



Abordaje del estreñimiento en Oncología

Ana Fernández Montes

Oncología Médica. Complejo Hospitalario
Universitario de Ourense.

KYOWA KIRIN





Estreñimiento. Enfoque práctico

Ana Fernández Montes
Complejo Hospitalario Universitario
de Ourense

Agenda

- Magnitud del problema
- Definición, etiología
- Clasificación
- Diagnóstico y escalas de clasificación
- Disfunción y estreñimiento inducido por opioides
- Complicaciones
- Abordaje terapéutico
- Conclusiones



Estreñimiento Magnitud del problema

- Incidencia
 - Población < 65 años: 14%
 - **Población > 70 años: 50%**
- Factores predisponentes
 - Envejecimiento
 - Inactividad, sedentarismo
 - Baja ingesta calórica
 - Bajos ingresos/nivel educativo
 - Sexo femenino
 - Depresión
 - Medicación
- Factores protectores (prevención)
 - Dieta rica en fibras
 - Hidratación adecuada
 - Ejercicio físico

Afecta al 14% de la población

Mayor prevalencia en > 65 años

70% en ingresados en residencias

Problema sanitario importante

Gran impacto socioeconómico

54% de los pacientes no responden bien a los laxantes

NECESIDAD DE INGERIR LAXANTES (57%)

Movimientos intestinales
infrecuentes y anormales (41%)

*Deposiciones
duras (43%)*

*Dolor al defecar
(23%)*

Esfuerzo al defecar (24%)



Estreñimiento

Definición

Culhane (1983)

Movimiento lento de las heces por el intestino grueso, lo que condiciona que haya una mayor absorción de líquidos y que éstas se vuelvan más secas y duras, provocando molestia y dolor en su tránsito y, en ocasiones, un esfuerzo al defecar

BSG (2016)

- Frecuencia menor de 3 evacuaciones a la semana
- Necesidad de realizar un esfuerzo para evacuar en una cuarta parte de las ocasiones
- Presencia de heces duras en más de una cuarta parte de las ocasiones
- ...y percepción de defecación insatisfactoria (estreñimiento crónico)

Estreñimiento

Etiología (I)

Obstrucción mecánica

- Tumor colorectal
- Diverticulosis
- Estenosis
- Compresión externa: tumor, otros
- Gran rectocele
- Megacolon
- Anomalías post-quirúrgicas
- Fisura anal

Trastornos neurológicos/neuropatías

- Neuropatía autonómica
- ECVC, depresión
- Deterioro cognitivo/demencia
- EM, ELA, Parkinson
- Patología raquídea

Condiciones endocrinas/metabólicas

- Insuficiencia renal crónica
- Deshidratación
- Diabetes mellitus
- Intoxicación por metales pesados
- Hipercalcemia, hiperparatiroidismo
- Hipermagnesemia
- Hipopotasemia
- Hipomagnesemia
- Hipotiroidismo
- Neoplasia endócrina múltiple II
- Porfiria
- Uremia

Estreñimiento

Etiología (II)

Trastornos GI y afecciones locales

- Síndrome de intestino irritable
- Abscesos
- Fisura anal, Fístula, Hemorroides
- Síndrome del elevador del ano
- Megacolon
- Proctalgia fugaz
- Prolapso rectal, Rectocele
- Vólvulo

Miopatías/Enf. de depósito

- Amiloidosis
- Dermatomiositis
- Esclerodermia
- Esclerosis sistémica

Problemas dietéticos

- Dietas (pobres en fibras y residuos)
- Depleción de líquidos
- Anorexia, demencia, depresión

Miscelánea

- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad articular degenerativa
- Inmovilidad

Fármacos

- ATC, Antiepilépticos
- Antihistamínicos, Antipsicóticos
- Antiespasmódicos, Ca-antagonistas
- Diuréticos, IMAOs, AINEs
- Opiáceos, Antiácidos, Calcio, Hierro

Estreñimiento

Etiología (III)

FÁRMACOS MÁS HABITUALES

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ OPIOIDES: ppales. agentes causales▪ <u>Antiácidos</u>, sucralfato▪ Anticolinérgicos▪ Antipsicóticos▪ <u>Anticonvulsivantes</u>▪ Antihistamínicos▪ Fármacos antiparkinsonianos▪ Sulfato de bario▪ Quelantes de sales biliares▪ Espasmolíticos | <ul style="list-style-type: none">▪ Calcio antagonistas▪ <u>Bifosfonatos</u>▪ <u>Antagonistas de 5-HT3</u>▪ Bloqueantes ganglionares▪ <u>Suplementos de hierro o calcio</u>▪ <u>Antidepresivos:</u> tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa▪ Alcaloides de la vinca▪ Diuréticos▪ Antiarrítmicos |
|--|--|

Estreñimiento... ...en Oncología Médica

Mayor incidencia de estreñimiento condicionado por...

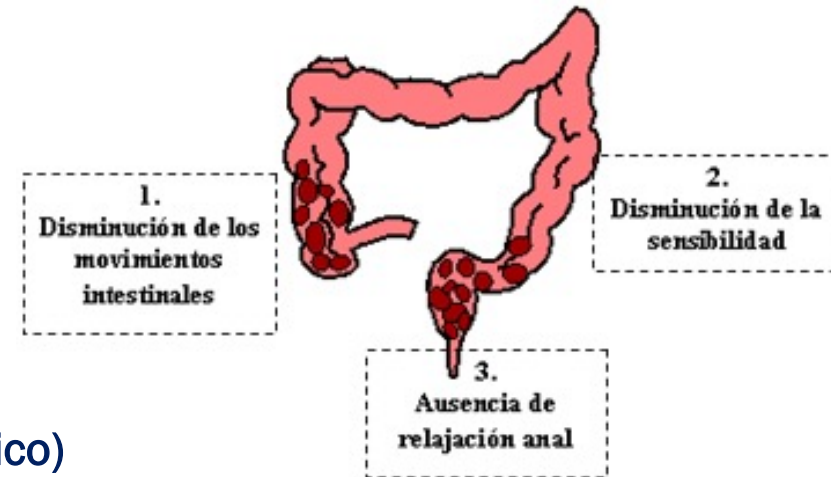
- Compresión intrínseca/extrínseca por tumores
- Carcinomatosis peritoneal
- Adherencias, bridas, hernias, fibrosis post-RDT
- Infecciones, sepsis
- Inactividad (sedentarismo)
- Nutrición deficiente
- Deshidratación
- Problemas físicos: debilidad general, disnea, dolor
- Alteraciones metabólicas: hipercalcemia, hipo/hipermagnesemia, hipopotasemia
- Compresión medular
- Fármacos: opioides, bifosfonatos, antiácidos, hierro oral, antidepresivos, antagonistas de 5-HT3

1. Patología **frecuente, multifactorial** y que en **oncología** se exacerba por condiciones derivadas del propio proceso tumoral

Estreñimiento Clasificación

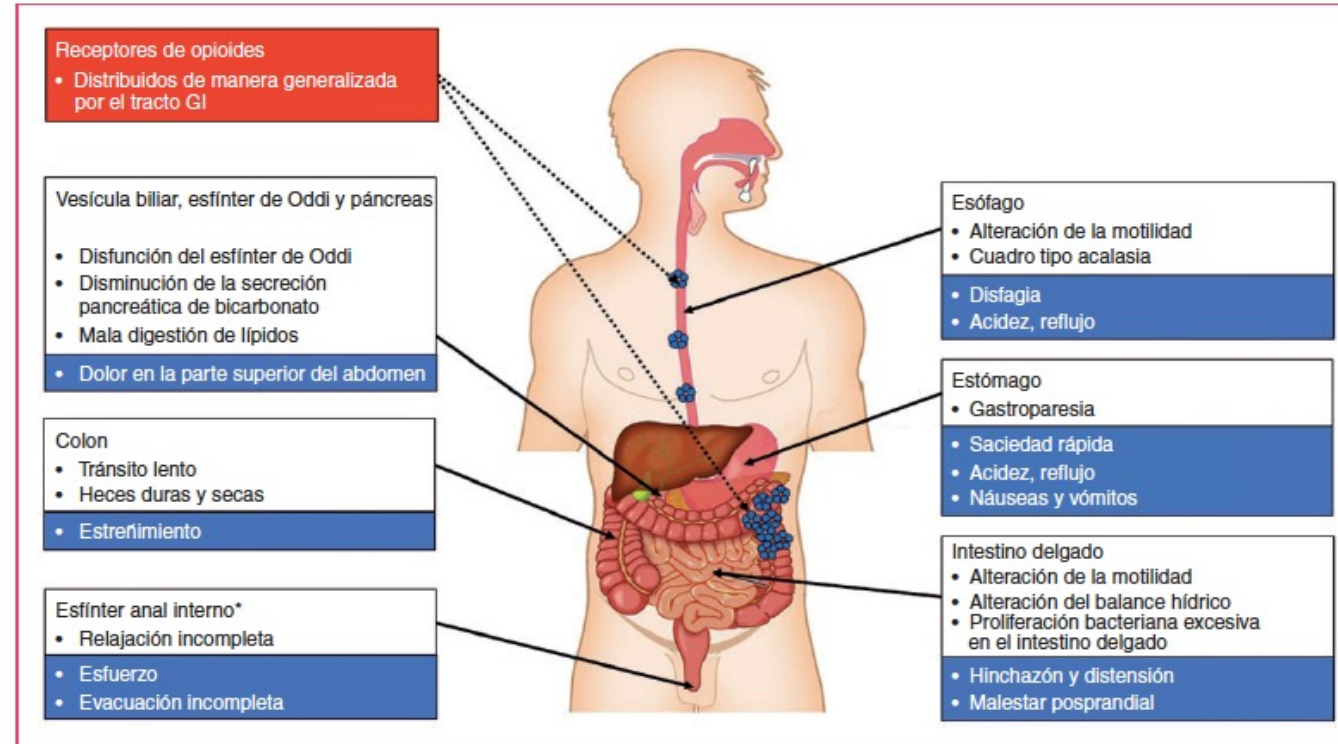
- **Estreñimiento funcional (primario):**
 - Estreñimiento de tránsito normal (+ frec.)
 - SII con predominio de estreñimiento
- **Estreñimiento por tránsito lento**
 - Inercia colónica
- **Trastornos de la evacuación**
- **Estreñimiento secundario (idiopático, orgánico)**
- **Estreñimiento inducido por opioides (EIO)**

MECANISMOS DEL ESTREÑIMIENTO CRONICO PRIMARIO



Estreñimiento

Disfunción Intestinal Inducida por Opioides (DIIO)



Ver el problema como una
COMPLICACIÓN:
síntoma principal es
estreñimiento
Igual que la sedación,
letargia y prurito

PROBLEMA:
Infratratamiento
Reducción calidad de vida
Descenso productividad

Estreñimiento Diagnóstico

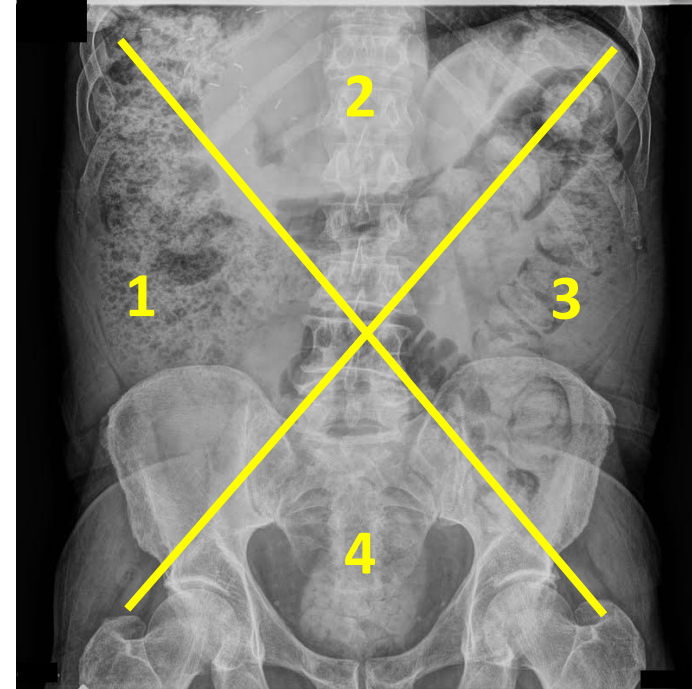
Criterios Roma IV (adaptado de la Fundación Roma)

- ☐ **Presencia de 2 o más de los siguientes criterios***
 - Esfuerzo para defecar
 - Heces duras o caprinas
 - Sensación de evacuación incompleta
 - Sensación de bloqueo u obstrucción anorrectal
 - Empleo de maniobras manuales/digitales para facilitar la defecación
 - Menos de tres defecaciones por semana
- ☐ **Deposiciones espontáneas raramente sin el uso de laxantes**
- ☐ **Criterios insuficientes para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable**

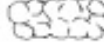
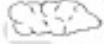
*Durante los últimos tres meses, con el inicio de los síntomas por lo menos seis meses antes del diagnóstico, y en más del 25% de las deposiciones

Estreñimiento Escalas

- Constipation Scoring System
- Constipation Assessment Scale (Bruera; se basa en signos)
- Patient Assessment of Constipation Symptoms (PAC-SYM)
- Bowel Function Index (se basa en síntomas)
- Victoria Bowel Performance Scale (BPS)
- Gráfica de heces de Bristol



Victoria Bowel Performance Scale (BPS)

BPS Score								
-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Constipation			Normal			Diarrhea		
Impacted or Obstructed +/- small leakage 	Formed Hard with pellets 	Formed Hard 	Formed Solid 	Characteristics Formed Semi-solid 	Formed Soft 	Unformed Loose or paste-like 	Unformed Liquid ± mucous 	Unformed Liquid ± mucous 
No stool produced after Goal plus 3 days	Goal plus 3 or more days delay	Goal plus 1-2 days delay	Patient's Goal frequency occurs	Pattern Patient's Goal for frequency	Patient's Goal frequency occurs	Goal or more frequent than goal	More frequent than goal	More frequent than goal
Unable to defecate despite maximum effort or straining	Major effort or straining required to defecate	Moderate effort or straining required to defecate	Minimal or no effort required to defecate	Control Minimal or no effort to defecate	Minimal or no effort required to control urgency	Moderate effort required to control urgency	Very difficult to control urgency and may be explosive	Incontinent or explosive; unable to control or unaware

Instructions for Use

- BPS is a 9-point scale. It is a **single score**, based on the overall 'best vertical fit' among the above three parameters [characteristics, pattern, control] and is recorded for example as: BPS +1, BPS -3 or BPS G.
- Look vertically down each BPS level to become familiar with how the three parameters of **characteristics, pattern & control** change in gradation from constipation to diarrhea.
- For the bowel pattern, it is the patient's **goal** that is the determining factor. The goal is recorded in the centre section, marked with the patient's desired goal for how often they would prefer to have a bowel movement. Based on their goal, then the **actual frequency** is either within that goal, delayed beyond the goal, or more frequent than the goal. If the goal is met, the score is **BPS G**.
- Patients may use different words than above to describe their bowel activity. One must use clinical judgment in deciding which boxes are most appropriate.
- For patients with ostomies or short bowel syndrome, **all 3 parameters** should be assessed according to closeness to the patient's desired goal.
In potential confounding cases, determination of the most appropriate BPS score is made using the following methods:
 - Two vertically similar parameters generally outweigh the third;
 - Single priority weighting among parameters is Characteristics > Pattern > Control
- When recording BPS in hospital or facility patient charts where charting is required every shift or daily, a **BPS 'X'** is used to indicate no bowel assessment was done in that timeframe. Otherwise, the actual BPS number is recorded. **Do not write "0"** as it is misleading; the correct recording would be BPS X.
- The BPS cannot be applied when there is no expected functioning bowel, as may occur with patients on TPN or if imminently dying with no oral intake. If this is the case, the correct recording is **BPS N/A**.

Estreñimiento Escala

Bristol

- Tipos 1 y 2: estreñimiento
- Tipos 3 y 4: ideales
- Tipos 5 y 6: diarrea

Escala de heces de Bristol		
	Tipo 1	Trozos duros separados, como nueces
	Tipo 2	En forma de salchicha pero en fragmentos unidos
	Tipo 3	En forma de salchicha pero con grietas en la superficie
	Tipo 4	En forma de salchicha o serpiente, lisas y suaves
	Tipo 5	Trozos de masa pastosa con bordes definidos
	Tipo 6	Fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares, de consistencia pastosa
	Tipo 7	Acuosas, totalmente líquidas

Estreñimiento Escalas

BFI

Facilidad para defecar durante los últimos 7 días:

"Durante los últimos 7 días, ¿cómo valoraría su facilidad para defecar en una escala del 0 al 100, en la que 0 es fácil y 100 es muy difícil?"



Sensación de evacuación incompleta durante los últimos 7 días:

En los últimos 7 días, ¿cómo calificaría usted su sensación de evacuación intestinal incompleta en una escala de 0 a 100?



El BFI es una herramienta validada desarrollada específicamente para el EIO. Es un cuestionario sencillo que recoge la experiencia del paciente sobre su estreñimiento¹. Una vez realizadas las tres preguntas sume los tres puntos juntos y divida por tres para obtener el promedio. Puntuaciones >30 se corresponden con EIO².

Valoración personal del estreñimiento durante los últimos 7 días:

En los últimos 7 días, ¿cómo calificaría usted su estreñimiento en una escala de 0 a 100?



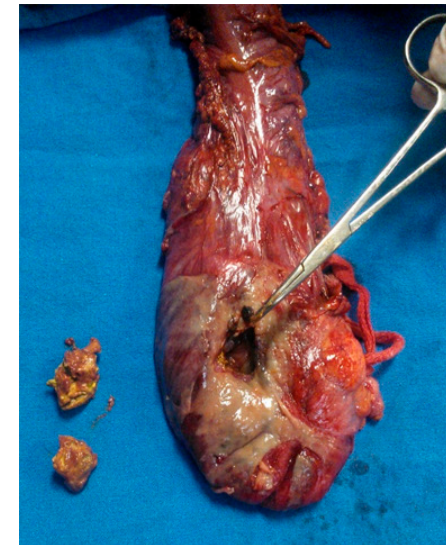
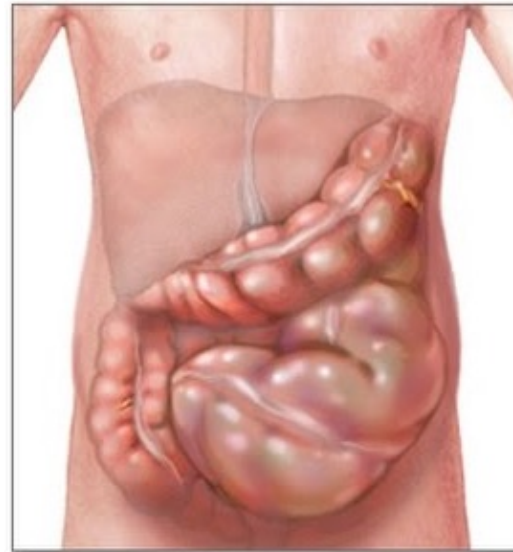
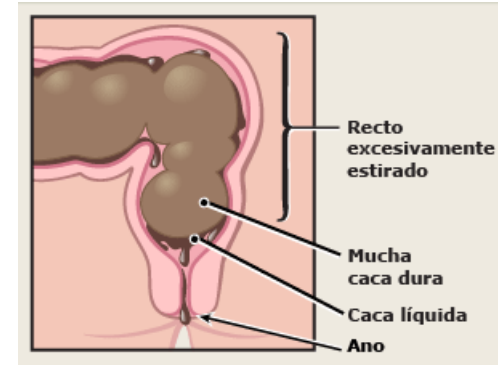
1. Ducroté P, Caussé C. The Bowel Function Index: a new validated scale for assessing opioid-induced constipation. *Current Medical Research and Opinion*. 2012;28(3):457-466.
2. Ueberall M, Müller-Lissner S, Buschmann-Kramm C, et al. The Bowel Function Index for Evaluating Constipation in Pain Patients: Definition of a Reference Range for a Non-Constipated Population of Pain Patients. *Journal of International Medical Research*. 2011;39(1):41-50.

2. Diagnóstico (ROMA IV) y categorización específica (diferentes escalas)

Estreñimiento Complicaciones

Entre otras...

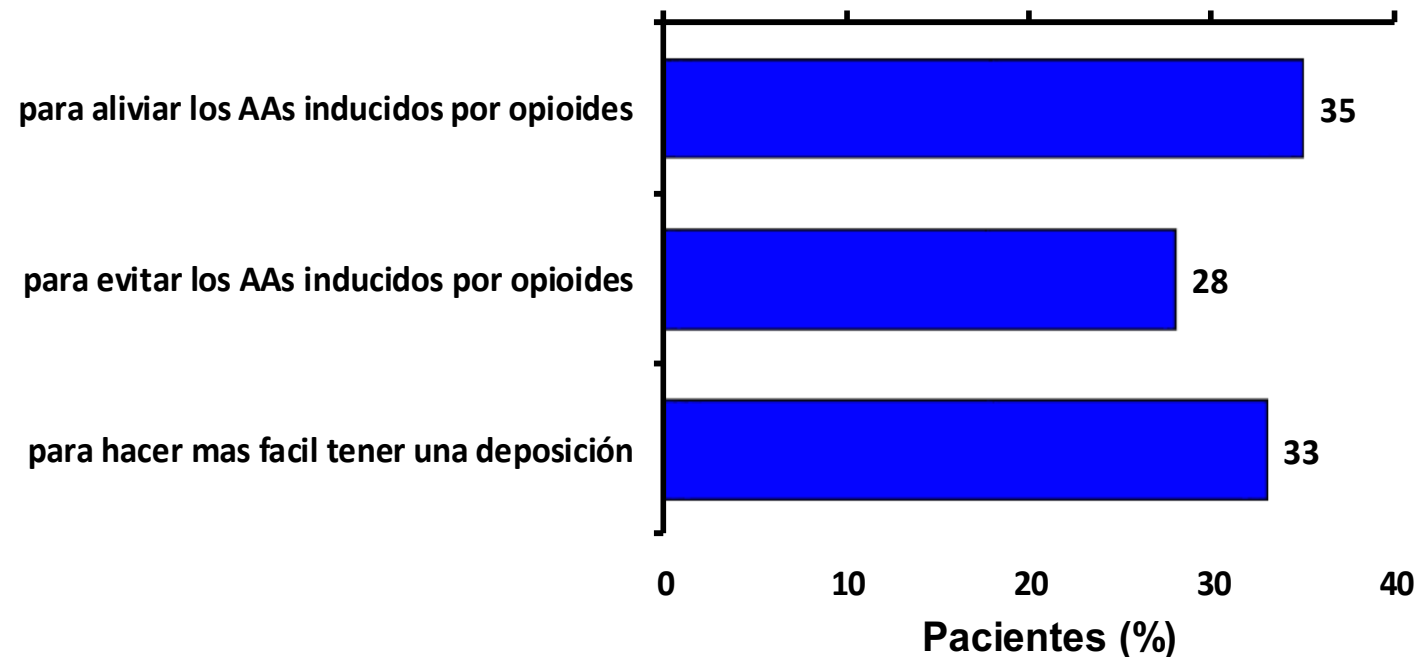
- Fecaloma/impactación fecal (OR 6)
 - Megacolon
 - Obstrucción intestinal
 - Perforación y peritonitis estercorácea
- Patología anorrectal
 - hemorroides (OR 4.1)
 - fisura anal (OR 5)
- Vólvulo, prolapso rectal (OR 2.3)
- Incontinencia fecal (OR 1.7)
- Encefalopatía, *delirium*
- y...
- ...manejo inadecuado del dolor*



Estreñimiento

El estreñimiento puede afectar al tratamiento del dolor...

96% redujeron dosis, saltaron tomas o interrumpieron el tratamiento con opioides...



El 92% de los pacientes que redujeron o interrumpieron el tratamiento con opioides experimentaron un aumento del dolor

3.En oncología complicación grave, **manejo inadecuado del dolor.**

ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES (EIO)

Estreñimiento

Retos en Estreñimiento Inducido por Opioides

Tabla 2. Algunos de los obstáculos que dificultan el diagnóstico del estreñimiento inducido por opioides (EIO).

Posibles barreras
1. Falta de concienciación entre los médicos sobre el EIO en los pacientes tratados con opioides.
2. Aunque los médicos sean conscientes, es posible que no pregunten a los pacientes por el estreñimiento.
3. A la hora de evaluar el estreñimiento, la mayoría de los médicos solo preguntan sobre la frecuencia de las deposiciones, pero hay síntomas como la hinchazón, el esfuerzo, la consistencia dura de las heces, la sensación de evacuación incompleta y el malestar abdominal que son más prevalentes y molestos y son un reflejo de los efectos panentéricos de la DIIO.
4. Puede que los pacientes sientan vergüenza a la hora de hablar de sus síntomas con los médicos.
5. Los esfuerzos para diagnosticar a los pacientes según los criterios Roma IV podrían no abarcar todo el espectro del EIO.
6. Ausencia de un protocolo estándar para el tratamiento del EIO.

DIIO: disfunción intestinal inducida por opioides.

Estreñimiento

Cifras



Entre un
51- 87%
de los pacientes tratados con opioides
para su **dolor Oncológico** sufren de
EIO¹

1. Farmer A, Drewes AM, Guiseppe C, et al. *United European Gastroenterology* 2019. DOI: 10.1177/2050640618818305.

Estreñimiento

Cifras

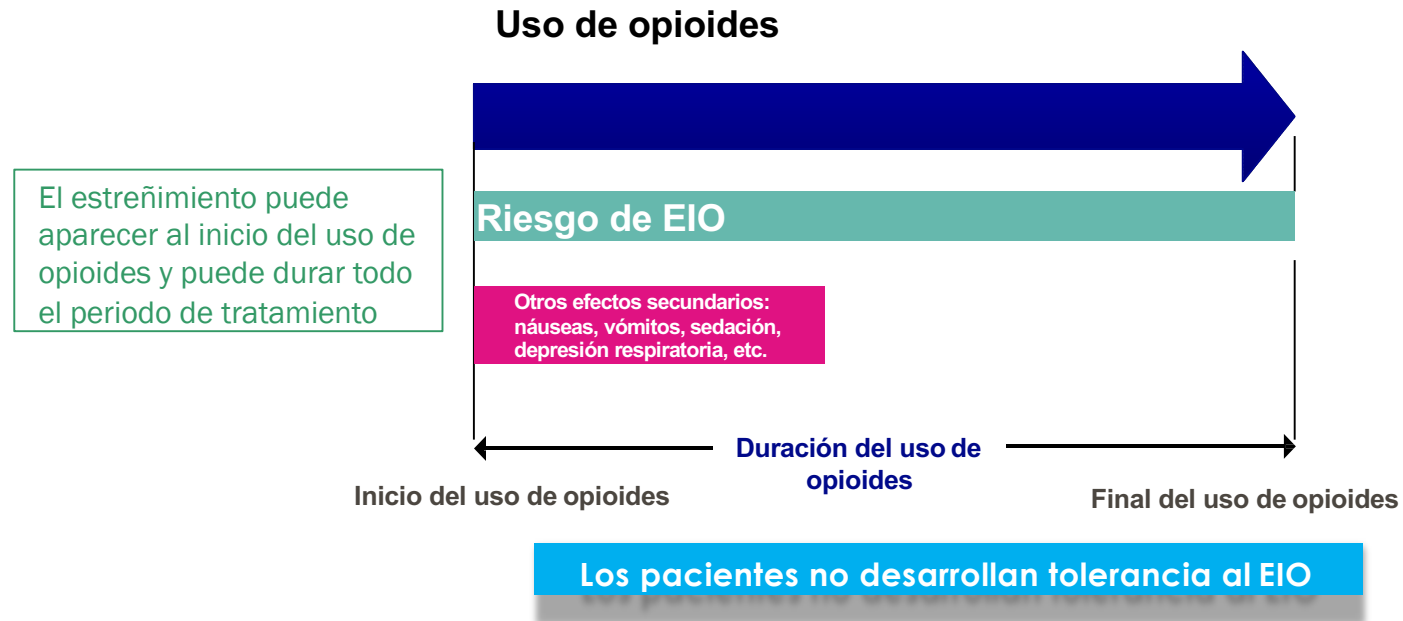


Entre un
41- 57%
de los pacientes tratados con opioides
para su **dolor no oncológico** sufren
de **EIO**¹

1. Farmer A, Drewes AM, Guiseppe C, et al. *United European Gastroenterology* 2019. DOI: 10.1177/2050640618818305.

Estreñimiento

No tiene período ventana



Benyamin R. Pain Physician (2008); Becker G. Lancet (2009)

Estreñimiento

Afecta el tipo de opioide empleado

- Mayor perfil de seguridad con **Metadona y Fentanilo**
- **Fentanilo**
 - VO: ↑ 1.7 ratio estreñimiento
 - SC: ↑ 1.3 ratio estreñimiento

- **Morfina**
 - VO: ↑ 6.8 ratio de estreñimiento
 - SC: ↑ 6.2 ratio de estreñimiento

La dosis de opioide necesaria para producir estreñimiento es de media 4 veces menor que la dosis necesaria para conseguir analgesia

Megens A. J Pain Symptom Management (1998)
Green AF. Br J Pharmacol Chemother (1959)



More opioids, more constipation? Evaluation of longitudinal total oral opioid consumption and self-reported constipation in patients with cancer

Eric J. Roeland¹ • Christopher J. Sera² • Joseph D. Ma³

Received: 19 December 2018 / Accepted: 16 July 2019
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019

Evaluación longitudinal y retrospectiva entre el Consumo opioide y la “autoevaluación” de estreñimiento en pacientes con cáncer

Objetivo:
Demostrar si hay relación longitudinal entre el uso de opioides y la “autoevaluación de estreñimiento”

Table 1 Patient demographics at the time of first clinic visit

Variable	Patients with constipation ^a (n = 171)	Patients without constipation ^b (n = 126)	p value ^c
Age at diagnosis	54.2 ± 14.5	56.4 ± 14.8	0.27
Women sex	109 (63.7%)	77 (61.1%)	0.64
Confirmed metastasis	146 (85.4%)	114 (90.5%)	0.19
Cancer type			
Gastrointestinal colorectal	19 (11.1%)	25 (19.8%)	
Gastrointestinal non-colorectal	25 (14.6%)	18 (14.3%)	
Gynecologic	21 (12.3%)	22 (17.5%)	
Head and neck	13 (7.6%)	15 (11.9%)	
Lung	23 (13.5%)	15 (11.9%)	
Breast	23 (13.5%)	7 (5.6%)	
Liver	3 (1.8%)	2 (1.6%)	
Skin	2 (1.2%)	1 (0.8%)	
Prostate	6 (3.5%)	4 (3.2%)	
Genitourinary	5 (2.9%)	3 (2.4%)	
Renal	5 (2.9%)	2 (1.6%)	
Soft tissue	1 (0.6%)	1 (0.8%)	
Hematologic	16 (9.4%)	9 (7.1%)	
Unknown	9 (5.3%)	2 (1.6%)	

^a Defined as a self-reported constipation score of ≥ 3

^b Defined as a self-reported constipation score of 0, 1, and/or 2

^c p value determined via Wilcoxon-Mann-Whitney

Evaluación longitudinal y retrospectiva entre el Consumo opioide y la “autoevaluación” de estreñimiento en pacientes con cáncer

We observed weak to no association between oral morphine equivalents (OME) and constipation in patients with cancer.

These results suggest a lack of a clear association between total opioid consumption and self-reported constipation.

Conclusiones

- Gran variedad en incidencia de EIO en relación con toma opioides
- Refuerza que sea algo MULTIFACTORIAL, es decir **ingesta actividad dieta y polifarmacia**

4. ¿Qué tengo claro de EIO?

- Supone un reto en oncología
 - Afecta a un porcentaje muy alto
 - No tiene período ventana ni adaptación
 - Depende del tipo opioide pero....los estudios dicen que es multifactorial
-

Estreñimiento

Abordaje terapéutico

1) Tratamiento preventivo:

- Profilaxis con laxantes (y antieméticos) al inicio del tto. con opioides
- Hidratación
- Higiene dietética: ingesta rica de fibra
 - + Al menos 25 g/día y suplementos de líquidos (hasta 1.5-2 L/día)
 - + No evidencia en enfermos añosos
 - + Evitar si dilatación colónica
- Educación sanitaria: hábitos de vida saludables (ejercicio)

2) Estudio analítico: descartar hipercalcemia, hipopotasemia, hipotiroidismo

3) Tratamiento de la causa desencadenante (si posible)

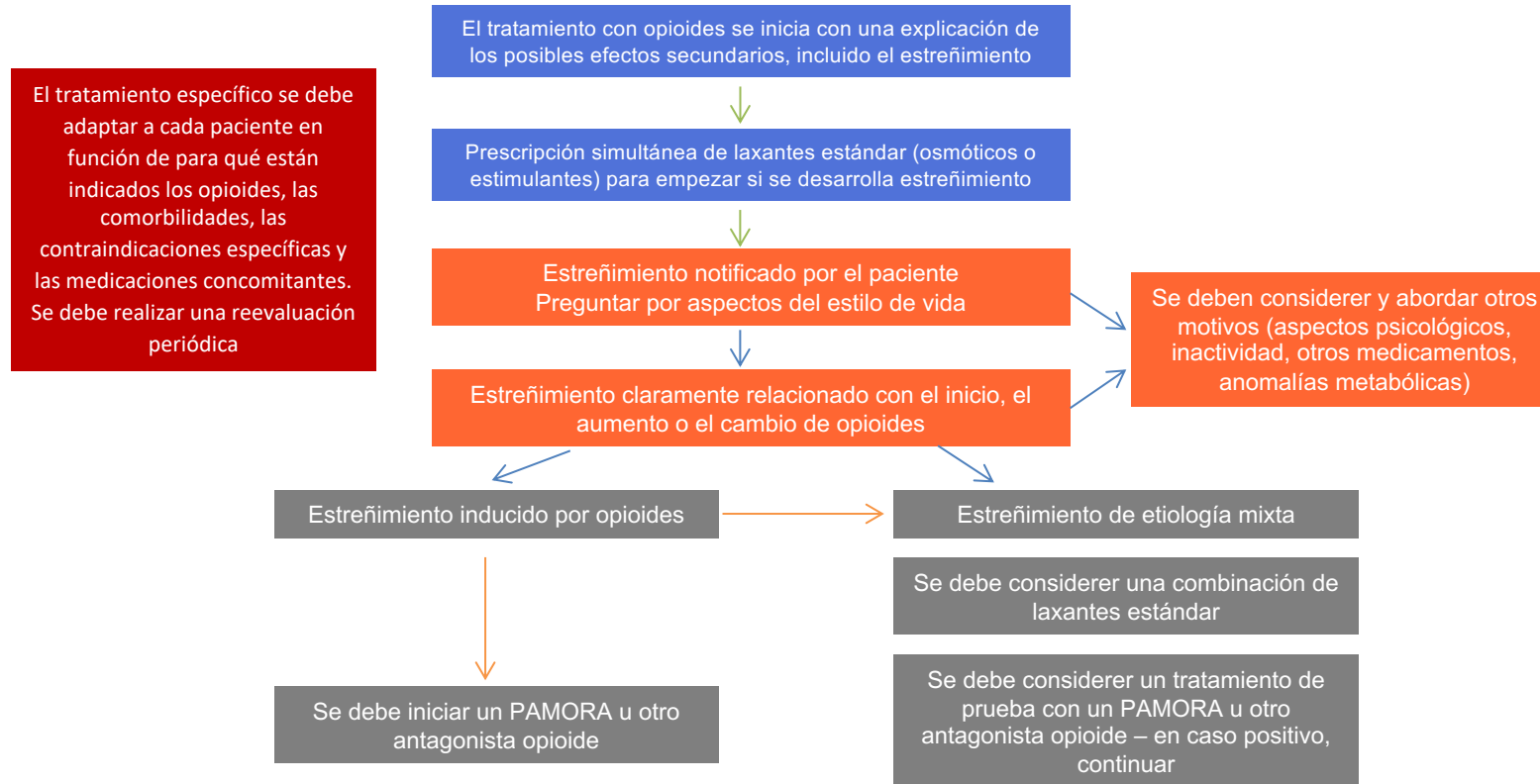
4) Fármacos

- Laxantes
- PAMORA (Peripherally-Acting Mu-Opioid Receptor Antagonist): ELO
- Otros

5) Medidas rectales: enemas, supositorios

Estreñimiento

Recomendaciones clínicas EIO ¹



Estreñimiento

Recomendaciones clínicas ¹

4

Se recomienda la revisión del paciente dentro del primer mes de inicio del tratamiento para el EIO.

5

Atención por un especialista

Se debe considerar añadir laxantes, lubiprostona, linaclotida o prucaloprida

Se debe considerar cambiar el opioide o cambiar la vía de administración

Se debe considerar derivar al paciente a un centro de nivel secundario o terciario para realizar más evaluaciones

Conclusiones

- El estreñimiento es un síntoma infradiagnosticado e infratratado
- Etiología amplia, diagnóstico específico
- Diferentes clasificaciones
- Entidad preocupante EIO
- Tratamiento



¡Gracias!