

Constipació



Jornada cloenda Societat Catalano-Balear de Cures
Pal·liatives

Juny 2017

Agnès Calsina Berna



- **Definició i prevalença**

- **Avaluació:** a part de les escales, tenir en compte els **factors de risc**

- **Impacte** de la constipació: complicacions pròpies i complicacions secundàries al tractament

- **Tractament** amb laxants





Definició

2008: “Pas de petites i dures femtes de forma infreqüent i amb dificultat”

No s'especifica la freqüència en aquesta definició, però si menys de 3 deposicions a la setmana es recomana valoració.

Larkin et al. Palliat Med 2008; 22:796-807

És un símptoma difícil de definir per la falta d'un patró de normalitat.

Alteració de les característiques + freqüència de les femtes + símptomes subjectius associats a sensació d'estrenyiment.

Bell et al. Pain medicine 2009; 10:35-42



Definició

•Síntomes objectius:

Freqüència de defecació

Característiques de les femtes

•Síntomes subjectius:

Percepció del pacient d'estrenyiment

Facilitat de la defecació

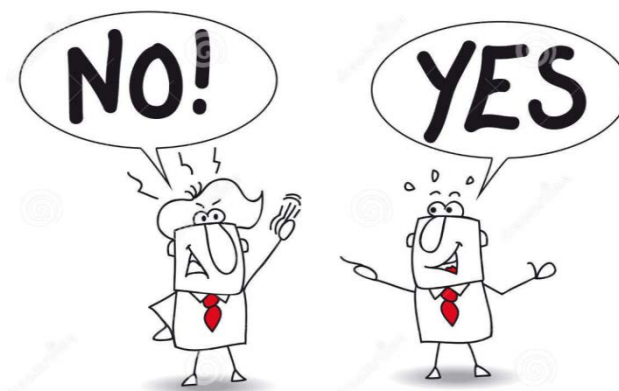
Nivell de malestar associat

Constipació

Definició

No existeix un acord en la definició.

Diferents percepcions de la definició entre professionals i pacients



Clark et al. JPSM 2012; 43: 993-1000

La constipació es registra poc a les històries clíniques

Wee et al. JPSM 2010; 39:644-654



Constipació

Definició i prevalença

Cerca a pubmed: “constipation” AND “palliative care”:

20 articles, amb 6 definicions diferents de constipació

15% a la població general

30-90% constipació a cures pal·liatives

Clark et al. JPSM 2013; 45:753-62



Vol. 45 No. 4 April 2013

Journal of Pain and Symptom Management

Review Article

Constipation in Palliative Care: What Do We Use as Definitions and Outcome Measures?

Katherine Clark, MB, BS, MMed, FRACP, FACHPM,
and David C. Currow, BMed, MPH, FRACP

Department of Palliative Care (K.C.), Calvary Mater Newcastle, Waratah, and The University of Newcastle (K.C.), Callaghan, New South Wales; and Discipline, Palliative and Supportive Services (D.C.C.), Flinders University, Dawu Park, South Australia, Australia

Abstract



Definició

Podria millorar la definició:

- Tenir en compte la història prèvia d'hàbit deposicional
- Valorar la disfunció actual
(i canvis físics que podrien empitjorar el símptoma)
- La percepció subjectiva del pacient d'estrenyiment
- La consistència de les femtes
- La freqüència de les deposicions

Clark et al. JPSM 2013; 45:753-62

Cal una millor definició de constipació a cures pal·liatives

Constipació

Definició i prevalença

Valoració de pacients als 90,60,30,7 dies previ a èxits.

42% de constipació en el moment de la derivació a cures pal.liatives.

7.2% constipació severa

93% afectats de càncer

Només un **13.1%** mai van tenir cap problema de constipació al llarg del seguiment i era més **sever** a mesura èxits és més proper.

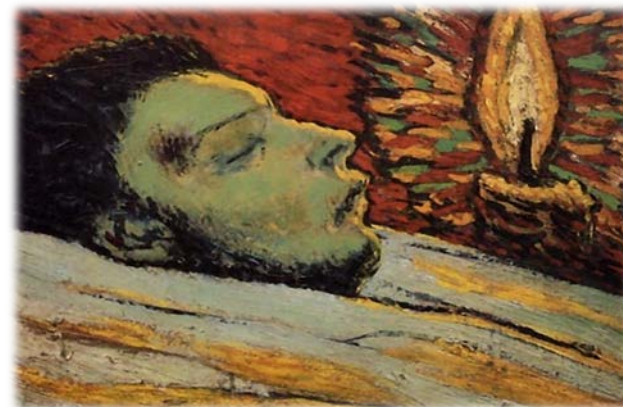
Original Article

The Prevalence of Bowel Problems Reported in a Palliative Care Population

Katherine Clark, MB BS, MMed, FRACP, FACHPM, Joanna M. Smith, BPsych, and David C. Currow, BMed MPH, FRACP

Department of Palliative Care (K.C.), Calvary Mater Newcastle, Waratah, and School of Medicine and Public Health (K.C.), University of Newcastle, Callaghan, New South Wales; Silver Chain Nursing Association (J.M.S.), Perth, Western Australia; and Discipline, Palliative and Supportive Services (D.C.C.), Flinders University, Daw Park, South Australia, Australia

Abstract



Clark et al. JPSM 2012; 43:993-1000



Definició i prevalença

MCG: Medical constipation group

Pacients amb 3 o menys deposicions a la setmana

PCG: Patient constipated group

Pacients amb percepció d'estrenyiment durant les darreres 2 setmanes

3 subgrups:

només MC

només PC

MC +PC

•385 pacients

•86% afectats de càncer

•**MC** : 7% prevalença

•**PC**: 19% prevalença

•**MC+PC**: 16%



Erichsen et al. JPM 2015; 18:585-92



Definició i prevalença

No diferències estadísticament significatives en quant a **severitat** de l'estreyniment entre els grups ni en l'aparència de les femtes (**bristol**), però els autors segueixen recomanant la valoració amb Bristol.



Autors recomanen valorar:

- **Aspecte** de les femtes
- **Percepció de buidament**
- **Simptomes associats**

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 18, Number 7, 2015
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/jpm.2014.0414

Original Articles

Constipation in Specialized Palliative Care: Prevalence, Definition, and Patient-Perceived Symptom Distress

Eva Erichsen, RN, PhD,¹⁻³ Anna Milberg, MD, PhD,¹⁻³ Tiny Jaarsma, RN, PhD,¹
and Maria J. Friedrichsen, RN, PhD¹⁻³

Erichsen et al. JPM 2015; 18:585-92

Constipació



Prevalença CIO

80%: **Holder RM et al. Pharmacother 2016; 36:287-992**

40-90%: **Chey et al. NEJM 2014; 370:2387-96**

Fins al 60%: **Webster et al. Pain 2013; 154:1542-50**

23-70% en pacients amb malalties terminals: **Librach et al. JPSM 2010; 40:761-73**

87% en malalties terminals: **Ahmedzai et al. BMJ Clin evid 2010**

40-70%: **Cherny et al. J Clin Oncol 2001; 19:2542-54**



Factors de risc

• Factors que contribueixen a l'estrenyiment en general:

- Sexe femení
- Mal estat nutricional
- Disminució de la mobilitat
- Hemorroides
- Hospitalització
- Femtes dures.
- En ancians també polifarmàcia



Erichsen et al. Support Care Cancer 2016; 24: 691-98.



Factors de risc

Factors descrits que contribueixen a l'estrenyiment en cures pal·liatives:

Disminució de la ingesta de líquids

Poca ingesta de sòlids

Alteracions metabòliques (hipercalcèmia, hipotiroidisme)

Disminució de la funcionalitat

Fàrmacs (opioids)

Falta de privacitat



OMS. Cancer pain relief . 2nd ed , WHO 1996

Hi ha poca evidència per altres factors que puguin contribuir a l'estrenyiment, tret dels **opioids**

Davis MP. Support Care Cancer 2008; 16:427-9



Factors de risc

SAA: serum anticholinergic activity

Si augment de SAA: més probabilitat d'estar rebent una combinació de laxants

Probablement no només opioïds estan implicats en disfunció intestinal i es podria plantejar l'ús de farmacs amb activitat colinèrgica

Vol. 47 No. 6 June 2014

Journal of Pain and Symptom Management e1

Letters

A Prospective Study to Investigate Contributory Factors That Lead to Constipation in Palliative Care Patients

To the Editor:

Despite the prevalence of constipation in hospice/palliative care patients, attributable risk factors remain poorly codified. Although opioïds are commonly cited, very little attention has been paid to exploring other variables prospectively and objectively. Thus far, only

palliative care units, the following information was sought: demographics (age, gender, and performance status as measured by the Australia-modified Karnofsky Performance Status⁴ and the Eastern Cooperative Oncology Group⁵ scales), medications (opioïds, medications with anticholinergic effects, and all other medications), laxatives, and blood tests (albumin and serum anticholinergic activity [SAA]). SAA was calculated using the method outlined by Tune,⁶ which involves a radioreceptor assay using competitive binding. The final result includes the effects of endogenous and exogenous substances (medications and active metabolites)

Clark et al. JPSM 2014; 47: e1



Factors de risc

Support Care Cancer (2016) 24:691–698
DOI 10.1007/s00520-015-2831-5

ORIGINAL ARTICLE

Constipation in specialized palliative care: factors related to constipation when applying different definitions

E. Erichsen^{1,2,3} · A. Milberg^{1,2,3} · T. Jaarsma¹ · M. Friedrichsen^{1,3}

Erichsen et al. Support Care Cancer
2016; 24: 691-98.

Table 3 Odds ratio^a for factors related to constipation and different constipation-groups. *n*=485

Variables	All constipated vs. non-constipated 207 vs 278		PC ONLY vs. non-constipated 93 vs 278		MC ONLY vs. non-constipated 36 vs 278		MC & PC vs. non-constipated 78 vs 278	
	OR (95 % CI)	<i>p</i> -val	OR (95 % CI)	<i>p</i> -val	OR (95 % CI)	<i>p</i> -val	OR (95 % CI)	<i>p</i> -val
	Age in years [SD]	0.99 (0.97–1.00)	0.17	0.98 (0.97–1.00)	0.11	0.10 (0.97–1.02)	0.77	0.99 (0.97–1.01)
Female gender	1.17 (0.81–1.68)	0.40	1.33 (0.82–2.14)	0.24	0.58 (0.29–1.19)	0.14	1.39 (0.83–2.32)	0.21
Living alone	0.98 (0.68–1.42)	0.92	1.05 (0.65–1.70)	0.83	0.86 (0.42–1.78)	0.69	0.95 (0.57–1.60)	0.86
No university education	0.61 (0.41–0.92)	0.02	0.53 (0.32–0.89)	0.01	0.88 (0.39–1.97)	0.75	0.62 (0.36–1.08)	0.09
Palliative ward care	1.91 (1.15–3.17)	0.01	1.78 (0.93–3.40)	0.08	2.66 (1.14–6.16)	0.02	1.74 (0.88–3.47)	0.11
Bed-restricted	1.58 (0.90–2.77)	0.11	2.01 (1.03–3.95)	0.04	2.77 (1.14–6.70)	0.02	0.66 (0.25–1.79)	0.42
Poor appetite	1.98 (1.34–2.93)	0.00	2.04 (1.24–3.35)	0.00	1–96 (0.95–4.05)	0.07	1.93 (1.13–3.28)	0.01
Intake ≤1 meal a day	0.85 (0.48–1.50)	0.57	0.92 (0.42–2.02)	0.84	0.50 (0.11–2.21)	0.36	1.88 (0.94–3.76)	0.07
Intake ≤1 cup of fluid/day	0.97 (0.50–1.91)	0.94	0.52 (0.17–1.56)	0.24	3.32 (1.35–8.16)	0.01	0.63 (0.21–1.88)	0.41
Use diapers	1.19 (0.68–2.08)	0.55	1.22 (0.60–2.50)	0.58	1.33 (0.48–3.69)	0.58	1.08 (0.49–2.38)	0.85
Need personal assistance	1.34 (0.86–2.09)	0.19	1.30 (0.73–2.30)	0.37	2.52 (1.19–5.30)	0.01	0.97 (0.51–1.87)	0.93
Hemorrhoids	1.81 (1.16–2.81)	0.01	2.81 (1.64–4.79)	0.00	0.77 (0.28–2.11)	0.62	1.39 (0.74–2.61)	0.30
BSFS Type 1 “separate hard lumps”	7.09 (2.88–17.47)	0.00	8.03 (2.99–21.59)	0.00	1.29 (0.15–11.08)	0.81	9.07 (3.32–24.76)	0.00
BSFS Type 2 “sausage-like, lumpy”	2.27 (1.25–4.11)	0.01	2.89 (1.44–5.78)	0.00	1.17 (0.33–4.16)	0.80	2.12 (0.97–4.63)	0.01
Medical self-care laxatives or enemas	1.97 (1.33–2.91)	0.00	1.42 (0.85–2.37)	0.18	2.39 (1.16–4.91)	0.02	2.63 (1.55–4.44)	0.00
Non-medical self-care (i.e. prunes, water)	0.87 (0.54–1.40)	0.56	1.30 (0.74–2.29)	0.36	0.70 (0.26–1.89)	0.48	0.50 (0.22–1.09)	0.08
No information on constipation received	0.55 (0.38–0.80)	0.00	0.61 (0.37–0.99)	0.04	0.62 (0.30–1.28)	0.20	0.46 (0.27–0.79)	0.00
Not satisfied with information on constipation	1.63 (0.49–5.41)	0.42	3.77 (1.22–12.65)	0.03	0		0	
Diabetes	0.85 (0.44–1.63)	0.62	0.82 (0.34–1.97)	0.66	0.92 (0.26–3.21)	0.90	0.84 (0.33–2.13)	0.72
Pulmonary disease	0.97 (0.60–1.57)	0.88	0.80 (0.41–1.55)	0.51	0.98 (0.39–2.49)	0.97	1.17 (0.61–2.23)	0.63
Heart disease	0.60 (0.36–0.99)	0.04	0.61 (0.31–1.21)	0.16	0.52 (0.18–1.53)	0.23	0.61 (0.30–1.26)	0.18
Cancer	1.17 (0.69–1.99)	0.56	0.75 (0.40–1.40)	0.37	0.84 (0.33–2.15)	0.72	4.20 (1.26–13.97)	0.02
Ulcer prophylaxis	0.90 (0.60–1.34)	0.60	0.88 (0.52–1.50)	0.62	0.81 (0.38–1.73)	0.58	0.97 (0.55–1.71)	0.91
Calcium supplements	1.04 (0.63–1.71)	0.88	1.00 (0.52–1.94)	0.99	0.71 (0.24–2.12)	0.54	1.25 (0.64–2.43)	0.52
Diuretic	0.68 (0.45–1.03)	0.07	0.74 (0.43–1.26)	0.27	0.87 (0.40–1.90)	0.73	0.54 (0.29–0.99)	0.05
Antidepressant	1.20 (0.77–1.87)	0.41	1.46 (0.84–2.54)	0.18	1.02 (0.42–2.46)	0.97	1.00 (0.53–1.90)	1.00
NSAID	0.87 (0.50–1.53)	0.64	0.84 (0.40–1.77)	0.65	0.41 (0.09–1.79)	0.24	1.15 (0.55–2.39)	0.71
Opioid	2.20 (1.49–3.26)	0.00	2.12 (1.26–3.56)	0.00	1.36 (0.66–2.81)	0.41	3.01 (1.65–5.49)	0.00
Paracetamol	1.49 (1.03–2.16)	0.04	1.81 (1.12–2.93)	0.01	0.55 (0.24–1.26)	0.16	1.76 (1.05–2.94)	0.03
Cortisone	1.09 (0.75–1.58)	0.64	0.86 (0.53–1.38)	0.52	0.66 (0.33–1.34)	0.25	1.96 (1.12–3.46)	0.02
Anti-epileptics	1.42 (0.89–2.25)	0.14	1.72 (0.97–3.05)	0.06	0.85 (0.31–2.30)	0.75	1.36 (0.72–2.57)	0.35
No laxatives	2.26 (1.56–3.28)	0.00	0.53 (0.33–0.85)	0.01	0.74 (0.37–1.50)	0.41	0.27 (0.15–0.47)	0.00
Tumor-specific treatment	1.13 (0.70–1.80)	0.62	1.00 (0.54–1.87)	0.99	1.18 (0.49–2.85)	0.72	1.26 (0.67–2.36)	0.48
Radiation therapy last month	1.31 (0.75–2.27)	0.34	0.71 (0.30–1.68)	0.43	0.99 (0.33–3.03)	0.99	0.46 (0.24–0.86)	0.02
No access to laxatives on demand	0.57 (0.33–0.99)	0.04	0.47 (0.21–1.05)	0.06	1.01 (0.40–2.56)	0.98	0.50 (0.21–1.15)	0.10
Polypharmacy (>5 tablets/day)	0.93 (0.57–1.51)	0.76	0.90 (0.48–1.69)	0.74	0.48 (0.22–1.07)	0.07	1.47 (0.68–3.17)	0.32

aAn odds ratio of more than 1.00 represents a higher odds and greater likelihood of an effect from the variable
MC & PC= ≤3 bowel-movements/week and perception of being constipated for last 2 weeks
MC ONLY=only Medical Constipation (≤3 bowel-movements/week)
PC ONLY=only Perceived Constipation (perception of being constipated the last 2 weeks)

Constipació

Factors de risc

- Estar ingressat a una unitat de cures pal·liatives (OR 1.91)
- Disminució de la ingesta (OR 1.98)
- Hemorroides (OR 1.81)
- Automedicació amb laxants (OR 1.97)
- Tractament amb opiods (OR 2.2)
- Tractament amb paracetamol (OR 1.4)
- No realitzar tractament amb laxants (OR 2.2)

Table 3 Odds ratio^a for factors related to constipation and different constipation-groups. n=485

Variables	All constipated vs. non-constipated 207 vs 278		PC ONLY vs. non-constipated 93 vs 278		MC ONLY vs. non-constipated 36 vs 278		MC & PC vs. non-constipated 78 vs 278	
	OR (95 % CI)	p-val	OR (95 % CI)	p-val	OR (95 % CI)	p-val	OR (95 % CI)	p-val
Age in years [SD]	0.99 (0.97–1.00)	0.17	0.98 (0.97–1.00)	0.11	0.10 (0.97–1.02)	0.77	0.99 (0.97–1.01)	0.60
Female gender	1.17 (0.81–1.68)	0.40	1.33 (0.82–2.14)	0.24	0.58 (0.29–1.19)	0.14	1.39 (0.83–2.32)	0.21
Living alone	0.98 (0.68–1.42)	0.92	1.05 (0.65–1.70)	0.83	0.86 (0.42–1.78)	0.69	0.95 (0.57–1.60)	0.86
No university education	0.61 (0.41–0.92)	0.02	0.53 (0.32–0.89)	0.01	0.88 (0.39–1.97)	0.75	0.62 (0.36–1.08)	0.09
Palliative ward care	1.91 (1.15–3.17)	0.01	1.78 (0.93–3.40)	0.08	2.66 (1.14–6.16)	0.02	1.74 (0.88–3.47)	0.11
Bed-restricted	1.58 (0.90–2.77)	0.11	2.01 (1.03–3.95)	0.04	2.77 (1.14–6.70)	0.02	0.66 (0.25–1.79)	0.42
Poor appetite	1.98 (1.34–2.93)	0.00	2.04 (1.24–3.35)	0.00	1–96 (0.95–4.05)	0.07	1.93 (1.13–3.28)	0.01
Intake ≤1 meal a day	0.85 (0.48–1.50)	0.57	0.92 (0.42–2.02)	0.84	0.50 (0.11–2.21)	0.36	1.88 (0.94–3.76)	0.07
Intake ≤1 cup of fluid/day	0.97 (0.50–1.91)	0.94	0.52 (0.17–1.56)	0.24	3.32 (1.35–8.16)	0.01	0.63 (0.21–1.88)	0.41
Use diapers	1.19 (0.68–2.08)	0.55	1.22 (0.60–2.50)	0.58	1.33 (0.48–3.69)	0.58	1.08 (0.49–2.38)	0.85
Need personal assistance	1.34 (0.86–2.09)	0.19	1.30 (0.73–2.30)	0.37	2.52 (1.19–5.30)	0.01	0.97 (0.51–1.87)	0.93
Hemorrhoids	1.81 (1.16–2.81)	0.01	2.81 (1.64–4.79)	0.00	0.77 (0.28–2.11)	0.62	1.39 (0.74–2.61)	0.30
BSFS Type 1 “separate hard lumps”	7.09 (2.88–17.47)	0.00	8.03 (2.99–21.59)	0.00	1.29 (0.15–11.08)	0.81	9.07 (3.32–24.76)	0.00
BSFS Type 2 “sausage-like, lumpy”	2.27 (1.25–4.11)	0.01	2.89 (1.44–5.78)	0.00	1.17 (0.33–4.16)	0.80	2.12 (0.97–4.63)	0.01
Medical self-care laxatives or enemas	1.97 (1.33–2.91)	0.00	1.42 (0.85–2.37)	0.18	2.39 (1.16–4.91)	0.02	2.63 (1.55–4.44)	0.00
No information on constipation received	0.55 (0.38–0.80)	0.00	0.61 (0.37–0.99)	0.04	0.62 (0.30–1.28)	0.20	0.46 (0.27–0.79)	0.00
Not satisfied with information on constipation	1.63 (0.49–5.41)	0.42	3.77 (1.22–12.65)	0.03	0	0	0	0
Diabetes	0.85 (0.44–1.63)	0.62	0.82 (0.34–1.97)	0.66	0.92 (0.26–3.21)	0.90	0.84 (0.33–2.13)	0.72
Pulmonary disease	0.97 (0.60–1.57)	0.88	0.80 (0.41–1.55)	0.51	0.98 (0.39–2.49)	0.97	1.17 (0.61–2.23)	0.63
Heart disease	0.60 (0.36–0.99)	0.04	0.61 (0.31–1.21)	0.16	0.52 (0.18–1.53)	0.23	0.61 (0.30–1.26)	0.18
Cancer	1.17 (0.69–1.99)	0.56	0.75 (0.40–1.40)	0.37	0.84 (0.33–2.15)	0.72	4.20 (1.26–13.97)	0.02
Ulcus prophylaxis	0.90 (0.60–1.34)	0.60	0.88 (0.52–1.50)	0.62	0.81 (0.38–1.73)	0.58	0.97 (0.55–1.71)	0.91
Calcium supplements	1.04 (0.63–1.71)	0.88	1.00 (0.52–1.94)	0.99	0.71 (0.24–2.12)	0.54	1.25 (0.64–2.43)	0.52
Diuretic	0.68 (0.45–1.03)	0.07	0.74 (0.43–1.26)	0.27	0.87 (0.40–1.90)	0.73	0.54 (0.29–0.99)	0.05
Antidepressant	1.20 (0.77–1.87)	0.41	1.46 (0.84–2.54)	0.18	1.02 (0.42–2.46)	0.97	1.00 (0.53–1.90)	1.00
NSAID	0.87 (0.50–1.53)	0.64	0.84 (0.40–1.77)	0.65	0.41 (0.09–1.79)	0.24	1.15 (0.55–2.39)	0.71
Opioid	2.20 (1.49–3.26)	0.00	2.12 (1.26–3.56)	0.00	1.36 (0.66–2.81)	0.41	3.01 (1.65–5.49)	0.00
Paracetamol	1.49 (1.03–2.16)	0.04	1.81 (1.12–2.93)	0.01	0.55 (0.24–1.26)	0.16	1.76 (1.05–2.94)	0.03
Anti-epileptics	1.42 (0.89–2.25)	0.14	1.72 (0.97–3.05)	0.06	0.85 (0.31–2.30)	0.75	1.36 (0.72–2.57)	0.35
No laxatives	2.26 (1.56–3.28)	0.00	0.53 (0.33–0.85)	0.01	0.74 (0.37–1.50)	0.41	0.27 (0.15–0.47)	0.00
Tumor-specific treatment	1.13 (0.70–1.80)	0.62	1.00 (0.54–1.87)	0.99	1.18 (0.49–2.85)	0.72	1.26 (0.67–2.36)	0.48
Radiation therapy last month	1.31 (0.75–2.27)	0.34	0.71 (0.30–1.68)	0.43	0.99 (0.33–3.03)	0.99	0.46 (0.24–0.86)	0.02
No access to laxatives on demand	0.57 (0.33–0.99)	0.04	0.47 (0.21–1.05)	0.06	1.01 (0.40–2.56)	0.98	0.50 (0.21–1.15)	0.10
Polypharmacy (>5 tablets/day)	0.93 (0.57–1.51)	0.76	0.90 (0.48–1.69)	0.74	0.48 (0.22–1.07)	0.07	1.47 (0.68–3.17)	0.32

aAn odds ratio of more than 1.00 represents a higher odds and greater likelihood of an effect from the variable

MC & PC= ≤3 bowel-movements/week and perception of being constipated for last 2 weeks

MC ONLY=only Medical Constipation (≤3 bowel-movements/week)

PC ONLY=only Perceived Constipation (perception of being constipated the last 2 weeks)

Erichsen et al. Support Care Cancer
2016; 24: 691-98.

Constipació

Factors de risc

TABLE 2. UNADJUSTED ASSOCIATIONS BETWEEN THE STUDY VARIABLES AND THE PATIENT ASSESSMENT OF CONSTIPATION SYMPTOMS AND PATIENT ASSESSMENT OF CONSTIPATION QUALITY OF LIFE

Variables	Results on association	
	PAC-SYM F statistic (p value)	PAC-QOL F statistic (p value)
Age (years)	2.32 (0.06)	0.75 (0.56)
Gender	1.68 (0.20)	0.53 (0.47)
BMI	0.39 (0.76)	0.22 (0.88)
Performance status (AKPS)	0.99 (0.37)	0.19 (0.83)
Chronic constipation according to modified Rome III criteria	5.74 (0.02)	2.62 (0.11)
Regular opioids	0.35 (0.56)	0.19 (0.67)
Mean oral morphine equivalents	0.01 (0.98)	0.13 (0.72)

Clark et al. JPM 2017; 20: 528-32

Identifying Factors That Predict Worse Constipation Symptoms in Palliative Care Patients: A Secondary Analysis

Katherine Clark, MB, BS, MMed, FRACP^{1,2} Lawrence T. Lam, PhD, BSc³
Nicholas J. Talley, MD, PhD, FRACP² Jane L. Phillips, RN, PhD³ and David C. Currow, PhD, MPH, FRACP⁴

Només la **cronicitat** de la constipació es relaciona amb **severitat**

TABLE 3. RESULTS OBTAINED FROM THE REGRESSION ANALYSES FOR PATIENT ASSESSMENT OF CONSTIPATION SYMPTOMS

Variable retained in the final model	Co-efficient (standard error)	Significance (p value)
Chronic constipation according to modified Rome III criteria ³	0.41 (0.17)	2.40 (0.02)

Constipació



Impacte en cures pal·liatives

•S'associa a:

- Ansietat, malestar, dolor abdominal, molèsties rectals, distensió abdominal, anorèxia, nàusees i vomits, retenció urinària, quadres confusionals, pèrdua de gana

Solano et al. JPSM 2006; 31(1):58-69

Erichsen et al. JPM 2015; 10(7):585

- Provoca malestar psicològic, social i existencial

Erichsen et al. JPM 2015; 10(7):585

- Competeix amb el dolor com a causa de malestar en pacients pal·liatius

•Tractar per prevenir complicacions:

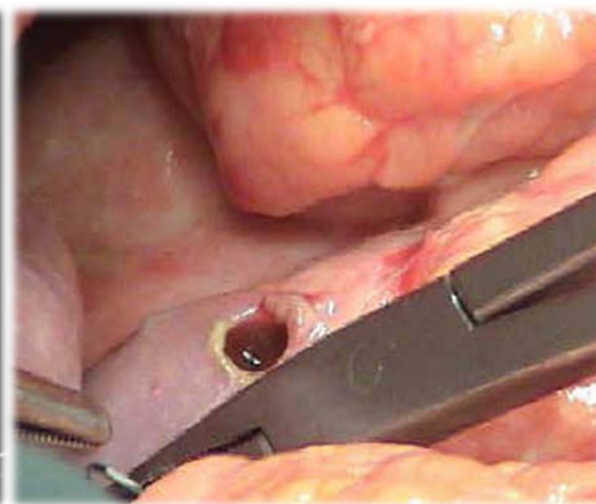
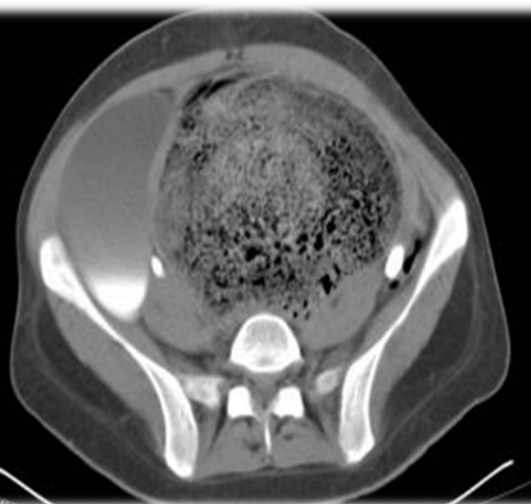
- Malabsorció de fàrmacs orals, impactació fecal, fisures rectals, hemorroides, oclusió intestinal, perforació

Mancini et al. Support Care Cancer 1998;6:356-64

Complicacions

Complicaciones del estreñimiento	Complicaciones del tratamiento
Delirium	Diarrea
Síntomas urinarios	Dolor abdominal
Impactación fecal	Fosfatemia
Náuseas/vómitos	Perforación Intestinal
Obstrucción intestinal	
Incontinencia fecal	

Libran et al. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la constipación en cuidados paliativos.





Principis generals del tractament de la constipació

- El tractament de les causes en moltes ocasions no es pot realitzar.
- El tractament farmacològic habitualment és necessari
- Els laxants orals haurien de ser de preferència
- Tractament rectal:** en pacients que no tolerin via oral, en impactació fecal o en situacions específiques.



Larkin et al. Palliat Med 2008; 22:796-807

Constipació



Abordatge no farmacològic

Mesures ambientals

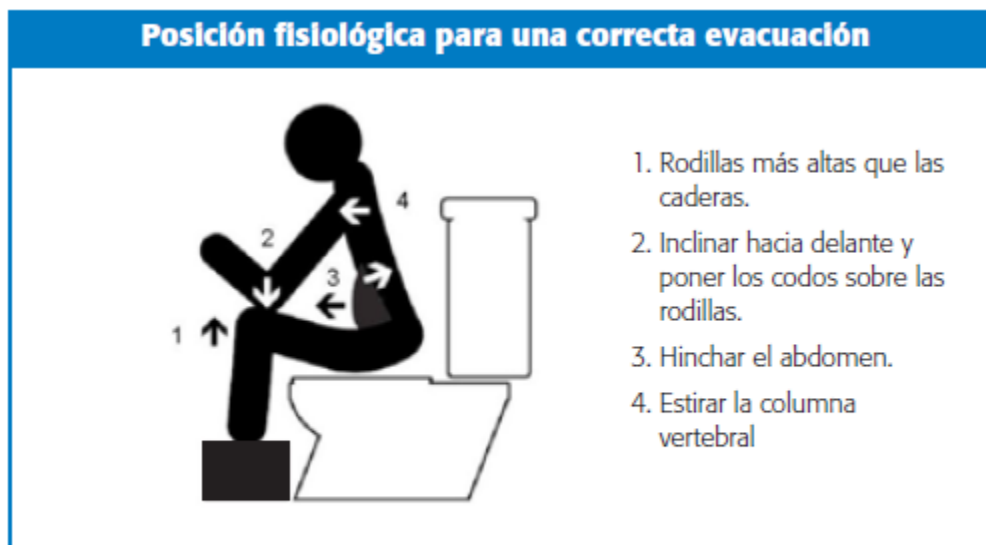


Figura 1. Modificación y variación de Ray Addison, Nurse Consultant in Bladder and Bowel Dysfunction. Wendy Ness, Colorectal Nurse Specialist.

Libran et al. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la constipación en cuidados paliativos.

Constipació

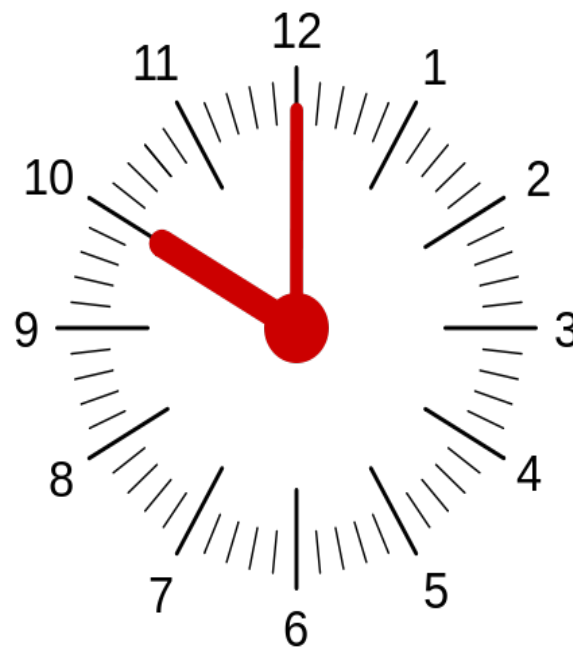


Abordatge no farmacològic

- Major activitat intestinal per evaquar a primera hora del matí (reflex gastro-còlic més fort) i després dels àpats.

Librach et al. JPSM 2010; 40:761-73

- Millor seure després de l'esmorzar, de 10 a 15 minuts, i sino després de dinar i després de sopar.





Abordatge farmacològic de la constipació

•Característiques preferides dels laxants en cures pal·liatives:

- Via oral

- Bon gust

- Que presentin pocs efectes secundaris a les dosis recomenades (principalment en quant a dolor abdominal)

- Que siguin lo suficientement potents como per ser efectius, pero no tan potents como per produir risc d'induir diarrea

Kurz et al. Drugs 2003; 63: 649-71



Classificació dels laxants

Predominantement reblandecedors fecals	Parafina líquida Laxants formadors de massa Polietilenglicols Docusato sòdic (no en Espanya)
↓	Lactulosa Sales de magnesi Sen
Predominantement estimulants del peristaltisme	Bisacodilo, picosulfato sòdic

- Femtes toves: estimulator
- Femtes dures: osmòtic
- **Recomanació general:** combinació de les 2 categories

Robinson et al. Clin J Oncol Nurs 2000; 4:79-84

Kurz et al. Drugs 2003; 63: 649-71

Sykes, Oxford Textbook 2003



Taula de laxants

Tabla de laxantes para cuidados paliativos

Categoría	Formulación	Dosis	Inicio de acción	Efectos secundarios	Contra-indicaciones	Volumen de líquido requerido
FORMADORES DE MASA (no recomendados en cuidados paliativos)						
<i>Absorben agua desde la luz intestinal, aumentando la masa de las heces</i>						
Cáscara de ispágula	Sobres Granulado	3'5g de 1 a 3 veces al día	Inicialmente 24-72 h, posteriormente 8-12 h	Distensión abdominal, dolor abdominal	Mal tolerado en pacientes incapaces de tomar suficiente líquido	150 ml de agua
Metilcelulosa	Cápsulas	1'5 g/8h	24-72h	Flatulencia, distensión abdominal, obstrucción intestinal, fecaloma	Dificultad para degluir, obstrucción intestinal, fecaloma, colon atónico	El volumen requerido para la toma de las cápsulas

Libran et al. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la constipación en cuidados paliativos.

Constipació



Taula de laxants

ESTIMULANTES						
Estimulan los plexos mientéricos, aumentando la motilidad intestinal						
Sen	Solución oral Grageas Gotas	15 ml/12 h	8-12h	Diarrea acuosa, dolor abdominal, dermatitis, alteraciones hidroelectrolíticas	Dolor abdominal, oclusión intestinal, náuseas/vómitos	El volumen requerido para la toma de grageas en caso de grageas
Bisacodilo	Grageas Comprimidos recubiertos	10-20 mg/12 h	6-12 h	Dolor abdominal, diarrea	Obstrucción intestinal, procesos quirúrgicos recientes (por ejemplo apendicitis), deshidratación severa, enfermedad inflamatoria intestinal	El volumen requerido para la toma de grageas o comprimidos
Picosulfato	Gotas	5-10 gotas/día	6-12 h	Dolor abdominal, diarrea	Obstrucción intestinal, procesos quirúrgicos recientes (por ejemplo apendicitis), deshidratación severa, enfermedad inflamatoria intestinal	5-10 ml/día

Libran et al. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la constipación en cuidados paliativos.

Constipació



Taula de laxants

REBLANCEDORES FECALES						
Lubrifican la superfície de las heces y reblandecen las heces						
Parafina	Emulsión Sobres Solución	5-15 ml/12 horas	1-3 días	Filtración anal, irritación, neumonía lipídica	Dolor abdominal, náuseas, vómitos	10-30 ml/día

Libran et al. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la constipación en cuidados paliativos.



Constipació



Taula de laxants

OSMÓTICOS						
Lactulosa (Disminuyen el pH y se promueve el peristaltismo)	Solución Sobres	15ml/12h	1-2 días	Flatulencia, calambres, malestar abdominal	Galactosemia, obstrucción intestinal	15-30 ml/día
Sales de Magnesio (Atraen agua desde la pared del intestino hacia la luz intestinal y por ello se promueve la peristalsis)	Hidróxido de magnesio: Sobres/suspensión	Hidróxido de magnesio: 15-30ml/12 h	1-6 h	Alteración hidroelectrolítica y de fluidos	Riesgo de hipermagnesemia en pacientes con insuficiencia renal	Hidróxido de magnesio: 30-60 ml/día
	Sulfato de magnesio: Granulado/polvo	Sulfato de magnesio: 5-10g (1-2 cucharadas cada 8h)				Sulfato de magnesio: 10-20 ml/día
Polietilenglicoles (Dado su alto peso molecular retienen agua en el intestino)	Sobres	1-3 sobres/día	1-3 días	Distensión abdominal, dolor abdominal, náuseas, diarrea	Perforación intestinal, obstrucción intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, megacolon tóxico	125 ml por sobre

Libran et al. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la constipación en cuidados paliativos.

Constipació



Laxants rectals

- Proporcionen benefici per la seva ràpida efectivitat (Mesura afegida quan laxants orals no són suficients)
- No han de ser la base del tractament de l'estrenyiment.
- Primera opció en cas de no tolerància a la via oral, impactació fecal, pacients amb problemes espinals.
- Administració en forma de supositoris o ènemes

Choi et al. JPSM 2002; 28:401-17

Kurz et al. Drugs 2003; 63: 649-71





Laxants rectals

Tabla de laxantes rectales					
Categoría	Ejemplos	Dosis	Mecanismo de acción	Inicio de acción	Efectos secundarios
Lubricantes	Enemas de aceite	60-120 ml	Facilita la penetración de agua en las heces para reblandecerlas	1 h	Irritación local
Osmóticos	Glicerina	1 supositorio	Aumenta la cantidad de agua en la luz intestinal y el peso fecal	15-60 minutos	Irritación local
Osmóticos	Citrato sódico	1 cánula	Actúa reteniendo líquido en el intestino, por lo que incrementa el volumen de agua en las heces	5-15 minutos	Dolor, irritación, escozor y picor anal.
Osmóticos	fosfatos	1 enema	Aumenta la secreción intestinal de agua y estimula el peristaltismo	15-30 minutos	Irritación local Su uso excesivo puede provocar diarrea y pérdida de líquido
Estimulantes	bisacodilo	1 supositorio	Aumenta la motilidad intestinal, estimula las terminaciones nerviosas de la mucosa del colon	15-60 minutos (debe estar en contacto con la pared intestinal para ser efectivo)	Dolor abdominal, diarrea, irritación local

Libran et al. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la constipación en cuidados paliativos.



El tractament de la constipació induïda per opioids es basa en:

Tractament amb laxants

Canvi de via i rotació d'opioids

Tractament amb antagonistes opioids

Els laxants són el primer tractament, però podrien no ser efectius i/o presentar efectes secundaris locals o sistèmics no tolerables.

Holder RM et al. Pharmacother 2016; 36:287-992

Constipació induïda per opioids

Laxants



L'ús de **laxants** hauria d'acompanyar **sempre** els pacients que inicien tractament amb **opioids**.

Es podria considerar optimitzar la dosi de l'estimulant abans d'afegir un altre laxant.

Example Protocol for Opioid-induced Constipation in Patients With Advanced Illness

Generally, all patients with advanced illness who are prescribed an opioid also should be prescribed senna, with the aim of achieving a regular bowel movement without straining every 1–3 days. Occasionally, rather than automatically changing to senna, it may be more appropriate to optimize a patient's existing regimen.

This protocol also provides a suitable approach to managing constipation in patients not on opioids. In this circumstance, smaller doses may well suffice.

1. Ask about the patient's past and present bowel habit and use of laxatives; record the date of last bowel action.
2. Palpate for fecal masses in the line of the colon; examine the rectum digitally if the bowels have not been open for ≥ 3 days or if the patient reports rectal discomfort or has diarrhea suggestive of fecal impaction.

Twycross et al. JPSM 2012; 43:306-13.

Constipació induïda per opioïds

Laxants



Mateixa recomanació que prèviament en quant a l'ús de laxants (femtes dures un **osmòtic**, femtes toves un **estimulador**, sent la recomanació general la combinació de les dues categories de laxants)

Laxantes:

No hay suficiente evidencia para indicar con que tipo de laxantes deberiamos iniciar el tratamiento. El uso de laxantes debería acompañar siempre a los pacientes que inician opioides. La Organización Mundial de la Salud recomienda tomar medidas de prevención ante la constipación para todos los pacientes que tomen opioides⁽¹¹⁾.

Dado que la constipación en cuidados paliativos es habitualmente multifactorial y ante la falta de clara evidencia para recomendar iniciar con un laxante u otro, en cuanto al tratamiento con laxantes seguimos recomendando en esta guía iniciar con los laxantes explicados previamente. es decir, en caso de heces blandas, daremos un estimulador y en caso de heces duras daremos un osmótico, siendo la recomendación general la combinación de las dos categorías de laxantes: uno predominantemente estimulante y otro predominantemente reblandecedor."

Libran et al. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la constipación en cuidados paliativos.

Constipació induïda per opioïds

Canvi de via i rotació d'opioid



- El canvi d'opioid pot millorar l'hàbit intestinal.
- Els fàrmacs més favorables semblen ser **fentanil** i **metadona**
- Tapentadol**: mecanisme d'acció dual. (agonista mu i inhibidor de la recaptació de noradrenalina), millor tolerància intestinal
- Possible també canviar via d'administració (millor tolerabilitat, amb evidència lleu)

González-Barboteo et al 2012. Manual de rotación de opioides en paciente oncológico.1ª ed.

Ahmedzai et al. JPSM 1997; 13:254-61

Etropolski et al. Advances in therapy 2011; 28:401-17

- Més constipació amb morfina que amb fentanil transdèrmic

Ahmedzai et al. BMJ Clin evid 2010



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**



ICO
Institut Català d'Oncologia



Germans Trias i Pujol
Hospital
Institut Català de la Salut

acalsina@iconcologia.net

Institut Català d'Oncologia

ICO l'Hospitalet

Hospital Duran i Reynals
Av. Granvia de L'Hospitalet, 199-203
08908 L'Hospitalet de Llobregat

ICO Badalona

Hospital Germans Trias i Pujol
Ctra. del Canyet s/n
08916 Badalona

ICO Girona

Hospital Doctor Trueta
Av. França s/n
17007 Girona

ICO Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre

Hospital Joan XXIII
C. Dr. Mallafrè Guasch, 4 43005 Tarragona
Hospital Verge de la Cinta
C. de les Esplanetes, 14 43500 Tortosa