



ORIGINAL

Prevalencia del estreñimiento en una población de pacientes oncológicos, en seguimiento por el equipo de cuidados paliativos

Lluís Admella¹, Diana Carolina Forero², Luis Renato May², Concepción Palomar³, Blanca Bosch³, Pilar Blanco² y María Nabal^{*3}

¹Universidad de Lleida. Lleida. España. ²Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Santa María. GSS. Lleida, España. ³Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. ICS. Lleida, España

Recibido el 11 de agosto de 2022

Aceptado el 27 de julio de 2023

PALABRAS CLAVE

Estreñimiento,
cuidados paliativos.

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia del estreñimiento en una población de pacientes oncológicos en seguimiento por el equipo de cuidados paliativos. Describir los tratamientos utilizados para el estreñimiento; comparar la frecuencia de estreñimiento según el tratamiento opioide.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, observacional y transversal. Realizado íntegramente en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida. Se utilizó un cuestionario heteroadministrado para entrevistar a pacientes en régimen ambulatorio y hospitalario, con diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada, y en seguimiento por el equipo de cuidados paliativos durante un mínimo de 5 días.

Variables: La prevalencia de estreñimiento se valoró mediante la aplicación de los criterios Roma IV. Por otra parte, se registraron variables correspondientes a las características basales de los pacientes y a su enfermedad, así como los distintos tratamientos utilizados para combatir el estreñimiento y los fármacos opioides. Para la descripción de variables cualitativas, se utilizaron las frecuencias absoluta y relativa, y para las cuantitativas la media y la desviación típica; para la comparación de las mismas se utilizó el test de Chi cuadrado y la t de Student cuando procedía, con un nivel de significación de 0,05.

Resultados: De los 100 pacientes incluidos, 98 fueron aptos para el análisis. Un 19,4 % cumplía los criterios Roma IV de estreñimiento en el momento de la valoración. La proporción de pacientes con diagnóstico de estreñimiento fue mayor en régimen hospitalario sin que esta variable alcanzara la significación estadística. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de estreñimiento entre los distintos tratamientos opioides. El

*Autor para correspondencia:

María Nabal

Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Avda. Alcalde Rovira Roure, n.º 80. 25198, Lleida, España
Correo electrónico: mnabalv@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2023.1368/2022>

e-ISSN: 2340-3292/© 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

53,1 % de los pacientes seguía tratamiento habitual con algún laxante, siendo el más frecuente el hidróxido de magnesio (48,1 %), y solo un 11,5 % recibía tratamiento con más de un laxante.

Conclusiones: El estreñimiento sigue siendo un síntoma con una prevalencia no despreciable entre los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, lo que subraya la necesidad de conocer y aplicar las principales estrategias preventivas, así como realizar una evaluación meticulosa y un tratamiento cuando sea oportuno.

KEYWORDS

Constipation,
palliative care.

Prevalence of constipation in a cancer patient population followed up by a palliative care team

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of constipation in oncological patients under follow-up by a palliative care team. To describe the treatments used for constipation, comparing the frequency of constipation according to opioid therapy status.

Material and methods: An epidemiological, observational, cross-sectional study. It was completely carried out at the Arnau de Vilanova University Hospital (HUAV) in Lleida. A researcher-administered questionnaire was used to interview outpatients and inpatients diagnosed with advanced cancer disease, and followed up by a palliative care team for a minimum of 5 days.

Variables: The prevalence of constipation was assessed by applying the Rome IV criteria. On the other hand, variables corresponding to the baseline characteristics of the patients and their disease were recorded, as were the different treatments used to combat constipation and the use of opioid drugs. Concerning qualitative variables, the absolute and relative frequencies were used; for quantitative variables, the mean and standard deviation were used. For comparisons, the chi-square test and Student's t-test were used when appropriate, with a significance level of 0.05.

Results: Of all 100 patients included, 98 were eligible for the analysis; 19.4 % met the Roma IV criteria for constipation at the time of assessment. No statistically significant differences were detected in the prevalence of constipation between different opioid treatments. Even though the proportion of constipated patients was higher among inpatients, this was not statistically significant. In all, 53.1 % of patients were on regular treatment with some laxative, the most frequent being magnesium hydroxide (48.1 %), and only 11.5 % received treatment with more than one laxative.

Conclusions: Taking into consideration all the previous information, constipation continues to be a symptom with a non-negligible prevalence among patients with advanced cancer disease, which underlines the need to understand and apply the main preventive strategies available, as well as to carry out a meticulous evaluation and treatment when appropriate.

Admella L, Forero DC, Renato May L, Palomar C, Bosch B, Blanco P, et al. Prevalencia del estreñimiento en una población de pacientes oncológicos, en seguimiento por el equipo de cuidados paliativos. *Med Paliat.* 2023;30:127-133.

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es un síntoma muy frecuente entre los pacientes oncológicos que requieren cuidados paliativos. La prevalencia de esta afección es variable en función del tipo de enfermedad oncológica, del estadio de la misma, de sus antecedentes y de los fármacos que requieren; por este motivo, en la literatura se encuentra un rango de prevalencias muy amplio (40-80 %)¹, llegando hasta el 90 % en pacientes con enfermedad avanzada que reciben tratamiento con opioides².

La valoración del estreñimiento implica un gran componente subjetivo. El término "estreñimiento" tiene diferentes connotaciones entre distintas personas, encontrando diferencias culturales/sociales en la consideración de esta afección. Con el objetivo de superar estas dificultades y poder desarrollar un lenguaje común, tanto en clínica como en investigación, en el año 2016 se estableció un consenso³, los criterios Roma IV. Estos criterios permiten realizar, de forma sencilla, una primera aproximación al diagnóstico de estreñimiento. Existen otras escalas que intentan establecer la presencia y la intensidad del estreñimiento que son útiles para la investigación,

pero incómodas en el uso clínico diario, aunque pueden tener utilidad para sensibilizar al paciente sobre el síntoma y mejorar la comunicación entre pacientes y clínicos; entre ellas cabe destacar: Escala de Bristol, Constipation Assessment Scale, Constipation Visual Analogue Scale, o la Eton Scale Risk Assessment for Constipation⁴.

Para la situación específica del estreñimiento inducido por opioides se ha desarrollado la escala "Bowel Function Index" (BFI). Se trata de una escala menos conocida fuera del ámbito de los cuidados paliativos pero fácil de usar, ya que solo consta de 3 ítems y ha sido validada en clínica⁵.

La etiología del estreñimiento en este tipo de pacientes es multifactorial⁶ (enfermedad oncológica, tratamiento para la misma, inmovilización, alteraciones psicológicas, efecto secundario de determinados fármacos, etc.). Uno de estos factores es el uso de opioides, de los cuales se conoce que actúan a nivel periférico en el tracto gastrointestinal disminuyendo la motilidad y las secreciones digestivas, causando lo que se conoce como disfunción intestinal provocada por opioides⁷, de la cual el síntoma más frecuente es el estreñimiento.

El estreñimiento afecta física, psicológica y socialmente a los pacientes y a sus familias⁸. Un abordaje adecuado debe intentar prevenir su aparición, realizar un diagnóstico precoz e iniciar un tratamiento con medidas farmacológicas y no farmacológicas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar la aparición de complicaciones.

Es por todo ello por lo que ponemos en marcha el presente estudio con el objetivo general de determinar la prevalencia de estreñimiento en una población de pacientes oncológicos en seguimiento por un equipo de cuidados paliativos. Como objetivos específicos nos planteamos describir los principales tratamientos utilizados para el abordaje del estreñimiento y determinar la relación entre el estreñimiento y el uso de opioides.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico observacional y transversal mediante un cuestionario heteroadministrado a un total de 100 pacientes en seguimiento por el equipo de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Este trabajo constituye un estudio piloto dentro de un trabajo más amplio sobre estreñimiento en cuidados paliativos. Inicialmente exploramos la situación del estreñimiento en los pacientes que llegaban a cuidados paliativos, también como un trabajo piloto con una muestra de 100 pacientes. Hemos querido en este segundo trabajo valorar la situación del estreñimiento en pacientes en seguimiento por un equipo de cuidados paliativos. Para poder establecer comparaciones utilizamos el mismo tamaño muestral. Se trataba de una muestra por conveniencia.

Se seleccionaron pacientes en régimen hospitalario y ambulatorio, mayores de 18 años, con enfermedad oncológica avanzada y en seguimiento por el equipo durante un tiempo superior a 5 días. Para evitar factores de confusión, se excluyeron aquellos pacientes en situación de final de vida, pacientes en dieta absoluta, alteración cognitiva (Pfeiffer ≥ 5 errores), barrera idiomática, oclusión intestinal y aquellos pacientes portadores de colostomía o ileostomía.

La variable principal del estudio fue la prevalencia de estreñimiento (definida por los criterios de Roma IV). Como variables secundarias se tuvieron en cuenta variables demográficas (edad y sexo de los pacientes), variables referidas a antecedentes de estreñimiento y la enfermedad oncológica (neoplasia principal, estadio y tratamiento oncológico), variables referidas a la repercusión de la enfermedad en la autonomía de los pacientes (escala ECOG, PPS e índice de Barthel) y variables referidas a otra sintomatología concomitante (náuseas, vómitos, dolor y distensión abdominal). Referente al tratamiento farmacológico, se recogió información acerca del tratamiento con opioides (tipo de opioide, duración del tratamiento, dosis equivalente de morfina diaria y vía de administración) y del uso de laxantes (número y tipos de laxantes, dosis y grado de cumplimiento del tratamiento).

Los datos se recogieron entre mayo de 2019 y marzo de 2020, y se almacenaron en hojas de registro anonimizadas.

Las variables cualitativas fueron descritas mediante las frecuencias absoluta y relativa, mientras que para las variables cuantitativas se utilizó la mediana y el intervalo intercuartílico (variables que no siguen distribución normal según prueba de Kolmogorov-Smirnov). Para la comparación de variables entre grupos (con y sin estreñimiento) se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado y de Mann-Whitney según tipo. Se realizó un análisis de regresión logística univariante y multivariante con el cálculo de odds ratios con IC del 95 %. En el modelo multivariante se introdujeron las variables que alcanzaron significación estadística en el análisis univariante y se utilizó un sistema de selección por pasos para la selección definitiva de los factores que se asociaron con la presencia de estreñimiento. Para el análisis estadístico se empleó el software IBM SPSS (versión 29.0). El nivel de significación se estableció en una p de 0,05.

Este estudio fue autorizado por el Comité de Ética para la Investigación y Medicamentos (CEIM) (Acta 27-3-19. Código CEIC:2056).

RESULTADOS

De los 100 pacientes entrevistados, 98 fueron aptos para el análisis. En el momento de nuestra valoración, un 19,4 % de los pacientes cumplía los criterios Roma IV de estreñimiento, aunque un 39,8 % refirió haber presentado este síntoma durante su enfermedad.

Las características sociodemográficas y clínicas básicas de los pacientes que participaron en el presente estudio se pueden ver en la Tabla I.

La Tabla II resume los trastornos gastrointestinales que presentaron estos pacientes, además de los tratamientos con opioides y laxantes.

La Tabla III recoge la relación entre el estreñimiento y otras variables del estudio, así como el nivel de significación estadística que existe entre ellas.

DISCUSIÓN

El presente trabajo ha permitido establecer la prevalencia de estreñimiento en pacientes oncológicos en seguimiento por un equipo de cuidados paliativos, según los criterios Roma IV. La prevalencia de estreñimiento en el momento de la entre-

Tabla I. Características demográficas del grupo de estudio (n = 98). Según presencia de estreñimiento.

Variable	Todos N = 98	Estreñimiento N = 19	No estreñimiento N = 79	Valor de p
Edad (años)	66 (59-75)	72 (63-73)	65 (58-77)	0,418
Sexo (% masculino)	68 (69,4)	12 (63,2)	56 (70,9)	0,512
Tiempo de seguimiento				0,109
< 1 mes	33 (33,7)	9 (47,4)	24 (30,4)	
1-3 meses	22 (22,4)	6 (31,6)	16 (20,3)	
3-6 meses	12 (12,2)	1 (5,3)	11 (13,9)	
6-12 meses	13 (13,3)	3 (15,3)	10 (12,7)	
> 12 meses	18 (18,4)	0 (0,0)	18 (22,8)	
Lugar de visita				0,044
Consultas externas	61 (62,2)	8 (42,1)	53 (67,1)	
Planta hospitalización	37 (37,8)	11 (57,9)	26 (32,9)	
Presencia de cuidador eficaz	78 (79,6)	15 (78,9)	63 (78,7)	0,938
Enfermedad oncológica				0,638
Pulmón	29 (29,6)	3 (15,8)	26 (32,9)	
Otorrinolaringológica	12 (12,2)	3 (15,8)	9 (11,4)	
Páncreas	11 (11,2)	2 (10,5)	9 (11,4)	
Cáncer urotelial	5 (5,1)	0 (0,0)	5 (6,3)	
Gástrico	5 (5,1)	2 (10,5)	3 (3,8)	
Próstata	4 (4,1)	1 (5,3)	3 (3,8)	
Cérvix	3 (3,1)	1 (5,3)	2 (2,5)	
Colon	3 (3,1)	2 (10,5)	1 (1,3)	
Esófago	3 (3,1)	1 (5,3)	2 (2,5)	
Recto	3 (3,1)	1 (5,3)	2 (2,5)	
Tumor de origen desconocido	3 (3,1)	0 (0,0)	3 (3,8)	
Endometrio	2 (2,1)	1 (5,3)	1 (1,3)	
Hepatocarcinoma	2 (2,1)	0 (0,0)	2 (2,5)	
Mama	2 (2,1)	0 (0,0)	2 (2,5)	
Cáncer cutáneo	2 (2,1)	1 (5,3)	1 (1,3)	
Renal	2 (2,1)	0 (0,0)	2 (2,5)	
Biliar	1 (1,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	
Canal anal	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	
Duodeno	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	
Mesotelioma	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	
Ovario	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	
Tiroides	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	
Vejiga	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	
Estadio				0,532
II	5 (5,1)	0 (0,0)	5 (6,3)	
III	14 (14,3)	4 (21,1)	10 (12,7)	
IV	79 (80,6)	15 (78,9)	64 (81,0)	
Tratamiento oncológico				0,799
Ninguno	31 (31,6)	8 (42,1)	23 (29,1)	
Quimioterapia	47 (48,0)	8 (42,1)	39 (49,4)	
Inmunoterapia	7 (7,1)	2 (10,5)	5 (6,3)	

(Continúa en la página siguiente)

Tabla I (Cont.). Características demográficas del grupo de estudio (n = 98). Según presencia de estreñimiento.

Variable	Todos N = 98	Estreñimiento N = 19	No estreñimiento N = 79	Valor de p
Tratamiento oncológico				0,799
Quimio-radioterapia	8 (8,2)	1 (5,3)	7 (8,8)	
Radioterapia	4 (4,1)	0 (0,0)	4 (5,1)	
Tratamiento hormonal	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	
Índice de Barthel				0,578
Dependencia total	5 (5,1)	2 (10,5)	3 (3,8)	
Dependencia severa	3 (3,1)	1 (5,3)	2 (2,5)	

Valores expresados como n (porcentaje) o mediana (rango intercuartílico).

Valor de p: con test de Chi cuadrado o test de Mann-Whitney.

vista fue inferior al 20 % (19,38 %), aunque aproximadamente el doble de pacientes refirieron haber presentado este síntoma a lo largo de la enfermedad. Este dato no es despreciable, aunque es inferior a la prevalencia que podemos encontrar en la bibliografía⁹⁻¹¹. Los datos disponibles ponen de manifiesto que la prevalencia de esta afección es muy variable en función de las características de la población estudiada y de los tratamientos aplicados, alcanzando prevalencias del 90 %². Posiblemente, la larga trayectoria de los profesionales del equipo de cuidados paliativos y la veteranía del personal de enfermería, muy sensible a este síntoma, desempeña un papel fundamental en su prevención, diagnóstico y tratamiento precoz, y seguramente es la clave de la baja prevalencia de este síntoma en la serie analizada.

La proporción de pacientes con diagnóstico de estreñimiento fue mayor en régimen hospitalario. Esto puede deberse a que en el curso de una desestabilización clínica o reagudización de los problemas la sensibilidad de profesionales sanitarios y pacientes hacia el estreñimiento disminuye y solo cuando el problema agudo se solventa le prestamos atención. La falta de una unidad específica de cuidados paliativos, en nuestro hospital, puede explicar, en parte, este dato. Como equipo de soporte trabajamos en todas las unidades de hospitalización con sensibilidades muy diferente por este síntoma y su impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Puede sorprender que la mayoría de los pacientes que presentan estreñimiento sean hombres cuando en la literatura aparece que son las mujeres las que tienen más riesgo de estreñimiento. Nuestro trabajo no es capaz de responder a esta cuestión, ya que describe lo que aparece en una visita de seguimiento. No obstante, podemos intuir que las mujeres, más sensibilizadas con el problema del estreñimiento, son más sensibles a su prevención y probablemente más responsables en el uso de laxantes.

Aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de seguimiento por el equipo de cuidados paliativos y la prevalencia de estreñimiento, llama la atención que los pacientes con seguimientos inferiores a 30 días constituyeron casi la mitad de los pacientes con estreñimiento (47,9 %); ningún paciente con un seguimiento superior a un año presentaba estreñimiento. Estos datos sugieren que, con un manejo adecuado según la evidencia disponible¹², el estreñimiento es un síntoma controlable.

Tampoco se han podido demostrar diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia de estreñimiento y la enfermedad oncológica de los pacientes (ni el tipo de enfermedad, ni el estadio, ni los tratamientos oncológicos principales utilizados), datos similares a los encontrados en la bibliografía¹¹.

Otro dato destacable es que la presencia de estreñimiento no se asoció estadísticamente a la existencia de otros síntomas gastrointestinales concomitantes (náuseas, vómitos, anorexia, dolor abdominal o distensión abdominal). No obstante, en el análisis multivariable existe relación entre estreñimiento y anorexia. Estos resultados coinciden con los datos disponibles en la literatura¹³, y sugieren que el estreñimiento es una afección silente, que para provocar otros síntomas debe tener una intensidad o duración muy importantes. Por otro lado, las causas de los síntomas digestivos en los pacientes oncológicos avanzados son de etiología multifactorial¹³.

Referente a los opioides, con el tamaño muestral analizado y la metodología seguida resulta imposible tratar de establecer una relación de causalidad entre estos y la aparición de estreñimiento. Como se ha mencionado anteriormente, estos pacientes presentan diversas afecciones que pueden contribuir a modificar la función intestinal (enfermedad oncológica, otras enfermedades, dificultades de movilidad, polimedicación, etc.). Aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente entre el uso de estos fármacos y la prevalencia de estreñimiento, sí que se observa que una gran mayoría de los pacientes con estreñimiento estaban en tratamiento con algún opioide. No se advierten diferencias estadísticamente significativas entre los distintos fármacos opioides, aunque en otros estudios¹¹ se ha señalado que opioides como la morfina o el fentanilo producen más estreñimiento que otros como la buprenorfina. Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la dosis equivalente de morfina diaria y la prevalencia de estreñimiento. No obstante, no debemos olvidar que los opioides son un factor muy importante en el estreñimiento, pero no es el único. Estos resultados se correlacionan con los datos disponibles en la literatura^{1,2,14} y con las guías de manejo clínico¹⁵, las cuales desaconsejan tratar el estreñimiento inducido por opioides con una disminución de la dosis del mismo.

Tabla II. Tratamiento con opioides, síntomas gastrointestinales y administración de laxante. Según presencia de estreñimiento.

Variable	Todos N = 98	Estreñimiento N = 19	No estreñimiento N = 79	Valor de p
Tratamiento con opioides				
Tratamiento de base	61 (62,2)	12 (63,2)	49 (62,0)	0,518
Tratamiento de rescate	32 (32,7)	9 (47,4)	23 (29,1)	0,342
Tipo de opioide				0,303
Morfina	31 (31,6)	8 (42,1)	23 (29,1)	
Fentanilo	11 (11,2)	4 (21,1)	7 (8,9)	
Metadona	4 (4,1)	0 (0,0)	4 (5,1)	
Tapentadol	6 (6,1)	0 (0,0)	6 (7,6)	
Codeína	2 (2,0)	0 (0,0)	2 (2,5)	
Tramadol	6 (6,1)	0 (0,0)	6 (7,6)	
Dosis equivalente de morfina (mg/24 h)	40 (14-71)	60 (12-66)	35 (12-66)	0,089
Otros síntomas				
Presencia de otros síntomas	21 (21,4)	8 (42,1)	13 (16,5)	0,014
Síntomas más frecuentes				
Anorexia	18 (18,4)	7 (36,8)	11 (13,9)	0,021
Náuseas	2 (2,1)	1 (5,3)	1 (1,3)	0,273
Vómitos	3 (3,1)	0 (0,0)	3 (3,8)	0,388
Dolor abdominal	14 (14,3)	4 (21,1)	10 (12,7)	0,348
Distensión abdominal	12 (12,2)	3 (15,8)	9 (11,4)	0,600
Historia previa de estreñimiento	39 (39,8)	9 (47,4)	30 (38,0)	0,453
Laxantes				
Tratamiento actual laxantes	52 (53,1)	14 (73,7)	38 (48,1)	0,045
Número de laxantes				0,048
Uno	46 (88,5)	5 (26,3)	41 (51,9)	
Dos	6 (11,5)	2 (10,5)	4 (5,1)	
Tipo de laxante				0,105
Hidróxido de magnesio	25 (48,1)	9 (47,4)	16 (20,3)	
Macrogol	14 (26,9)	1 (5,3)	13 (16,5)	
Lactulosa	6 (11,5)	2 (10,5)	4 (5,1)	
Plantago ovata	3 (5,8)	1 (5,3)	2 (2,5)	
Otros	4 (7,7)	1 (5,3)	3 (3,8)	
Cumplimiento de tratamiento				0,107
Todo el tratamiento	42 (80,8)	11 (57,9)	31 (39,2)	
> 50 %	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,3)	
< 50 %	5 (9,6)	3 (15,8)	2 (2,5)	
No cumplimiento	4 (7,7)	1 (5,3)	3 (3,8)	

Valores expresados como n (porcentaje) o mediana (rango intercuartílico).

Valor de p: con test de Chi cuadrado o test de Mann-Whitney.

Finalmente, en cuanto a los laxantes, se observa que la mayoría de los pacientes con estreñimiento recibían tratamiento con un tipo de laxante, y una pequeña proporción estaba en tratamiento con más de un fármaco. Ninguno de los pacientes recibía tratamiento con antagonistas perifé-

ricos de los receptores μ (peripheral μ -opioid receptor antagonists (PAMORAs), una alternativa terapéutica para los pacientes que no mejoran con combinaciones de 2 laxantes¹⁵. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los distintos laxantes. Cabe destacar que

Tabla III. Análisis de regresión logística binaria univariante y multivariante de los factores asociados a la presencia de estreñimiento.

	Univariante	Multivariante
Planta de hospitalización	2,8 (1,1-7,8)	NS
Anorexia	3,6 (1,2-11,1)	5,3 (1,5-18,5)
Tratamiento actual con laxantes	3,0 (1,1-9,2)	4,2 (1,2-14,4)

NS: no significativo.

Valores como odds ratio (IC 95 %).

la mayoría de los pacientes que recibían tratamiento con opioides también recibía tratamiento con algún laxante, aunque no presentasen estreñimiento, en el momento de la valoración. Este hecho queda respaldado por las guías de práctica clínica¹², que aconsejan asociar un laxante de forma profiláctica en determinadas circunstancias.

Este trabajo no está exento de limitaciones. Una de las principales es el tamaño muestral reducido, hecho que se traduce en una menor potencia del estudio. Otra limitación es el carácter unicéntrico del trabajo, que nos impide extrapolar los resultados a otras poblaciones. Referente a las variables, la utilización de la escala Roma IV reduce la subjetividad del diagnóstico de estreñimiento ya que no se basa en la percepción subjetiva del paciente sino en parámetros más objetivables diferentes a la frecuencia de las deposiciones. Para futuras investigaciones, consideraremos explorar el tratamiento concomitante con otros fármacos capaces de producir o empeorar el estreñimiento como los antidepresivos tricíclicos, el hierro, fármacos anticolinérgicos, etc. Otra limitación es la imposibilidad de comprobar el grado de cumplimiento de los tratamientos en los pacientes en régimen ambulatorio.

A pesar de las limitaciones, podemos afirmar como conclusión que la prevalencia de estreñimiento en una cohorte de pacientes oncológicos en tratamiento por el equipo de cuidados paliativos no es alta. Su manejo se realiza principalmente con uno o 2 laxantes. Ninguno de los opioides ha mostrado mayor prevalencia de estreñimiento de forma estadísticamente significativa en el presente estudio.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No ha habido financiación en este estudio.

REFERENCIAS

1. Crockett SD, Greer KB, Heidelbaugh JJ, Falck-Ytter Y, Hanson BJ, Sultan S; American Gastroenterological Association Institute

Guideline on the Medical Management of Opioid-Induced Constipation. *Gastroenterology*. 2019;156:218-26.

2. Clark K, Currow DC. Constipation in palliative care: What do we use as definitions and outcome measures? *J Pain Symptom Manage*. 2013;45:753-62.
3. Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. Update on Rome IV criteria for colorectal disorders: Implications for clinical practice. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017;19:15.
4. Larkin PJ, Cherny NI, La Carpiá D, Guglielmo M, Ostgathe C, Scotté F, et al. Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018;29:iv111-25.
5. Ducrotté P, Caussé C. The Bowel Function Index: A new validated scale for assessing opioid-induced constipation. *Curr Med Res Opin*. 2012;28:457-66.
6. Kurz A, Sessler DI. Opioid-induced bowel dysfunction: Pathophysiology and potential new therapies. *Drugs*. 2003;63:649-71.
7. Davis MP. Cancer constipation: Are opioids really the culprit? *Support Care Cancer*. 2008;16:427-9.
8. Hasson F, Muldrew D, Carduff E, Finucane A, Graham-Wisener L, Larkin P, et al. 'Take more laxatives was their answer to everything': A qualitative exploration of the patient, carer and healthcare professional experience of constipation in specialist palliative care. *Palliat Med*. 2020;34:1057-66.
9. Gaertner J, Siemens W, Camilleri M, Davies A, Drossman DA, Webster LR, et al. Definitions and outcome measures of clinical trials regarding opioid-induced constipation: A systematic review. *J Clin Gastroenterol*. 2015;49:9-16.
10. Pappagallo M. Incidence, prevalence, and management of opioid bowel dysfunction. *Am J Surg*. 2001;182(5A Suppl):11S-8S.
11. Davies A, Leach C, Butler C, Gregory A, Henshaw S, Minton O, et al. Opioid-induced constipation in patients with cancer: A "real-world," multicentre, observational study of diagnostic criteria and clinical features. *Pain*. 2021;162:309-18.
12. Davies A, Leach C, Caponero R, Dickman A, Fuchs D, Paice J, et al. MASCC recommendations on the management of constipation in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2020;28:23-33.
13. Gálvez R, Provencio M, Cobo M, Pérez C, Pérez C, Canal J. Prevalencia y severidad de la disfunción intestinal inducida por opioides. *Aten Primaria*. 2014;46:32-9.
14. Bennett M, Cresswell H. Factors influencing constipation in advanced cancer patients: A prospective study of opioid dose, dantron dose and physical functioning. *Palliat Med*. 2003;17:418-22.
15. Pergolizzi JV, Christo PJ, Lequang JA, Magnusson P. The use of peripheral μ -opioid receptor antagonists (PAMORA) in the management of opioid-induced constipation: An update on their efficacy and safety. *Drug Des Devel Ther*. 2020;14:1009-25.