

## OBSTIPAÇÃO

A obstipação é um dos problemas mais frequentes em cuidados paliativos [1]. A obstipação é citada como um problema por cerca de 50% dos doentes admitidos em unidades de cuidados paliativos, sendo a sua prevalência semelhante, independentemente da doença crónica em causa [1].

Há várias definições de obstipação. Os elementos usados na definição são os sintomas, a forma e consistência das fezes, o número de defecações por semana, evacuação incompleta e a opinião dos doentes [2]. N. Sykes define obstipação como a passagem de fezes duras em pequena quantidade, com pouca frequência e com dificuldade [3]. A obstipação pode definir-se com os seguintes indicadores objectivos: defecar menos de 3 vezes por semana (uma pequena percentagem da população saudável defeca menos de 3 vezes por semana), esforço durante mais de 25% das defecações, fezes duras por vezes formando fecalomas pelo menos 25% do tempo, sensação de evacuação incompleta pelo menos 25% das vezes e defecação demorando regularmente mais de 10 minutos [3,4]. Considera-se, no entanto, que a obstipação deve ser definida fundamentalmente pelos doentes [1], mas se ocorrer um dos factos acima descritos, sobretudo um número de dejectões inferior a três por semana, deve-se proceder a uma avaliação.

A obstipação em doentes com doença progressiva é geralmente multifactorial [3,5] (quadro 1).

### Quadro 1. Causas de obstipação mais relevantes em medicina paliativa

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tumorais            | <u>Acção directa</u> : obstrução intestinal por tumor intestinal ou por compressão extrínseca; dano da medula espinal lombo-sagrada, da cauda equina ou do plexo pélvico; hipercalemia.<br><u>Efeitos secundários</u> : 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. |
| Fármacos            | Opióides; fármacos com efeitos anti-colinérgicos como escopolamina, fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos; diuréticos; anticonvulsivantes; ferro; suplementos de cálcio; anti-ácidos especialmente contendo cálcio e alumínio; bloqueadores do canal do cálcio; simpaticomiméticos; anti-histamínicos; alcalóides da vinca; AINE.                                                                             |
| Doenças co-existent | Diabetes; uremia; feocromocitoma; hipotireoidismo; insuficiência cardíaca; hipocalcemia; neuropatia autonómica; hérnia; doença diverticular; rectocelo; fissura ou estenose anal; prolapso anterior da mucosa; hemorróidas; colite.                                                                                                                                                                                                   |

Os opióides atrasam o trânsito gastrointestinal pela activação dos receptores  $\mu$ ,  $k$  e  $\delta$ , mas sobretudo do receptor  $\mu$  no sistema entérico causando diminuição das secreções gástrica, biliar, pancreática e intestinal, aumenta a absorção de água, diminui a motilidade e o esvaziamento gástrico, inibe a propulsão do intestino delgado como do cólon, aumenta a amplitude das contracções segmentares não propulsivas, aumenta a tonicidade dos músculos esfíncterianos como o esfíncter de Oddi e o esfíncter anal e diminui o reflexo de relaxamento do esfíncter anal com distensão rectal [6]. Se este efeito for suficientemente intenso, pode produzir-se a síndrome intestinal dos narcóticos, caracterizada por náuseas e vômitos, desconforto abdominal ligeiro, obstipação, distensão abdominal gasosa e obstrução colónica funcional.

### **Sintomas**

É necessário saber quando o doente defecou pela última vez, qual a frequência com que defeca, se as fezes são duras ou moles, se têm muco ou sangue (o que sugere obstrução tumoral, hemorróides ou ambos). Se o doente tem vontade de defecar, mas não o consegue fazer, isso pode dever-se a fezes duras ou obstrução a nível do recto (quadro 2). Se não há vontade de defecar pode haver inércia cólica. 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 [3]. A oclusão intestinal e a obstipação grave secundária ao uso de opióides podem apresentar um quadro clínico semelhante, mas que é necessário distinguir. 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.

É importante saber se o doente tem acesso fácil a uma sanita ou a uma aparadeira. A falta de privacidade pode provocar obstipação.

### **Quadro 2. Avaliação do doente com obstipação**

---

- 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 hemorróidas);
  - Se há sangue ou muco nas fezes (sugere obstrução tumoral, hemorróidas ou ambos);
  - Se há diarreia após obstipação (sugere impacção de fezes);
  - Se há incontinência (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.
- 

### **Exame físico**

O toque rectal e o exame abdominal são indispensáveis. A palpação abdominal pode revelar massas fecais no cólon, sendo 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. Por vezes é necessário um Rx abdominal para distinguir tumor de fezes.

O toque rectal pode revelar uma massa dura de fezes, um tumor rectal, um rectocelo, uma úlcera rectal ou estenose anal. Um esfíncter anal laxo pode indicar dano da medula espinal associado a hipotonia colónica. Se o toque rectal mostra ausência de fezes, há provavelmente inércia cólica. [3]

O exame das fezes pode ser útil. Pequenas bolas duras sugerem trânsito intestinal lento, fezes tipo fita sugere estenose ou hemorróidas e 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. Os testes de sangue podem usar-se se houver um quadro clínico sugestivo de hipercalcemia ou de hipotireoidismo.

## **Tratamento**

### **Profilaxia e medidas gerais**

Dadas as etiologias indicadas atrás, podem tomar-se várias medidas preventivas. Assim, é importante manter um bom controlo de sintomas, encorajar os doentes a tentarem defecar 30 minutos após as refeições para aproveitar o reflexo gastrocólico, encorajar a actividade, manter uma ingestão adequada de líquidos, maximizar o conteúdo de fibras da dieta (a prioridade, no entanto, deve continuar a ser dar uma alimentação tão atraente quanto possível), antecipar os efeitos obstipantes dos fármacos usando laxantes e criar um ambiente favorável com privacidade [3].

A anorexia presente em muitos doentes em cuidados paliativos resulta numa redução da quantidade de comida consumida e conseqüentemente numa redução da ingestão de fibras. Os suplementos de fibras aumentam o volume das fezes e aceleram o trânsito intestinal. No entanto, para aumentar em 50% o número de dejectões é necessário aumentar em 450% a ingestão de fibras [1]. A capacidade para a ingestão de líquidos também muitas vezes se reduz, mas 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 e são necessários pelo menos 1,5 L para a ingestão segura de suplementos de fibras [1]. Destes dados pode-se concluir que não é apropriado prevenir a obstipação com base nas fibras da dieta.

Embora a mobilidade possa ter alguma influência no trânsito intestinal, o principal motivo para maximizar a mobilidade nos doentes em cuidados paliativos deve ser a qualidade de vida e não a prevenção da obstipação.

## Tratamento farmacológico

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

As fezes duras requerem um agente predominantemente amolecedor; a estimulação excessiva do peristaltismo provavelmente provocará cólicas. Fezes moles que o doente não consegue expulsar são uma indicação para um 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 e num doente muito fraco um amolecedor pode não ser suficiente para que as fezes sejam expelidas [1]. No entanto, nenhum fármaco actua puramente como amolecedor ou estimulante do peristaltismo. Os fármacos predominantemente amolecedores são: a parafina líquida, os laxantes de volume como a metilcelulose, o macrogol, o ducosato de sódio, a lactulose e os laxantes salinos como o hidróxido de magnésio; os laxantes predominantemente estimulantes do peristaltismo são: antracenos, como o sene, e os polifenólicos como o bisacodil e o picossulfato de sódio. Todos os laxantes são mais eficazes se os doentes estiverem bem hidratados, não se justificando, porém, 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, pelo que em geral não devem ser usados em cuidados paliativos [1].

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 no serviço, não se deve

alterar só por este facto. Tal como para a dor, as doses são determinadas pelo efeito e devem ser dadas regularmente. Quando em doses baixas, podem ser dados à noite em dose única, mas doses mais altas é melhor dividi-las. 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. [3]

Se um laxante oral for administrado isoladamente pode ocorrer uma dejectão dentro de 3 dias. Se isso não acontecer é preferível usar uma combinação de um amolecedor com um estimulante do peristaltismo. Depois as doses devem ser tituladas para cima diariamente ou em dias alternados até haver uma dejectão. Se for aceitável para o doente pode fazer-se um toque rectal para determinar se há fezes na ampola rectal, e se houver qual a sua consistência, e se há fecalomas.

### Laxantes orais

#### *Laxantes osmóticos*

Estes agentes não são metabolizados ou absorvidos no intestino delgado, exercendo por isso um efeito osmótico, com retenção de água no lume. A sua degradação bacteriana no cólon produz ácidos orgânicos de cadeia curta que baixam o pH intestinal, possivelmente estimulando o peristaltismo e aumentando a massa de fezes por aumento da massa microbiana. Esses ácidos são absorvidos não exercendo o efeito osmótico ao longo de todo o cólon. O seu período de latência é de 1 a 2 dias. A lactulose usa-se na dose inicial de 30 mL à noite. A lactulose se usada isoladamente nos doentes que tomam opióides, muitas vezes necessita de doses que provocam distensão e cólicas. A flatulência é um problema em 20% dos doentes [3].

#### *Macrogol*

Exerce a sua acção aumentando o conteúdo de água nas fezes e estimulando directamente a actividade propulsiva intestinal [1]. A dose inicial é de 1 a 3 saquetas por dia em doses divididas; cada saqueta deve diluir-se em 125 mL de água. Pode causar distensão abdominal e dor, borborigmos e

náuseas; pode ainda ocorrer diarreia ligeira que geralmente responde à redução de dose [1]. Está contra-indicado na oclusão intestinal e nas doenças inflamatórias graves do tracto intestinal, como doença de Crohn, colite ulcerosa e megacólon tóxico.

#### *Laxantes salinos*

Estes agentes são mal absorvidos e, ao contrário de lactulose, exercem a sua acção osmótica através do intestino. Também aumentam a secreção intestinal de água e parecem estimular o peristaltismo directamente. O hidróxido de magnésio pode produzir um efeito laxante indesejavelmente forte, pelo que não é administrado regularmente, mas usado como último recurso. A dose inicial é de 25 a 50 mL/d e o período de latência é de 1 a 6 horas.

#### *Laxantes estimulantes do peristaltismo*

O sene e os laxantes polifenólicos estimulam directamente o plexo mientérico para induzir o peristaltismo. A dose inicial para o sene é de 12 mg/d; para os polifenólicos é de 10 mg/d para o bisacodil e de 5 mg/d para o picossulfato de sódio. O tempo de latência é de 6-12 h (de 15-60 min, para o bisacodil em supositórios). O sene é muitas vezes usado em combinação com a lactulose, porque a lactulose é predominantemente amolecedora e o sene é predominantemente estimulador do peristaltismo. Qualquer dos agentes deste grupo pode causar uma acção laxativa intensa e cólicas abdominais. São valiosos quando há evidência de inércia colónica [3].

Os laxantes estimulantes não são tão usados como poderiam ser porque dados antigos ou preocupações sem fundamento, como poderem causar dano ao cólon quando usados por períodos prolongados, os doentes poderem ficar dependentes deles e não existir prova da sua eficácia [7]. No entanto, actualmente existem estudos que demonstram a eficácia do bisacodil [8] e do picossulfato [9]. Por outro lado, não há provas convincentes de que os laxantes estimulantes causem alterações estruturais ou funcionais dos nervos entéricos ou do músculo liso intestinal e o risco de dependência

## Obstipação

---

tem sido exagerado [10]. Pode concluir-se, então, que os laxantes estimulantes do peristaltismo são eficazes e seguros.

### Metilnaltrexona

A metilnaltrexona é uma amina quaternária antagonista dos receptores opióides  $\mu$  com uma capacidade restrita de atravessar a barreira hemato-encefálica. A sua indicação é a 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 usa-se na dose de 0,4 mL e nos doentes com mais de 60 Kg na dose de 0,6 mL por via SC. Os efeitos laterais mais frequentes são a dor abdominal, flatulência, aumento da temperatura corporal e tonturas [11]. Na insuficiência hepática e renal graves deve reduzir-se a dose. Sobre doentes em hemodiálise não há dados disponíveis.

### Naloxona

Uma possibilidade é usar a naloxona em combinação com um opióide. Um exemplo é a combinação oxiconona/naloxone. A naloxone é um antagonista dos receptores opióides com efeito local nos receptores opióides gastrointestinais, mas que é quase completamente inativado pelo fígado quando administrado por via oral. Não tem, assim, actividade significativa no controlo da dor [7].

### **Quadro 3. Laxantes orais**

| <b>Efeito predominante</b>    | <b>Classificação</b> | <b>Fármacos</b>       |                       |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Emolientes                    | Lubrificantes        | Parafina líquida      |                       |
|                               | Surfatantes          | Docusato de sódio     |                       |
|                               | Osmóticos            | Lactulose             |                       |
|                               | Formadores de volume |                       | Farelo                |
|                               |                      |                       | Ispaghula             |
|                               |                      |                       | Hidróxido de magnésio |
| Estimulantes do peristaltismo | Salinos              | Macrogol              |                       |
|                               | Macrogol             | Sene                  |                       |
|                               | Antracenos           | Bisacodil             |                       |
|                               | Polifenólicos        | Picossulfato de sódio |                       |

Lista não exaustiva. No texto estão apenas os que existem em Portugal e que se recomendam para uso em cuidados paliativos. Existem múltiplas formas comerciais, incluindo combinações de fármacos.



Laxantes rectais

O uso de laxantes rectais é desagradável para o doente e para os profissionais, mas o seu curto período de latência pode ser satisfatório para ambas as partes. Qualquer intervenção a nível rectal pode induzir a defecação por estímulo do reflexo anocólico, mas estão também envolvidos mecanismos mais específicos.

**Quadro 4. Laxantes rectais**

| Efeito predominante           | Classificação        | Fármacos                      |
|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Emolientes                    | Osmóticos<br>Salinos | Glicerina<br>Citrato de sódio |
| Estimulantes do peristaltismo | Polifenólicos        | Bisacodil                     |

Os supositórios de glicerina amolecem as fezes por osmose e também lubrificam. O sorbitol é constituinte de vários microenemas comerciais. O citrato de sódio também se usa como microenema. O bisacodil em supositórios de 10 mg actua principalmente promovendo o peristaltismo. O seu período de latência é muito mais curto do que para a forma oral (15 a 60 min). Os laxantes rectais devem ser dados de preferência após o pequeno-almoço para sincronizar o efeito do reflexo gastrocolónico.

**Quadro 5. Uso dos laxantes**

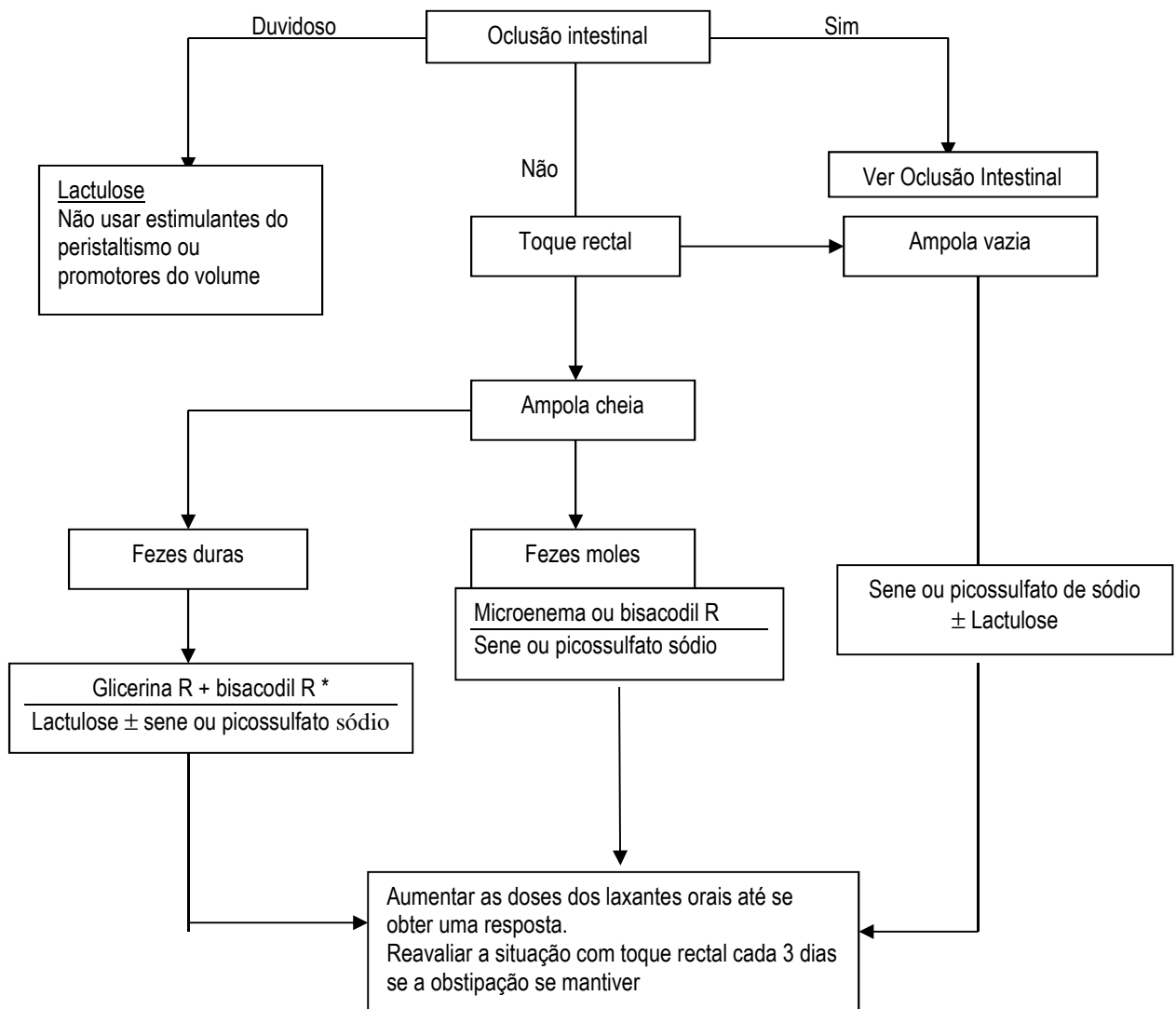
| Laxante               | Dose inicial                 | Tempo de latência |
|-----------------------|------------------------------|-------------------|
| Lactulose             | 30 mL 1x/d                   | 1 a 2 dias        |
| Macrogol              | 1 a 3 saquetas               | 1 a 3 dias        |
| Sene                  | 5 mL ou 1 comprimido à noite | 6 a 12 horas      |
| Picossulfato 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   |

**Recomendações para o tratamento da obstipação (ver fluxograma):**

1. Excluir obstrução intestinal. Se houver dúvida devem usar-se só os laxantes de efeito predominantemente amolecedor, como a lactulose, para evitar cólicas.
2. Se o recto está cheio de fezes duras, é improvável que se faça a evacuação sem medidas locais para amolecer a massa fecal, como os supositórios de glicerina. A seguir aos supositórios de glicerina podem usar-se supositórios de bisacodil. Pode ser necessária a evacuação manual, o que requer analgesia e/ou sedação.

3. Se o recto estiver cheio de fezes moles, um laxante predominantemente estimulante do peristaltismo pode ser eficaz. Um minienema de citrato de sódio ou um supositório de bisacodil pode ajudar na defecação inicial.
4. Se há poucas ou nenhuma fezes no recto, um estimulante do peristaltismo, como o sene, é a melhor escolha, mas como é provável que as fezes sejam duras é razoável usar juntamente um amolecedor como a lactulose.
5. Nos doentes com obstipação resultante do uso de opióides que não responde aos laxantes pode tentar-se o uso de metilnaltrexona.
6. Nos doentes com estomas devem ser usados os mesmos princípios, mas deve ter-se em conta que não há esfíncter. Os supositórios devem ser mantidos no local com um dedo enluvado e os enemas devem ser retidos enchendo um balão de uma algália por 10 minutos [12].

### Tratamento da Obstipação



\*Pode ser necessário retirar as fezes manualmente

## Referências

1. Larkin PJ, Sykes NP, Centeno C, Ellershaw JE, Elsner F, Eugene B, Gootjes JHG, Nabal M, Noguera, A, Ripamonti C, Zucco F, Zuurmond. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliat Med* 2008;22:796-807.
2. Camilleri M, Thompson WG, Fleshman, Pemberton JH. Clinical management of intractable constipation. *Ann Intern Med* 1994;121:520-528.
3. Sykes NP. Constipation and diarrhoea. In Doyle D, Hanks GWC, Cherny N, Calman K, eds. Oxford University Press. Oxford. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3<sup>a</sup> ed 2004: 483-496.
4. Romero Y, Evans JM, Fleming KC, Phillips SF. Constipation and fecal incontinence in the elderly population. *Mayo Clin Proc* 1996;71:81-92.
5. Fallon MT. Constipation in cancer patients: prevalence, pathogenesis, and cost-related issues. *Eur J Pain* 1999 ;3(suppl A):3-7.
6. Nelson AD, Camilleri M. Chronic opioid-induced constipation in patients with nonmalignant pain: challenges and opportunities. *Therap Adv Gastroenterol.* 2015;8:206-220.
7. Wald A. Constipation: advances in diagnosis and treatment. *JAMA.* 2016;315:185-191.
8. Kamm MA, Mueller-LissnerS, Wald A, Richter E, Swallow R, Gessner U. Oral bisacodyl is effective and well-tolerated in patients with chronic constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2011;9:577-583.
9. Mueller-LissnerS, Kamm MA, Wald A, et al. Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2010;105:897-903.
10. Wald A. Is chronic use of stimulant laxatives harmful to the colon? *J Clin Gastroenterol.* 2003;36:386-389.
11. Thomas J, Cooney GA, Chamberlain BH, et al. Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in advanced illness. *N Engl J Med* 2008;358:2332-2343.

12. Fallon M, O'Neil B. Constipation and diarrhoea. In Fallon M, O'Neil B, eds. ABC of palliative care. London: BMJ Books 1999:23-26.