, 2 = heces ocupando más del 50 % y 3 = heces ocupando totalmente la luz). El puntaje total puede ir de 0 a 12. Un score $\geq 7/12$ indica constipación severa y, en consecuencia, requiere intervención.

● OPIOIDES Y CONSTIPACIÓN

Los efectos gastrointestinales de los opioides son frecuentes pero fáciles de prevenir y de manejar con tratamientos apropiados. Sin embargo, algunos estudios muestran que menos del 50 % de los pacientes cumplen la recomendación del tratamiento laxante. Cuando no se realiza la prevención adecuada, la constipación suele ser causa de interrupción del tratamiento analgésico. Todos los pacientes que reciben opioides deben recibir laxantes sistemáticamente desde el inicio de la terapéutica. La recomendación adicional del farmacéutico de realizar necesariamente el tratamiento laxante junto con la medicación opioide, refuerza la prescripción y aumenta la adherencia al mismo.

Pocos estudios comparativos se han hecho en relación a los efectos digestivos de los distintos opioides. Sin embargo algunos opioides como la metadona y el fentanilo transdérmico parecen producir menor constipación y, consecuente, menor necesidad de uso de laxantes.

El síndrome de colon opioide es poco frecuente y se caracteriza por una gran distensión abdominal que puede llegar hasta el íleo paralítico. Se produce al administrar opioides orales, probablemente en pacientes que tienen otros factores de riesgo.

● PREVENCIÓN

Mantener un buen control de otros síntomas que puedan interferir con la defecación (dolor abdomino-perineal, etc), favorecer un ambiente adecuado (privacidad, silla sanitaria) y administrar laxantes, preventivamente, al indicar drogas que producen constipación.

● TRATAMIENTO LAXANTE

Pocos estudios controlados se han realizado en la población de pacientes con enfermedad avanzada y las recomendaciones terapéuticas se basan en extrapolaciones de otras poblaciones y en las indicaciones de expertos.

La elección del esquema laxante depende de la disponibilidad de drogas en cada país, del costo y de las presentaciones farmacéuticas (comprimidos, gotas, jarabes, supositorios, etc.) apropiadas para cada paciente por sus hábitos, gusto o por su situación clínica (ej. afagia). Generalmente se necesita la combinación de dos laxantes orales con medidas rectales (supositorios o enemas).

La dosis debe ser titulada hasta encontrar un buen equilibrio entre efecto deseado (catarsis sin dificultad cada 2 ó 3 días) y efectos secundarios (dolor, diarrea). El inicio del efecto de la mayoría de los laxantes es de 48 a 72 hrs. después de comenzado el tratamiento.

Todos los laxantes producen aumento del peristaltismo y disminución de la consistencia de las heces, si bien cada uno posee un mecanismo de acción predominante. Entre los más utilizados en CP se encuentran:

- + **Surfactantes**_docusato de sodio, ablandador fundamentalmente. Dosis: 300-1200 mg/d.
- + **Estimulantes**_sena (15-90 mg/d), picosulfato de sodio (5-10 mg/d), dantrona (50-150 mg/d), bisacodilo (10-20 mg/d). Pueden producir algunos dolores cólicos, que se tratan disminuyendo la dosis o asociando ablandadores. La dantrona tiene riesgo de hepatotoxicidad.
- + **Osmóticos**_lactulosa, sorbitol, etc. Dosis: 15-90 ml/d. El inconveniente es el gusto azucarado y a dosis altas, la producción de distensión abdominal y flatulencia.
- + **Salinos**_sales de magnesio. Dosis: 1-3 g/d. Tienen efecto osmótico y estimulante de peristaltismo. A dosis bajas son bien tolerados; a dosis altas pueden producir diarreas y en pacientes con insuficiencia renal, desequilibrios hidroelectrolíticos.
- + **Soluciones de polietilenglicol**_Emerge como importante agente eficaz y seguro en la constipación crónica y en el tratamiento de fecalomas. Dosis: 0.25 a 1 litro/día.
- + **Antagonistas opioides**_Son medicamentos costosos y si bien los datos resultan promisorios, se necesitan estudios clínicos más amplios para recomendar su utilización. Aun por vía oral, la naloxona puede causar síndrome de abstinencia. La metilnaltrexona, en cambio, tiene acción exclusivamente periférica. Previene y revierte la constipación por opioides sin causar síndrome de abstinencia ni aumento del dolor. Es efectiva por distintas vías: oral, subcutánea e intravenosa. Los laxantes como la parafina líquida y las fibras no están recomendados para esta población.

● MANIOBRAS RECTALES

Supositorios (glicerina o laxantes estimulantes) y/o enemas de distinto tipo y volumen están indicados cuando no se logra obtener la deposición con laxantes orales. Las enemas se pueden aplicar con una guía de suero que permita regular el goteo lentamente en 1 hora. Ejemplos de algunas formulaciones: a) 500 ml de retención de aceite seguidas de enemas de agua y jabón o agua y sal gruesa. b) 150 ml de agua oxigenada 10 vol. + 350 ml de solución fisiológica.

● ESQUEMAS LAXANTES POSIBLES

Esquema_1: Sena 2-4 cápsulas 1 a tres veces por día. ml/d +Docusato de sodio : 1-2 cápsulas tres a cuatro veces por día.

Esquema_2: Lactulosa 15-20 ml 3 veces / d o Leche de Magnesia 1 cucharada/d + Sena o Bisacodilo 2-4 capsulas 1 a 3 veces por día.

En todos los casos si no hay catarsis cada 3 días :1 supositorio de bisacodilo (10 mg) o una microenema (5 ml) (acción en 15-60 minutos) y evaluar necesidad de aumentar laxantes de base.

Si no se logra el efecto deseado, dar una enema de fosfato volumen pequeño o indicar enemas de mayor volumen a ritmo de infusión lento.

● FECALOMA

El 90 % ocurre en el recto, pero puede ser en colon ascendente, descendente o sigmoide. Luego de verificar la existencia de heces bajas o altas con el examen rectal y/o la RX simple de abdomen y descartar una oclusión intestinal, se administrarán enemas de gran volumen (1l) en el primer caso (colon ascendente) o laxantes potentes orales como sales de magnesio (hasta 250 ml/24 hrs.) o solución de polietilenglicol (hasta 1 litro/24 hrs.), con posibilidad de repetirse durante los 48 hrs. subsiguientes, si no hay respuesta. Ante el fracaso de las medidas anteriores, si se necesita hacer la extracción manual del fecaloma, se debe considerar la utilización de dosis de rescate de analgésicos o maniobras de sedación transitorias (midazolam).

● SÍNDROMES DE COMPRESIÓN MEDULAR Y DE COLA DE CABALLO

En ambos casos hay que individualizar un régimen que permita heces de consistencia blanda a través del uso de laxantes orales asociados a maniobras rectales planifica-

das (supositorios estimulantes en el primero y enemas en el segundo) que prevengan la incontinencia permanente en pacientes sin sensibilidad rectal.

● **ALGUNAS NOCIONES PARA LOS PACIENTES Y FAMILIARES**

- + La adherencia al tratamiento es fundamental para lograr los objetivos y ella depende, en gran medida, de la comprensión de las recomendaciones y de la aclaración de conceptos erróneos como:
 - + *Si una persona enferma no se alimenta bien, es normal que no tenga deposiciones:* aun ingiriendo escasa cantidad de alimentos y líquidos se produce formación de materia fecal que, con el tránsito intestinal enlentecido, permite una mayor absorción de agua intestinal con el consiguiente endurecimiento de las heces con la posibilidad de un fecaloma.
 - + *“Mi hábito intestinal es muy regular, aunque tome analgésicos, no tomaré laxantes hasta que esto se altere”:* la aparición de la constipación suele hacerse evidente a través de complicaciones más molestas como el fecaloma y sus tratamientos son mucho más incómodos que la prevención.

● **ETAPA FINAL DE LA VIDA**

Es importante brindar información al paciente, a su familia y a los equipos tratantes sobre la importancia de mantener un tránsito intestinal regular, aun en estadios muy avanzados de la evolución de la enfermedad, cuando la posibilidad del cumplimiento del tratamiento de la constipación es menor. Los objetivos es lograr un equilibrio entre la prevención de las complicaciones asociadas a la constipación y la carga de los tratamientos. Cuando se ha iniciado el proceso de agonía solo se tratará la constipación en caso de que esta produzca síntomas importantes (ej fecaloma con dolor o tenesmo).

● **CONCLUSIÓN**

Por ser un síntoma tan frecuente, se debe hacer hincapié en la educación del paciente, la familia y los agentes de salud sobre su prevención y la sistematización del tratamiento.

Lecturas recomendadas

- 1_Bruera E, Suárez-Almazor M, Velasco A, MacDonald S, Bertolino M, Hanson J. (1994) *The assessment of constipation in terminal cancer patients admitted to a palliative care unit : a retrospective review.* J Pain Symptom Manage; 9 (8) : 515-519.
- 2_Sykes N. *Constipation and diarrhea.* (1993) *En Oxford Textbook of Palliative Medicine.* Doyle D, Hanks G, MacDonald N (eds.), Oxford Medical Publications, 4.3 : 299-310.
- 3_Sykes NP. (1998) *The relationship between opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients.* Palliat Med., Sep; 12(5): 375-82.
- 4_Yuan CS, Foss JF. (2000) *Oral methylnaltrexone for opioid-induced constipation.* JAMA., Sep 20; 284(11):1383-

