

P-189 CONSENSO EN LAS ESTRATEGIAS DE MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

J. M. Esparza-Miñana¹, R. Gironés², A. Calsina-Berna³, A. Gozalvo⁴, E. Falcó⁵, J. P. Porta-Sales⁶

¹Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Hospital de Manises, Valencia; ²Oncología Médica. H. Universitario y Politécnico La Fe, Valencia; ³Institut Català d'Oncologia (ICO), Barcelona; ⁴Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia; ⁵Hospital Son Llàtzer, Palma; ⁶Institut Català d'Oncologia (ICO), Girona

Palabras clave: cáncer, estreñimiento, opioides, laxantes, dolor.

Introducción: El estreñimiento inducido por opioides (EIO) es un efecto adverso con alta prevalencia en pacientes oncológicos tratados con opioides que repercute negativamente en su calidad de vida (1). A pesar de los avances en la comprensión de la fisiopatología subyacente y la aparición de nuevos fármacos para su tratamiento, su abordaje médico es con frecuencia inadecuado (1). Por ese motivo en el presente proyecto se recabó la opinión de un panel de expertos.

Objetivos: El principal objetivo de este estudio es establecer consenso respecto a las estrategias de diagnóstico y tratamiento del EIO en pacientes oncológicos en base a la evidencia científica y la experiencia de un panel de expertos.

Materiales y métodos: Para el estudio se utilizó el método Delphi modificado. El comité científico definió un cuestionario estructurado con 67 puntos con aspectos relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con EIO. El cuestionario fue evaluado posteriormente, en dos rondas sucesivas (con una escala ordinal de Likert de 9 puntos), por un panel multidisciplinar de 46 expertos, entre los que se incluyeron especialistas de oncología médica, cuidados paliativos, oncología radioterápica y unidades del dolor. Los resultados fueron analizados y debatidos en una última reunión por el comité científico.

Resultados: Se alcanzó consenso en el acuerdo en el 91 % de los puntos propuestos. Se obtuvo acuerdo con respecto a la definición del EIO (95,7 %), referida a la definición Roma IV. Se recomienda utilizar los criterios ROMA IV en la práctica clínica para mejorar el diagnóstico del EIO (82,97 %). Hacen falta herramientas de evaluación sencillas con escalas medibles que permitan evaluar los cambios sintomáticos asociados al EIO (87,2 %), como el índice de función intestinal (BFI, de sus siglas en inglés) (74,47 %). Muchos pacientes oncológicos no reciben un diagnóstico correcto del EIO (85,1 %). Es necesario una

mayor concienciación de los clínicos acerca de la posibilidad de que sus pacientes desarrollen EIO durante todo el tiempo que dure el tratamiento con opioides, así como una mayor proactividad para comentar la sintomatología con los pacientes (100 %). Se recomienda la prevención e inicio temprano del tratamiento para evitar complicaciones futuras (97,87 %). Se requiere la individualización del tratamiento (100 %), la evaluación regular del mismo y su mantenimiento durante el tiempo que dure el tratamiento con opioides (91,5 %). No se alcanzó consenso claro con respecto al algoritmo de tratamiento. Los antagonistas periféricos de receptores de opioides μ (PAMORA) orales se consideraron una buena alternativa para el tratamiento del EIO en pacientes oncológicos (97,9 %). Se recomienda el tratamiento coadyuvante con PAMORA orales y laxantes cuando EIO y estreñimiento funcional coexisten en un mismo paciente.

Discusión: El EIO afecta negativamente a la calidad de vida de los pacientes oncológicos, incrementando, entre otras cosas, las visitas a urgencias, las hospitalizaciones y la pérdida de adherencia a los tratamientos con opioides. Por ello, se hace necesario un manejo y tratamiento adecuados del EIO.

Una de las causas potenciales del infradiagnóstico del EIO es la inexistencia de una definición consensuada; para tratar de abordar este problema el panel de expertos sugiere utilizar la definición y los criterios Roma IV. Se señalan también, como posibles barreras, la necesidad de diferenciar el EIO de otras causas de estreñimiento, o la falta de comunicación de los síntomas por parte de los pacientes, etc., para lo cual se sugiere un aumento en la concienciación y la proactividad de los profesionales sanitarios para discutir los síntomas de EIO con los pacientes. La falta de consenso en el algoritmo de tratamiento observada demuestra la necesidad de guías clínicas que aborden este problema. Los tratamientos tradicionales han demostrado poca eficacia en muchas ocasiones (1). A pesar de la poca evidencia científica que los apoya, los laxantes osmóticos son los más utilizados en primera línea de tratamiento. Los PAMORA orales se consideran una buena alternativa terapéutica para el tratamiento del EIO en pacientes oncológicos. Aunque no ha habido consenso, muchos expertos (62 %), consideran que los PAMORA podrían utilizarse en primera línea si el estreñimiento está directamente relacionado con los opioides, de acuerdo con el último consenso europeo sobre el abordaje del EIO (2). Finalmente, una vez pautado el tratamiento del EIO se recomienda su evaluación temprana y, si es posible, en la semana después de instaurarlo.

Conclusiones: Este proyecto presenta, en base a la evidencia científica y experiencia en práctica clínica de un comité multidisciplinar de expertos una serie de recomendaciones para el manejo de EIO en pacientes oncológicos con el objetivo de mejorar la atención y el cuidado de estos pacientes.

Agradecimientos: Los autores agradecen a la Unidad de Investigación de Luzán 5 (Madrid) el diseño y coordinación del estudio. Este trabajo ha sido financiado por Kyowa Kirin Farmacéutica SLU.

Bibliografía:

1. Rumman A, et al. *Expert Rev Qual Life Cancer Care*. 2016;1:25-35.
2. Farmer AD, et al. *United European Gastroenterol*. 2019;7:7-20.

P-192 EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y TOLERANCIA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR IRRUPTIVO NO ONCOLÓGICO CON OPIOIDES DE RÁPIDO INICIO DE ACCIÓN. REVISIÓN SISTEMÁTICA

S. Marmaña Mezquita¹, J. Ripollés Melchor², P. Magalló Zapater¹, R. Chacón Sal¹, M. Moncho Rodríguez¹, C. Batet Gabarro³

¹Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona;

²Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid; ³Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Cap d'Unitat., Barcelona

Palabras clave: opioides de rápido inicio de acción, dolor irruptor no oncológico, revisión sistemática.

Introducción: El dolor irruptivo (DI) no es exclusivo de pacientes oncológicos, es prevalente en pacientes afectos de dolor crónico de origen no maligno y que requiere ser tratado con medicación que se ajuste a su perfil temporal, como son los opioides de rápido inicio de acción (ROO); pero las fichas técnicas de estos y, por ende, las guías clínicas solo tienen aprobado su uso en el dolor irruptivo oncológico. A pesar de ello, es práctica clínica habitual pautarlos en dolor irruptivo no oncológico.

Objetivo: Determinar la eficacia, tolerancia y seguridad de los ROO para el tratamiento del DI no oncológico.

Material y métodos: Revisión sistemática sobre la eficacia analgésica de los ROO en DI no canceroso, encontrando 5 ECA en los que se realiza una intervención con fentanilo transmucoso en comprimido bucal y comparan la eficacia analgésica, mejoría funcional, tolerancia y seguridad respecto a placebo u opioide de liberación normal, en humanos adultos, publicados entre 2007 y julio de 2013 con puntuación Jadad > 1, publicados en inglés o en castellano, según los criterios de inclusión para esta revisión. Todos los ECA fueron analizados de forma independiente por los autores.

Conclusiones: El fentanilo transmucoso bucal mostró ser más eficaz en el tratamiento de dolor irruptivo no oncológico que placebo; se asoció con mayor alivio de dolor, más rápido inicio de acción, mayor mejoría funcional y similar tolerancia comparado con opioides de liberación normal; su perfil de seguridad fue consistente con el observado en estudios previos. Sin embargo, los datos hallados en ECA no son concluyentes, por lo que se requieren nuevos ECA bien diseñados y con suficiente potencia estadística en los que se comparen distintos fármacos y dosis en población representativa de la real con el fin de resolver los actuales interrogantes y su repercusión en la práctica clínica habitual.

Discusión: El DI no es exclusivo del paciente oncológico y puede asociarse con un deterioro funcional sustancial y trastornos psicológicos. Existe una preocupación importante con respecto al riesgo de abuso y desviación de opioides cuando se utilizan para tratar el dolor crónico no relacionado con el cáncer. El papel de los ROO o los opioides de liberación inmediata para contribuir a este riesgo no está claro. Los datos relativos a la aparición de comportamientos aberrantes relacionados con el fármaco en la fase de extensión de 12 semanas del estudio de Webster y cols. (1) han sido presentados en el artículo de Passik y cols. (2), en el que concluyen que la incidencia de conductas aberrantes relacionadas con los fármacos fue similar entre los pacientes que tomaron comprimidos de fentanilo bucal y los opioides tradicionales de acción corta, si bien presenta la limitación de tratarse de un seguimiento a medio plazo. Otra preocupación que resulta en el infratratamiento del DI en el paciente no oncológico es la concerniente a la seguridad, puesto que el paciente con dolor crónico no canceroso, en su mayor parte asociado a enfermedades osteomusculares degenerativas, suele ser de edad avanzada y con comorbilidades. Si bien la aplicabilidad de los hallazgos en estos estudios a la práctica clínica está limitada por la naturaleza controlada del entorno del estudio clínico, los criterios de inclusión y exclusión de los diferentes estudios pueden ofrecer un ejemplo de evaluación de riesgo y estándares de estratificación que pueden identificar a los pacientes más apropiados para recibir un tratamiento con un ROO. El progreso de la muestra de Fine y cols. a través del estudio nos muestra que los beneficios se pueden lograr mediante la adición de un ROO.

Guías clínicas recientes apoyan la utilidad del tratamiento opioide a largo plazo para el dolor crónico no oncológico, pero no contemplan la existencia de DI en estos pacientes y ello puede ser debido a que la evaluación de este es difícil debido a que las herramientas validadas en dolor crónico (*Brief Pain Inventory-Short Form, modified Oswestry Disability Index, 36-Item Short-Form Health Survey, Profile of Mood States*) no han mostrado una sensibilidad sustancial en DI. Sin embargo, las evaluaciones específicas para este tipo de dolor, como los cuestionarios