

¿Cómo manejar constipación, náuseas y vómitos en Cuidados Paliativos?

Autor: Dra. María Paz Pacheco A. Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora M. Docente Departamento Medicina Familiar PUC

23 de Abril de 2019

Resumen de portada:

El envejecimiento poblacional, ha traído consigo un aumento en el número de pacientes con necesidades de cuidados paliativos, siendo uno de sus pilares mantener el confort y calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. Esto último se ve entorpecido por la presencia de síntomas como constipación, náuseas y vómitos. Por esto, es importante conocer el manejo de estos síntomas, los que podemos abordar desde atención primaria.

Palabras claves: síntomas gastrointestinales, cuidados paliativos, constipación, vómitos, medicina familiar, APS.

¿Cómo manejar constipación, náuseas y vómitos en Cuidados Paliativos?

Autor: Dra. María Paz Pacheco A. Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora M. Docente Departamento Medicina Familiar PUC

23 de Abril de 2019

Introducción

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores cuando afrontan una enfermedad potencialmente mortal. La necesidad mundial de cuidados paliativos (CP) seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población¹. Estos pacientes presentan múltiples síntomas que provocan disconfort físico, emocional y social, llevando finalmente a afectar la calidad de vida de ellos y de sus cuidadores². Un estudio multicéntrico prospectivo realizado en pacientes con cuidados paliativos evaluó los síntomas durante las últimas semanas de vida donde se presentaron constipación, náuseas y vómitos con prevalencia de 55,1%, 13,1% y 10,2%, respectivamente³. Además, la presencia de estos síntomas provoca consultas al Servicio de Urgencias, las cuales en un 44-55% habrían sido evitables con educación del paciente y familia o consulta oportuna al tratante, representando la constipación el segundo lugar de los diagnósticos de alta evitables a consultar al Servicio de Urgencias⁴.

Constipación

Aún no hay consenso sobre la definición de constipación, por lo que la prevalencia de este síntoma es variable, encontrándose en 18-90% de los pacientes con cáncer dependiendo de la definición utilizada⁵. Por otra parte, existe múltiple variedad de síntomas al presentarse la constipación, desde la presencia de deposiciones duras e infrecuentes, como sensación de evacuación incompleta, disconfort abdominal, disminución del apetito y pseudodiarrea⁶. Para poder hacer una evaluación correcta, los siguientes aspectos son relevantes⁷:

Historia	Examen Físico
Patrón previo de tránsito intestinal	Abdominal: distensión, sensibilidad, RHA, masas
Uso habitual de laxantes o enemas	Tacto rectal: Evaluar patología anal: hemorroides, fisuras, fístulas
Fecha de último movimiento intestinal	Descartar impactación
Sensación de evacuación	
Dolor abdominal, gases, náuseas y vómitos	
Incontinencia fecal	

RHA = ruidos hidroaereos

Entre los factores de riesgo relevantes en esta población se encuentran: inmovilidad prolongada, baja ingesta de alimentos, cambios ambientales, lesión neurológica, alteraciones metabólicas y fármacos. Dentro de este último factor, el más relevante es el uso de opioides, el cual aumenta la contracción de musculatura circular, llevando a su vez a dolor tipo cólico y disminución de peristalsis, lo que provoca disminución del tránsito intestinal y un aumento de la absorción de fluido intestinal, formando así deposiciones duras y secas, para finalmente generar un aumento del tono del esfínter anal y disminución de la sensibilidad a la distensión ano rectal.

Respecto a formas estandarizadas para evaluar constipación, es posible utilizar la Escala de Bristol, pero se le da gran relevancia a la valoración del paciente, siendo una de las formas para realizarla el **índice de función intestinal**, que es una herramienta de seguimiento de constipación. Se evalúa de 0 a 100, representando 0 la menor molestia y 100 molestia severa, consultando por la facilidad para tener deposiciones, sensación de evacuación incompleta y qué tan constipado se ha sentido⁷.

Es de vital importancia tener presente durante la evaluación la sospecha diagnóstica de Obstrucción Intestinal, la que tiene una prevalencia 3-15% en pacientes con cáncer, siendo mayor en cáncer ginecológico (5-51%) y gastrointestinal (10-28%), disminuyendo la supervivencia en 30-90 días. Los síntomas son los de una obstrucción habitual presentando: náuseas y vómitos, dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, constipación y diarrea⁸.

Se presenta a continuación la Guía ESMO (European Society for Medical Oncology) Práctica Clínica para el diagnóstico, evaluación y manejo de constipación en cáncer avanzado, la que representa un resumen de la evidencia y consenso de expertos para el manejo de constipación en este grupo de pacientes⁹:

Recomendación	Evidencia
Todo paciente con cáncer debe ser evaluado por constipación	VB

(Percepción del paciente, factores de riesgo y examen físico).

Prevención con medidas generales. VB

Preferir laxante Osmótico (PEG, Lactulosa) o Estimulante (Picosulfato de sodio). VC

Todo paciente que reciba analgesia opiode se le debe indicar laxante, excepto contraindicado. VB

Tratamiento de CIO preferir laxante osmótico o estimulante. VB

Combinación de opiáceo y naloxona disminuye riesgo de OIC IIB

PEG: Polietilenglicol. CIO: Constipación inducida por opioides. II: RCT pequeño o grande con sospecha de sesgo o meta análisis de esos estudios con heterogeneidad. V: Estudios sin grupo control, reporte de casos, opinión de experto. B: Evidencia fuerte a moderada de efectividad pero con beneficio clínico limitado. Recomendación general. C: Evidencia insuficiente de eficacia o beneficio que no sobrepasa el riesgo o desventajas (costo, efectos adv., etc). Opcional.

Vómitos y Náuseas

Estos síntomas se presentan frecuentemente en los pacientes en cuidados paliativos, con una prevalencia del 36% al ingreso a cuidados paliativos y 62 % uno a dos meses antes de la muerte, de ellos 10-25% de intensidad moderada-severa. Respecto a los factores causales, destaca el efecto secundario de los opioides, provocando en un 19% náuseas y 40% vómitos, en su mayoría presentando tolerancia a los días y semanas. El efecto de la quimioterapia y radioterapia va a depender del agente utilizado y como se dijo anteriormente, siempre tener en cuenta la posibilidad de estar frente a una obstrucción intestinal maligna¹⁰.

Como forma de evaluación se puede utilizar la Escala de Evaluación de Edmonton (ESAS), dentro de la cual se categoriza de 0 a 10 la intensidad del síntoma, siendo una de las formas propuestas por la Guía de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud aplicarse en cada control¹¹.

Se presenta a continuación, la Guía de Práctica Clínica para el manejo de náuseas y vómitos en pacientes en quimio y radioterapia y por cáncer avanzado, que representa un resumen de la evidencia y consenso de expertos¹².

Recomendación	Evidencia MASCC	ESMO
En pacientes con cáncer avanzado, sin sospecha de OIM elegir Metoclopramida	Consenso: alto Confianza: mod	III C
Medidas alternativas: Haloperidol o Olanzapina	Consenso: alto Confianza: baja	V D
En OIM se recomienda Octeótride horario junto con antiemético convencional (Haloperidol)	Consenso: alto Confianza: alto	II A
Si terapia no es efectiva, usar Buscapina y/o corticoide como terapia adyuvante o alternativa	Consenso: alto (mod a corticoide) Confianza: mod	IV D
Metoclopramida debe ser utilizado con precaución en	Consenso: bajo,	V D

OIM: Obstrucción intestinal maligna. MASCC: Multinational Association for Supportive Care in Cancer ESMO: II: RCT pequeño o grande con sospecha de sesgo o meta análisis de esos estudios con heterogeneidad III: Estudio cohorte prospectivo. IV: Estudio cohorte retrospectivo, caso-control. V: Estudios sin grupo control, reporte de casos, opinión de experto. A: Evidencia fuerte de eficacia con sustancial beneficio. Fuertemente recomendado. C: Evidencia insuficiente de eficacia o beneficio que no sobrepasa el riesgo o desventajas (costo, efectos adversos., etc). Opcional. D: Evidencia moderada en contra la efectividad o outcome adverso. Generalmente no recomendado.

Conclusiones:

La evidencia disponible para respaldar la prevención y tratamiento de constipación, náuseas y vómitos en los pacientes que se encuentran en cuidados paliativos, en general es de moderada a baja calidad, basando la práctica en la evidencia disponible y consenso de expertos. Los síntomas mencionados se presentan frecuentemente en estos pacientes, es por esto que es de gran importancia tener una visión preventiva y estar constantemente evaluando su presencia, para así poder evitar deterioro de la calidad de vida e iniciar las medidas adecuadas. En Atención Primaria se encuentran algunos medicamentos que se presentan en las guías, los que se transforman en una herramienta disponible para poder aliviar a nuestros pacientes que se encuentran en estas condiciones.

Bibliografía

- ¹ OMS Cuidados Paliativos 2018. (Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Consultado el: 10 de Mayo 2019)
- ² Palma, A., Taboada, P., & Nervi, F. (2010). *Medicina paliativa y cuidados continuos*. Ediciones UC. Capítulo 12 147-168
- ³ Conill, C., Verger, E., Henríquez, I., Saiz, N., Espier, M., Lugo, F., & Garrigos, A. (1997). Symptom prevalence in the last week of life. *Journal of pain and symptom management*, 14(6), 328-331.
- ⁴ Delgado-Guay, M. O., Kim, Y. J., Shin, S. H., Chisholm, G., Williams, J., Allo, J., & Bruera, E. (2015). Avoidable and unavoidable visits to the emergency department among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 49(3), 497-504.
- ⁵ Erichsén, E., Milberg, A., Jaarsma, T., & Friedrichsen, M. J. (2015). Constipation in specialized palliative care: prevalence, definition, and patient-perceived symptom distress. *Journal of palliative medicine*, 18(7), 585-592.
- ⁶ Dalal, S., Fabbro, E. D., & Bruera, E. (2006). Symptom control in palliative care—Part I: oncology as a paradigmatic example. *Journal of palliative medicine*, 9(2), 391-408.
- ⁷ Diagnosis, Assessment and Management of Constipation in Advanced Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines Ann Oncol (2018) 29 (Suppl 4): iv111–iv125 P. J. Larkin, N. I. Cherny, D. La Carpia, M. Guglielmo, C. Ostgathe, F. Scotte & C. I. Ripamonti, on behalf of the ESMO Guidelines Committee
- ⁸ Ripamonti, C., & Bruera, E. (2002). Palliative management of malignant bowel obstruction. *International Journal of Gynecological Cancer*, 12(2), 135-143
- ⁹ Larkin, P. J., Cherny, N. I., La Carpia, D., Guglielmo, M., Ostgathe, C., Scotté, F., ... & ESMO Guidelines Committee. (2018). Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(Supplement_4), iv111-iv125.

¹⁰ Glare, P., Miller, J., Nikolova, T., & Tickoo, R. (2011). Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clinical interventions in aging*, 6, 243.

¹¹ Ministerio de Salud (MINSAL). (2011). Guía clínica AUGE: Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. *Serie Guías Clínicas MINSAL*.

¹² Roila, F., Molassiotis, A., Herrstedt, J., Apro, M., Gralla, R. J., Bruera, E., ... & Hesketh, P. J. (2016). 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Annals of Oncology*, 27(suppl_5), v119-v133.