

Obstipação

Cuidados Paliativos
Ferraz Gonçalves



Prevalência

- É um dos problemas mais frequentes em cuidados paliativos.
- É um problema em cerca de 50% dos doentes admitidos em unidades de cuidados paliativos.
- A sua prevalência é independente da doença crónica em causa.

Definição

- É a passagem de fezes duras em pequena quantidade, com pouca frequência e com dificuldade.
- Indicadores objectivos:
 - defecar menos de 3 vezes por semana, esforço durante mais de 25% das defecações
 - fezes duras por vezes formando bolas pelo menos 25% das vezes
 - sensação de evacuação incompleta pelo menos 25% das vezes
 - defecação demorando regularmente mais de 10 minutos.

Definição

- A obstipação deve ser definida fundamentalmente pelos doentes,
- Mas se ocorrer um dos factos indicados atrás, sobretudo um número de dejecções inferior a três por semana, deve-se proceder a uma avaliação.

Crítérios de Roma

- <http://www.romecriteria.org/criteria/>

Causas

- Tumorais
- Fármacos
- Doenças co-existent

Causas - tumorais

- Acção directa:
 - obstrução intestinal por tumor intestinal ou por compressão extrínseca; dano da medula espinal lombo-sagrada, da cauda equina ou do plexo pélvico; hipercalemia.
- Acção indirecta:
 - ingestão inadequada de alimentos; dieta com poucas fibras; desidratação; fraqueza; inactividade; alterações cognitivas; depressão; dificuldade em se deslocar ao quarto de banho; quartos de banho estranhos.

Causas - fármacos

- opióides
- anti-colinérgicos:
 - escopolamina, fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos
- anti-ácidos; diuréticos; anticonvulsivantes; ferro; suplementos de cálcio; anti-ácidos especialmente contendo cálcio e alumínio; bloqueadores do canal do cálcio; simpaticomiméticos; anti-histamínicos; alcalóides da vinca; AINEs.

Obstipação associada aos opióides

- Supressão do peristaltismo tanto a nível do intestino delgado como do cólon,
- Aumento da tonicidade esfinteriana,
- Síndrome intestinal dos narcóticos:
 - Obstipação,
 - Náuseas e vómitos,
 - Desconforto abdominal ligeiro,
 - Distensão abdominal gasosa,
 - Obstrução cólica funcional.

Causas – comorbilidade

- Diabetes; uremia; feocromocitoma; hipotireoidismo; insuficiência cardíaca; hipocalcemia; neuropatia autonómica; hérnia; doença diverticular; rectocelo; fissura ou estenose anal; prolapso anterior da mucosa; hemorroidas; colite.

Avaliação

- A última vez que defecou;
- Qual a frequência actual de defecação;
- As características das últimas fezes;
- Se a defecação requer esforço;
- Se a defecação é dolorosa;
- Se há sensação de defecação incompleta;
- Se o doente sente necessidade de defecar mas é incapaz de o fazer (sugere fezes duras ou obstrução rectal);
- Se existe vontade de defecar (a sua ausência sugere inércia colica);
- Se as fezes emergem através de uma saliência à saída do canal anal após esforço significativo (sugere hemorroidas);
- Se há sangue ou muco nas fezes (sugere obstrução tumoral, hemorroidas ou ambos);
- Se há diarreia após obstipação (sugere impacção de fezes);
- Se há incontínência (pode haver impacção de fezes);
- A importância que o doente atribui ao funcionamento intestinal;
- Se há privacidade para defecar;
- Se o doente necessita de ajuda para se deslocar ao quarto de banho.

Avaliação

- A impacção de fezes pode apresentar-se como diarreia ou como incontinência e, como 90% ocorre no recto, o toque rectal permite diagnosticar a maioria
 - ocorre caracteristicamente em idosos em quem a inatensão para defecar, a confusão ou a insensibilidade rectal leva à formação de uma grande massa fecal impossível de expulsar espontaneamente.
- A oclusão intestinal e a obstipação grave secundária ao uso de opióides podem apresentar um quadro clínico semelhante que é necessário distinguir.

Avaliação

- Os doentes com náuseas sem explicação devem ser avaliados para obstipação.
- Os esforços dos músculos cólicos para empurrar as fezes duras pode provocar dor abdominal frequentemente em cólica provocando problemas de diagnóstico diferencial.
- As fezes no recto podem provocar incontinência ou retenção urinária nos idosos ou debilitados, pelo que o seu início recente deve levar a exame abdominal e a toque rectal como exames iniciais.
- Outras complicações possíveis são a anorexia e a confusão.

Exame físico

- O toque rectal e o exame abdominal são indispensáveis.
- A palpação abdominal pode revelar massas fecais no cólon,
 - A distinção entre tumor e estas massa por vezes difícil,
 - Aplicando pressão firme, se o doente tolerar, as fezes deformam-se e podem dar uma sensação tipo crepitação devido ao gás entranhado,
 - Com o tempo, as fezes movem-se; ao contrário as massas tumorais são em geral duras, não se deformam nem se movem.

Exame físico

- O toque rectal pode revelar:
 - Uma massa dura de fezes, um tumor rectal, um rectocele, uma úlcera rectal ou estenose anal,
 - Um esfíncter anal laxo pode indicar dano medular associado a hipotonia cólica,
 - Se o toque rectal mostra ausência de fezes, há provavelmente inércia cólica.

Exame das fezes

- O exame das fezes pode ser útil:
 - Pequenas bolas duras sugerem trânsito intestinal lento,
 - Fezes tipo fita sugere estenose ou hemorróidas,
 - Sangue ou muco sugerem tumor, hemorróides ou colite. [3]
- Raramente são necessários exames na avaliação da obstipação, em medicina paliativa. Os Rx abdominais podem distinguir entre obstipação e oclusão se persistirem dúvidas, mas são raramente necessários e não devem ser métodos de rotina. Os testes de sangue podem usar-se se houver um quadro clínico sugestivo de hipercalemia ou de hipotireoidismo.

Exames

- Raramente são necessários exames na avaliação da obstipação, em medicina paliativa.
 - Os Rx abdominais podem distinguir entre obstipação e oclusão - não devem ser métodos de rotina.
 - As análises de sangue podem usar-se se houver um quadro clínico sugestivo de hipercalemia ou de hipotireoidismo.

Profilaxia e medidas gerais

- Bom controlo de sintomas
- Encorajar os doentes a tentar defecar 30 minutos após as refeições para aproveitar o reflexo gastrocólico.
- Encorajar a actividade
- Manter uma ingestão adequada de líquidos – não se justifica o uso de infusões parentéricas
- Maximizar o conteúdo de fibras da dieta, sem afectar o aspecto da comida nem desprezar os gostos do doente.
- Prevenir o efeito obstipante dos fármacos, principalmente dos opióides, administrando laxantes.

Fibras

- Anorexia
 - redução da quantidade de comida consumida
 - consequentemente numa redução da ingestão de fibras.
- Os suplementos de fibras aumentam o volume das fezes e aceleram o trânsito intestinal.
 - Para aumentar em 50% o número de dejectões é necessário aumentar em 450% a ingestão de fibras,
 - A capacidade para a ingestão de líquidos também muitas vezes se reduz,
 - é importante para a eficácia da ingestão de fibras,
 - A prevenção da obstipação requer a ingestão de pelo menos 2 L de líquidos por dia
 - é necessário pelo menos 1,5 L para a ingestão segura de suplementos de fibras.
- Destes dados pode-se concluir que não é apropriado prevenir a obstipação com base nas fibras da dieta.

Tratamento farmacológico

- Mesmo com as medidas profiláticas, quase 80% dos doentes internados em unidades de cuidados paliativos necessitam de laxantes.
- Há poucos dados experimentais sobre a escolha do tipo de laxante e a dose:
 - A selecção deve basear-se:
 - no modo de acção dos fármacos,
 - nas características da obstipação do doente, em particular na consistência das fezes,
 - na disponibilidade de laxantes nos diversos locais.



Tratamento farmacológico

- Fezes duras:
 - Agente predominantemente amolecedor - a estimulação excessiva do peristaltismo provavelmente provocará cólicas.
- Fezes moles:
 - Estimulante do peristaltismo.
- Muitas vezes a combinação é mais eficaz do que um agente amolecedor isolado e causa menos efeitos laterais do que um estimulador do peristaltismo dado isoladamente;
- Os estimulantes do peristaltismo tendem a causar cólicas se não forem acompanhados por um amolecedor;
- Num doente muito fraco um amolecedor pode não ser suficiente para que as fezes sejam expelidas.

Tratamento farmacológico

- Nenhum fármaco actua puramente como amolecedor ou estimulante do peristaltismo.
- Todos os laxantes são mais eficazes se os doentes estiverem bem hidratados
 - não se justifica a administração de soros só por esse facto.
- Se agentes que aumentam o volume das fezes como a ispagula, a metilcelulose ou a farelo forem tomados sem ingestão adequada de água podem precipitar uma oclusão intestinal pela formação de uma massa viscosa no intestino,
 - Em geral não devem ser usados em cuidados paliativos.

Tratamento farmacológico

- O objectivo do tratamento com laxantes é a defecação confortável e não uma frequência particular.
- Se um doente estiver bem com um fármaco que não é habitualmente usado não se deve alterar só por este facto.
- As doses são determinadas pelo efeito e devem ser dadas regularmente.
- Em doses baixas, podem ser dados à noite em dose única, mas doses mais altas necessitam de ser divididas.
- Se aparecer diarreia, suspende-se a terapêutica por 24 h, o que em geral resolve o problema, e reinicia-se o tratamento com um nível abaixo.

Laxantes orais

Efeito predominante	Classificação	Fármacos
Emolientes	Lubrificantes	Parafina líquida
	Surfactantes	Docusato de sódio
	Osmóticos	Lactulose
	Formadores de volume	Farelo, Ispaghula
	Macrogol	Macrogol
Estimulantes do peristaltismo	Salinos	Hidróxido de magnésio
	Antracenos	Sene
	Polifenólicos	Bisacodil
		Picosulfato de sódio

Laxantes rectais

Efeito predominante	Classificação	Fármacos
Emolientes	Osmóticos	Glicerina
	Salinos	Citrato de sódio
Estimulantes do peristaltismo	Polifenólicos	Bisacodil

Uso dos laxantes

Laxante	Dose inicial	Tempo de latência
Lactulose	30 mL 1x/d	1 a 2 dias
Macrogol	1 a 3 saquetas	1 a 3 dias
Sene	5 mL ou 1 comprimido à noite	6 a 12 horas
Picosulfato de sódio	5 mg (10 gotas) à noite	10 a 14 horas
Bisacodil rectal	10 mg	15 a 60 minutos
Citrato de sódio	5 mL	15 a 60 minutos

Metilnaltrexona

- Amina quaternária antagonista dos receptores opióides μ ;
- Capacidade restrita de atravessar a barreira hemato-encefálica.
- Indicação - obstipação induzida pelos opióides resistente aos outros laxantes:
 - Usa-se na dose de 0,15 mg/Kg de peso em dias alternados;
 - na prática nos doentes com menos de 60 Kg - 0,4 mL (8 mg);
 - nos doentes com mais de 60 Kg na dose de 0,6 mL (12 mg) por via SC.
- A sua função é mais potenciar a acção dos laxantes do que substituí-los:
 - As doses dos laxantes devem ser optimizadas.
- Os efeitos laterais mais frequentes são a dor abdominal, flatulência, aumento da temperatura corporal e tonturas.
- Na insuficiência hepática e renal graves deve reduzir-se a dose.
- Sobre doentes em hemodiálise não há dados disponíveis.

