

Série Cuidados Paliativos

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NO CÂNCER AVANÇADO

**CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NO
CÂNCER AVANÇADO**

SÉRIE CUIDADOS PALIATIVOS

© 2009 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1.000 exemplares

Criação, Informação e Distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro

20230-130 - Rio de Janeiro - RJ

www.inca.gov.br

Realização

Coordenação de Assistência (COAS)

Hospital do Câncer IV (HC IV) - Unidade de Cuidados Paliativos

Rua Visconde de Santa Isabel, 274 - Vila Isabel

20560-120 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (0xx21) 3879-6358

Edição

Coordenação de Educação (CEDC)

Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica

Rua do Rezende, 128 - Centro

20230-092 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (0xx21) 3970-7818

Impressão

Esdeva

Ficha Catalográfica

B823c Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer.

Constipação intestinal no câncer avançado. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

36 p.: il. – (Série Cuidados Paliativos)

Inclui referências.

ISBN 978-85-7318-147-0

1. Constipação Intestinal. 2. Neoplasias. 3. Cuidados Paliativos.
I. Instituto Nacional de Câncer. II. Título. III. Série.

CDD 616.3428029

Catálogo na fonte – Seção de Bibliotecas

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer - INCA

**CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NO
CÂNCER AVANÇADO**

SÉRIE CUIDADOS PALIATIVOS

Rio de Janeiro, RJ
2009

Coordenação de Elaboração

Cláudia Naylor – Diretoria/HC IV

Equipe de Elaboração

Shirley Moreira Burburan – Médica/HC IV

Ana Cristina de Souza Batalha da Silva – Nutricionista/HC IV

Colaboradores

Jane Sodré da Silva – Fisioterapeuta/HC IV

Rosângela Maria da Silva Cordeiro – Nutricionista/HC IV

Edição

Taís Facina/CEDC

Revisão

Maria Helena Rossi Oliveira/CEDC

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Cecília Pachá/CEDC

Normalização Bibliográfica

Eliana Rosa Fonseca – Bibliotecária/CEDC

Iris Maria de Souza Carvalho – Bibliotecária/CEDC

Esther Rocha – Estagiária de Biblioteconomia/CEDC

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Escala de Bristol/Critérios de Roma III.....	17
Figura 2 – Tipos de constipação intestinal.....	20
Figura 3 – Drogas indutoras de constipação.....	21
Figura 4 – Orientações nutricionais.....	24
Figura 5 – Adequado posicionamento durante a defecação.....	28
Figura 6 – Tipos de laxantes.....	30
Figura 7 – Associações de laxantes recomendadas.....	33
Figura 8 – Recomendações para pacientes em uso de opioides.....	34

QUADROS

Quadro 1 – Observações sobre as orientações laxativas.....	25
Quadro 2 – Escalas de Zubrod e Karnofsky.....	26
Quadro 3 – Doses iniciais preconizadas e tempo de ação dos laxantes.....	31

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1 – DEFINIÇÃO	11
CAPÍTULO 2 – FISIOPATOLOGIA	13
CAPÍTULO 3 – DIAGNÓSTICO	15
CRITÉRIOS DE ROMA III	16
ESCALA DE BRISTOL	16
CAPÍTULO 4 – CLASSIFICAÇÃO	19
CAPÍTULO 5 – DROGAS INDUTORAS DE CONSTIPAÇÃO	21
CONSTIPAÇÃO INDUZIDA POR OPIOIDES	21
CAPÍTULO 6 – TRATAMENTO	23
INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS	23
INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS	25
INTERVENÇÕES CLÍNICO-FARMACOLÓGICAS	29
REFERÊNCIAS	35

INTRODUÇÃO

Esta publicação sobre constipação intestinal em cuidados paliativos tem por objetivo uniformizar as condutas referentes à abordagem nos setores assistenciais do Hospital do Câncer IV – Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), com base no conhecimento científico vigente.

O adequado controle de sintomas é a pedra fundamental dos cuidados paliativos. Apesar disso, a constipação intestinal se constitui num problema de grandes dimensões, sendo frequentemente subdiagnosticada e subtratada.

A constipação intestinal cursa com diversos sintomas desagradáveis e, por vezes, bastante angustiantes. É muito comum na população geral, principalmente entre as mulheres (TAYLOR, 1990; PETTICREW *et al.*, 1997). Afeta sobremaneira os pacientes com câncer, sobretudo aqueles com doença avançada, primariamente por esses apresentarem menor ingestão de fluidos, alimentos, maior grau de astenia, fadiga e imobilidade (PETTICREW *et al.*, 1997; SANTOS, 2002).

Estima-se que a prevalência varie entre 50% a 90% (SYKES, 1998; MCMILLAN *et al.*, 2000; GOODMAN *et al.*, 2005), sendo mais elevada entre os pacientes em uso de opioides (SYKES, 1998). Cerca de 80% dos indivíduos necessitam de tratamento com laxativos (GOODMAN *et al.*, 2005).

Os sintomas apresentados podem variar de leves, não causando impacto importante na qualidade de vida do indivíduo, até graves, quando há grande comprometimento da capacidade funcional, levando os pacientes a considerar a constipação um quadro ainda mais angustiante do que a dor (HOLMES & EBURN, 1989). Alguns chegam a recusar os analgésicos, a fim de tentar minorar seus sintomas da constipação (SYKES, 1998; HURDON *et al.*, 2000).



CAPÍTULO 1 – DEFINIÇÃO

A constipação intestinal é definida como uma série de sinais e sintomas relacionados à dificuldade na eliminação das fezes. Comumente observa-se a diminuição da frequência nas evacuações, fezes com volume reduzido, endurecidas ou de difícil eliminação, bem como a sensação de evacuação incompleta, plenitude, desconforto abdominal ou a necessidade de manobras facilitadoras para a saída do bolo fecal. A todos esses sintomas, associam-se também hiporexia, anorexia, náuseas e vômitos (GLIA & LINDBERG, 1997; PETTICREW *et al.*, 1997; THOMPSON *et al.*, 1999; WALD, 2007). A dor abdominal pode ser bastante intensa, especialmente naqueles pacientes que já apresentam dor relacionada ao câncer, e levar à confusão no diagnóstico da obstrução intestinal maligna (MANCINI & BRUERA, 1998).

CAPÍTULO 2 – FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia da constipação depende das funções do cólon e dos conceitos de motilidade, continência e defecação.

O cólon tem como principais funções a absorção de água, eletrólitos, algumas vitaminas, secreção de muco para lubrificação das fezes, síntese de vitamina B e K pelas bactérias colônicas, armazenamento de material fecal para ser excretado e eliminação de resíduos. A transferência do material fecal pelo cólon até o reto é a motilidade; e a peristalse é a movimentação da musculatura do cólon que impulsiona o material fecal – este processo é involuntário e diretamente influenciado pela distensão do lúmen pelas fezes. Estas são constituídas de bactérias, água, gases e resíduos não digeridos no delgado. O tamanho delas está diretamente relacionado à velocidade do trânsito intestinal (WALD, 2006; 2007).

Os movimentos do cólon normalmente são lentos e de dois tipos: movimentos de mistura (contrações haustrais) e propulsivos (movimentos de massa). Os primeiros resultam na absorção de água e eletrólitos e os segundos são os responsáveis pela condução das fezes do intestino delgado até o sigmoide, onde elas ficam armazenadas até o momento da evacuação. Quando as contrações propulsivas de alta amplitude ocorrem (uma ou duas vezes ao dia), forçam uma massa de fezes para o reto, manifestando-se o desejo evacuatório. O sistema nervoso parassimpático aumenta a frequência e a amplitude dos movimentos e o simpático os inibe (WALD, 2006).

As causas da constipação nos pacientes em cuidados paliativos são multifatoriais e envolvem fatores orgânicos, psicológicos, fisiológicos, emocionais e ambientais. Esses pacientes frequentemente fazem uso de medicações que promovem alterações no funcionamento intestinal e, com o agravamento da doença e do grau de debilidade física, tendem a realizar suas eliminações intestinais no leito e sem a devida privacidade, o que consiste num potente fator inibitório para as evacuações espontâneas (SYKES, 2006).

As consequências da constipação intestinal crônica incluem as hemorroidas, a impação fecal, o prurido anal e até mesmo a diarreia paradoxal ou diarreia por transbordamento (escape de fezes líquidas após constipação intestinal prolongada) (SYKES, 2006; WALD, 2007). Importante ressaltar que esses sintomas nos pacientes com rebaixamento do nível de consciência e em cuidados ao fim da vida podem induzir ou agravar um quadro de agitação psicomotora e *delirium*.

CAPÍTULO 3 – DIAGNÓSTICO

Evacuações diárias não são, necessariamente, indicativas de normalidade da função intestinal e, mesmo evacuações que ocorrem de forma descontinuada, podem vir a ser consideradas funcionalmente adequadas. Isso é consequência da grande variabilidade na função intestinal normalmente observada entre os indivíduos. Por esse motivo é que o diagnóstico da constipação intestinal não pode ser firmado tomando como base unicamente a frequência. A falta de consenso no diagnóstico da constipação intestinal leva ao subtratamento, aumentando e perpetuando a gravidade do problema (ROSS, 1998).

Uma anamnese e um exame físico criteriosos são essenciais, e exames complementares, como a rotina de abdômen agudo, podem ser elucidativos para o diagnóstico diferencial com obstrução intestinal (WOELK, 2007).

A fim de se diagnosticar a constipação intestinal, deve-se considerar:

a) Na anamnese

- Hábitos intestinais anteriores, frequência evacuatória e consistência das fezes.
- Dor abdominal ou retal, detalhando tipo e intensidade.
- Eliminação de flatos.
- Dificuldades miccionais ou presença de obstrução de cateteres vesicais.
- Ingestão de fluidos e alimentos.
- Alterações recentes nas medicações e uso de laxantes.
- Náuseas e/ou vômitos.
- Diarreia por transbordamento.

b) No exame físico

- Sinais de desidratação.
- Hálito fétido e alterações na cavidade oral.
- Movimentos peristálticos abdominais.
- Alterações neurológicas sensoriais e /ou motoras.
- Presença de fissuras ou estenose anal.
- Tônus do esfíncter anal.

O diagnóstico correto da constipação intestinal deve, portanto, estar fundamentado na avaliação criteriosa de parâmetros que levem em consideração

não somente a frequência das evacuações, mas também as características das fezes produzidas e alguns sinais e sintomas de grande relevância. Atualmente, recomenda-se a adoção dos Critérios de Roma III e da Escala de Bristol (Figura 1), ambos os instrumentos validados para o diagnóstico da constipação intestinal funcional e reconhecidos para aplicação na clínica e na pesquisa (LEWIS & HEATON, 1997; LONGSTRETH *et al.*, 2006; FERREIRA, 2007).

CRITÉRIOS DE ROMA III

São critérios para o diagnóstico da constipação intestinal funcional que analisam a presença e a frequência de alguns sinais e sintomas, desde que presentes nos últimos três meses e cujo surgimento tenha ocorrido há pelo menos seis meses.

1. Presença de dois ou mais dos sinais e sintomas abaixo:

- Esforço em pelo menos 25% das evacuações.
- Fezes endurecidas ou fragmentadas em pelo menos 25% das evacuações.
- Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das evacuações.
- Sensação de obstrução ou interrupção da evacuação em pelo menos 25% das evacuações.
- Manobras manuais facilitatórias em pelo menos 25% das evacuações.
- Menos de três evacuações por semana.

2. Diarreia ou fezes amolecidas raramente ocorrem sem o uso de laxantes.

3. Não há critérios diagnósticos para síndrome do cólon irritável.

ESCALA DE BRISTOL

As alterações funcionais do intestino podem ser representadas pela Escala de Bristol (Figura 1), que permite a classificação visual das fezes em sete tipos distintos:

- **Tipo 1:** Bolinhas, duras, difíceis de passar.
- **Tipo 2:** Moldadas, mas embolotadas.
- **Tipo 3:** Moldadas, com rachaduras na superfície.
- **Tipo 4:** Moldadas, lisas e macias.
- **Tipo 5:** Pedacos macios com bordas definidas e fáceis de passar.

- Tipo 6: Fezes pastosas, amolecidas.
- Tipo 7: Completamente líquidas.



Figura 1 – Escala de Bristol/Critérios de Roma III

Os tipos das fezes são consequência direta do tempo de permanência das mesmas em contato com a mucosa do intestino grosso, pois quanto maior o tempo, maior se dá a absorção de água. Portanto, no tempo de trânsito intestinal lentificado, as fezes são semelhantes às do tipo 1, mais duras e de difícil eliminação. Já no trânsito mais acelerado, representadas pelo tipo 7, as fezes são completamente líquidas. As fezes do tipo 4 são representativas do tempo de trânsito intermediário ou normal.

CAPÍTULO 4 – CLASSIFICAÇÃO

A constipação intestinal pode ser classificada em três tipos diferentes (Figura 2):

1) Constipação funcional ou primária:

- Falta de líquidos e fibras na dieta.
- Imobilidade, sedentarismo.
- Falta de privacidade para a evacuação.
- Falta de tempo para defecação.

2) Constipação secundária:

- Anormalidades estruturais anorrectais e do cólon.
 - Estenose anal, má-formação anorrectal, tumores (obstrução intestinal).
- Anormalidades extraintestinais:
 - Doenças endócrinas e metabólicas (hipercalcemia, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, diabetes mellitus e insipidus, fibrose cística).
 - Neurológicas: anormalidades da medula espinal (trauma medular, tumor de cauda equina e meningocele), lesões do Sistema Nervoso Central (AVC, Parkinson, esclerose múltipla, paralisia cerebral).

3) Constipação Iatrogênica:

- Uso prolongado e exagerado de laxantes e de drogas como anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), opioides, psicotrópicos, anticonvulsivantes, anticolinérgicos, dopaminérgicos, diuréticos, bloqueadores de canais de cálcio, sais de ferro, antiácidos à base de cálcio e alumínio etc.

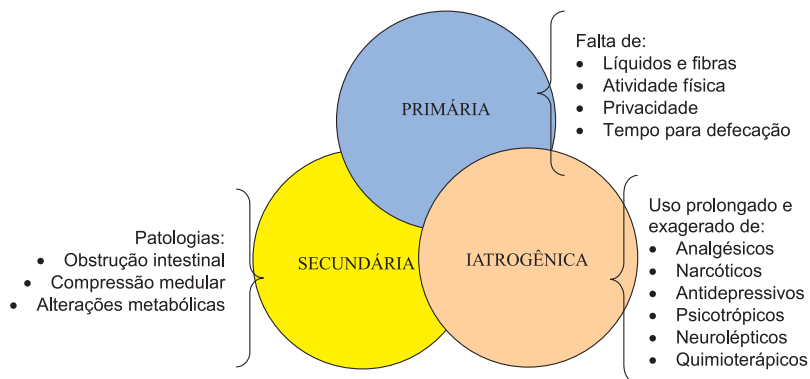


Figura 2–Tipos de constipação intestinal

Na prática, a constipação nos pacientes com câncer avançado se deve a uma combinação de fatores relacionados à própria doença, ao seu tratamento e também à debilidade física subjacente.

CAPÍTULO 5 – DROGAS INDUTORAS DE CONSTIPAÇÃO

A constipação intestinal pode ser induzida por diversas drogas comumente utilizadas no tratamento do câncer e dos sintomas provocados pela doença. Os fármacos mais comumente relacionados com a constipação (WALD, 2007) estão listados a seguir (Figura 3).



Aspirina Paracetamol	AINEs	Escopolamina	Antidepressivos Tricíclicos
Antihistamínicos	Haloperidol Clorpromazina	Benzodiazepínicos	Ondansetron
Anticonvulsivantes	Bloqueadores de Canais de Ca	Alcalóides da Vinca	Opióides

Figura 3 – Drogas indutoras de constipação

Fonte: WALD, 2007.

CONSTIPAÇÃO INDUZIDA POR OPIOIDES

Os opioides atuam diretamente sobre os receptores μ do trato gastrointestinal, retardando o esvaziamento gástrico, aumentando o tônus do esfíncter pilórico e lentificando o trânsito através da válvula ileocecal e do cólon.

O efeito constipante dos opioides não é dose-dependente, ou seja, até mesmo opioides fracos e em baixas doses acarretam as seguintes alterações sobre o trato gastrointestinal (KYLE, 2007; WOELK, 2007):

- Inibição da acetilcolina → relaxamento da musculatura longitudinal do intestino.
- Ação direta nos receptores opioides no trato gastrointestinal → aumento dos movimentos segmentares e diminuição dos movimentos propulsivos, aumentando o tempo de contato das fezes com a mucosa intestinal.
- Maior absorção de fluidos → fezes mais endurecidas e de difícil eliminação.
- Diminuição da sensibilidade do ânus e reto → distensão causada pelas fezes.
- Relaxamento incompleto do esfíncter interno.

CAPÍTULO 6 – TRATAMENTO

INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS

As orientações nutricionais precisam ser iniciadas precocemente e continuadas mesmo que o paciente esteja em uso de laxantes. As principais recomendações englobam uma ingestão hídrica satisfatória e o consumo de fibras dietéticas oriundas, principalmente, de cereais integrais, leguminosas secas, vegetais e frutas (SANTOS, 2002; KENT-SMITH & MARTINS, 2006), que constituem a primeira linha do tratamento dietoterápico. Nos pacientes em cuidados paliativos, principalmente devido à anorexia, nem sempre é possível atingir uma ingestão suficiente, e os estudos ainda não chegaram a um consenso sobre os valores adequados para indivíduos com câncer avançado. É preciso lembrar que alguns apresentam intolerância às fibras, desenvolvendo flatulência, distensão abdominal e dor, acarretando extremo desconforto. Nestes casos, o uso de fibras deve ser reavaliado, reduzido ou até descontinuado. Todos os pacientes devem ser acompanhados diariamente e observados quanto à tolerância e aceitação. As orientações nutricionais encontram-se esquematizadas na Figura 4.

INDICAÇÃO E ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

Via oral

- Dieta laxativa + coquetel laxativo + chá laxativo (internação hospitalar e domicílio).

Via cateter ou ostomia

- Dieta polimérica com fibras + chá laxativo (internação hospitalar).
- Dieta artesanal com fibras + chá laxativo (domicílio).

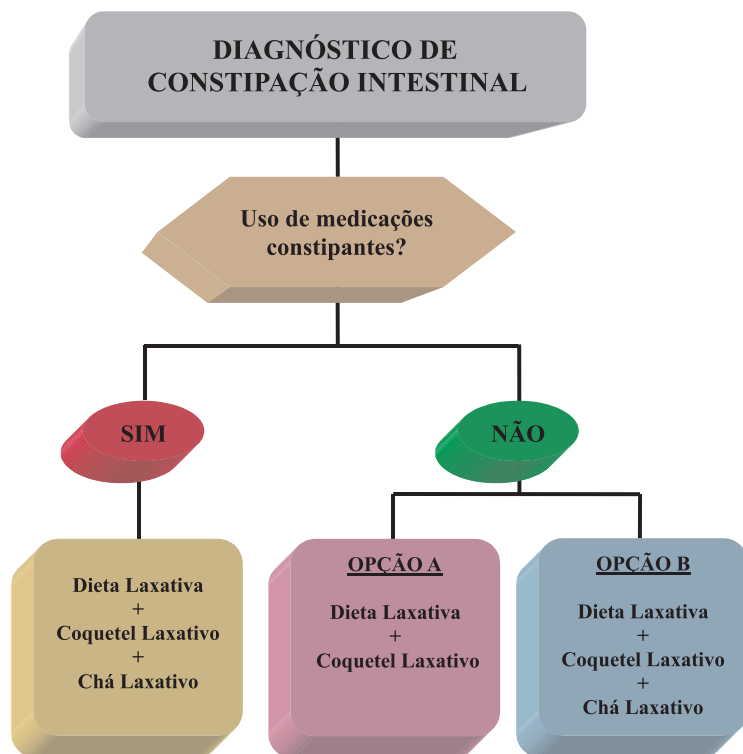


Figura 4– Orientações nutricionais

Quadro 1 – Observações sobre as orientações laxativas

	Composição	Prescrição	Observação
Coquetel laxativo	Suco de laranja (130 ml), mamão (50 g), ameixa (15 g) e aveia (20 g)	200 ml 1x ao dia	-
Infusão (chá laxativo)	Sene (<i>Cassia angustifolia</i>) ou cáscara sagrada (<i>Rhamnus purshiana</i>)	1 g para 200 ml de água	Avaliar a tolerância ao volume e ao sabor e, no caso de cólicas abdominais, reduzir ou suspender a sua administração. Se o efeito laxativo do chá se mostrar insatisfatório, aumentar a dose para 2x ao dia
Estimular a ingestão hídrica e avaliar a tolerância ao volume			

INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS

A conduta do fisioterapeuta está centrada na avaliação da capacidade funcional do indivíduo. Para tal, utilizam-se as Escalas de Zubrod e Karnofsky, ilustradas no Quadro 2.

Quadro 2 – Escalas de Zubrod e Karnofsky

Escala de Zubrod (ECOG)	Escala de Karnofsky (%)
PS 0 – Atividade Normal	100 – Nenhuma queixa: ausência de evidência de doença
	90 – Capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintomas da doença
PS 1 – Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia normal	80 – Alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço
	70 – Capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo
PS 2 – Fora do leito mais de 50% do tempo	60 – Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades
	50 – Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes
PS 3 – No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	40 – Incapaz; requer cuidados especiais e assistência
	30 – Muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente
PS 4 – Preso ao leito	20 – Muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo
	10 – Moribundo, processos letais progredindo rapidamente

PS 4 – KPS 20%-10%

- Sem abordagem fisioterapêutica.

PS 3 – KPS 40%-30%

- Paciente no leito mais de 50% do tempo:
 - Observar exames laboratoriais e comorbidades.

- Reduzir a duração do repouso no leito, a não ser que seja absolutamente necessário.
- Ir ao banheiro com auxílio.
- Realizar transferências leito-cadeira higiênica ou leito-cadeira de rodas.
- Sempre que executar transferências do leito para cadeiras, permanecer em postura ortostática ou em apoio bipodal durante 30 a 60 segundos.
 - Estimular a realização das refeições na posição sentada e com membros inferiores para fora do leito.
 - Orientar o cuidador quanto aos movimentos das grandes articulações e massagens abdominais no sentido horário.
 - Contrações isométricas para quadríceps e glúteo máximo.
 - Contrações isométricas para musculatura adutora das pernas simultânea à contração da musculatura glútea em decúbito dorsal com pernas flexionadas.
 - Exercícios para o assoalho pélvico (Kegel).

PS 2 – KPS 60%-50%

- Paciente encontra-se fora do leito mais de 50% do tempo:
 - Observar conduta anterior.
 - Estimular a dinâmica diafragmática.
 - Cinesioterapia e/ou manobras proprioceptivas para a musculatura abdominal.
 - Adequação postural na posição sentada, principalmente no vaso sanitário.
 - Automassagem abdominal.

PS 1/0 – KPS 80%-70% e 100%-90%

- Paciente deambula:
 - Observar conduta anterior.
 - Avaliar o uso da cinta abdominal.
 - A contração do elevador do ânus, dos abdominais externos e do diafragma, combinada com o fechamento da glote, eleva a pressão intra-abdominal e expela as fezes.

Além do exposto anteriormente, a adoção da postura correta no momento da evacuação contribui para o aumento da pressão intra-abdominal e facilita a eliminação das fezes. O profissional deve orientar os pacientes a utilizarem um apoio para os pés sempre que o vaso sanitário ou a cadeira higiênica forem mais elevados do que o desejável (KYLE, 2007). As manobras necessárias para o adequado posicionamento durante a evacuação, inclusive com o devido apoio para os pés, encontram-se representadas passo a passo na Figura 5.



Figura 5 – Adequado posicionamento durante a defecação

Fonte: KYLE, 2007.

INTERVENÇÕES CLÍNICO-FARMACOLÓGICAS

MEDIDAS GERAIS

A abordagem inicial deve se basear na prevenção e no tratamento precoce da constipação. A correção das alterações metabólicas passíveis de reversão é mandatória, assim como a redução na polifarmácia ou substituição de algumas drogas, visando a minimizar o uso de agentes constipantes sempre que possível (WOELK, 2007).

Medidas terapêuticas nos indivíduos propensos a desenvolver constipação, seja por progressão de doença, seja por uso de drogas constipantes, devem ser instituídas precocemente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a adoção de medidas preventivas para todos os pacientes em cuidados paliativos e em uso de opioides. Esses pacientes podem necessitar de altas doses diárias de laxantes para controle da constipação intestinal (KYLE, 2007; WOELK, 2007).

Pacientes e cuidadores devem ser esclarecidos sobre a necessidade de ingerirem maiores quantidades de líquidos, sempre que possível, e quanto ao uso regular de laxantes.

ABORDAGEM FARMACOLÓGICA

O tratamento da constipação nos cuidados paliativos se baseia em evidências experimentais limitadas, pois estudos randomizados e controlados sobre o assunto ainda são muito escassos (MILES *et al.*, 2006).

Laxantes são medicamentos usualmente prescritos na prática clínica porque agem aumentando a frequência e facilitando as evacuações. Podem ser classificados em quatro grupos de acordo com as suas características químicas e modo de ação (MANCINI & BRUERA, 1998; KYLE, 2007), conforme discriminado na Figura 6.

Os tipos e as doses dos laxantes a serem empregados devem ser individualizados levando-se em conta a função intestinal, a aceitação e a boa resposta do paciente.

Formadores de Bolo	<ul style="list-style-type: none"> • Fibras solúveis e insolúveis • Plantago Psyllium
Estimulantes ou Irritantes	<ul style="list-style-type: none"> • Sene • Bisacodil • Picossulfato de sódio • Supositório de glicerina
Osmóticos	<ul style="list-style-type: none"> • Lactulose • Polietilenoglicol ("PEG" ou macrogol) • Hidróxido de magnésio (leite de magnésia)
Emolientes ou Lubrificantes	<ul style="list-style-type: none"> • Óleo mineral • Docusato • Supositório de glicerina • Clister glicerinado a 12%

Figura 6– Tipos de laxantes

Recomenda-se o uso destes medicamentos, nas doses mínimas necessárias para a obtenção do efeito desejado, a fim de limitar os possíveis efeitos colaterais dessas drogas, relacionados abaixo:

- Formadores de bolo: dor e distensão abdominais, flatulência, impactação fecal.
- Osmóticos: lactulose → distensão, flatulência e cólicas.
- Estimulantes: cólicas e perdas eletrolíticas.
- Emolientes: óleo mineral → má-absorção de nutrientes, escape fecal, prurido anal e pneumonia lipóidica, se aspirado.

Os principais laxantes utilizados com suas respectivas doses iniciais e tempos de ação encontram-se representados no Quadro 3. Tais doses devem ser tituladas de acordo com a necessidade do paciente.

Quadro 3 – Doses iniciais preconizadas e tempo de ação dos laxantes

LAXANTE	DOSE	TEMPO DE AÇÃO
Sene	10g/200 ml VO	6-12h
Bisacodil	10-20 mg VO à noite	6-12h
Picossulfato	10 mg VO à noite	6-12h
Supositório de Glicerina	1 via retal (VR)/dia	15-60min
Lactulose	15-30 ml VO 1 a 2x/dia	24-48h
PEG/Macroglol	14-28g/200 ml VO/dia	2-4 dias
Docusato	100-400 mg VO/dia	24-72h
Óleo Mineral	30-60 ml VO pela manhã	6-8h
Hidróxido de Magnésio	15-60 ml VO pela manhã	30min-3h
Clister Glicerinado	500 ml VR/SOS	5-60min

Pacientes com história prévia de constipação, em geral, já fazem uso dos agentes formadores de bolo, que requerem aporte de líquidos e motilidade intestinal no mínimo razoáveis, para um efeito satisfatório. Todavia, na maioria dos pacientes em cuidados paliativos não é possível manter nem a ingesta hídrica nem a motilidade intestinal adequadas, uma vez que esses apresentam sérias limitações, pouca mobilidade física e já fazem uso rotineiro de drogas constipantes. Desse modo, recomenda-se extrema cautela ou a descontinuação do uso dos agentes formadores de bolo nos portadores de câncer avançado (KYLE, 2007).

Os estimulantes levam à secreção intraluminal de líquidos e eletrólitos no ileodistal e cólon, além de estimularem o plexo mioentérico, aumentando a motilidade intestinal (WALD, 2007).

O chá de sene é um estimulante natural do grupo das antraquinonas. Após administração oral, ele é ativado no intestino grosso pela flora intestinal (KYLE, 2007). O bisacodil e o picossulfato são outros agentes estimulantes e agem de modo semelhante ao sene.

Laxantes osmóticos consistem em soluções eletrolíticas contendo polietilenoglicol (“PEG” ou macroglol) ou açúcares não absorvíveis, como a lactulose. Agem retendo fluidos na luz intestinal por efeito osmótico. A administração da lactulose deve ser feita juntamente com líquidos para ser eficaz e pode levar até três dias para promover o efeito laxativo esperado, não sendo, portanto, indicada para alívio imediato dos sintomas da constipação.

A eficácia da associação do sene com a lactulose tem sido comprovada em alguns estudos (MILES *et al.*, 2006), tendo boa aceitação pelos pacientes. Recomenda-se o uso cauteloso da lactulose nos portadores de diabetes, sendo mandatório o monitoramento da glicemia nesses casos.

As soluções contendo o PEG podem ser administradas diariamente, são inertes, não sofrem metabolização pela flora bacteriana colônica e, por esse motivo, não causam flatulência ou distensão abdominal (KLASCHIK *et al.*, 2003; WALD, 2007). Esse laxante tem sido descrito por muitos autores como um agente efetivo e seguro na profilaxia e controle da constipação induzida por opioides, em que se comprovou até 78% de melhora (WIRZ & KLASCHIK, 2005).

O óleo mineral reveste as fezes e os intestinos com um filme que é imiscível à água, aumentando a sua retenção pelas fezes. O efeito lubrificante facilita a passagem do conteúdo pelo intestino sem causar efeito irritativo na mucosa. A resposta inicial para a constipação é obtida em 6 a 8 horas, e a absorção é mínima. Deve ser administrado pela manhã com suco de frutas para maior tolerabilidade, mas fora do horário das refeições, pois impede a absorção de nutrientes. Devido ao risco potencial de pneumonia lipídica, o óleo mineral não deve ser administrado aos pacientes com rebaixamento do nível de consciência, dispneicos ou com alterações na deglutição.

A associação do agente osmótico hidróxido de magnésio com o óleo mineral administrada em dose única pela manhã tem se mostrado muito eficaz, permitindo redução de cada droga isoladamente e com rápido início de ação.

O docusato é um emoliente que possui um leve efeito estimulante e facilita a absorção de outros laxantes. A sua associação com estimulantes, como o bisacodil em dose única, à noite, se traduz num efeito sinérgico bastante desejável. Algumas associações de laxantes recomendadas estão relacionadas na Figura 7.

Se o reto estiver cheio de fezes endurecidas, um supositório de glicerina, um enema ou clister glicerinado, ou a desimpactação fecal podem ser indicados. A remoção manual das fezes pode ser bastante dolorosa para o paciente e deve-se prover analgesia adequada antes do procedimento.

O supositório de glicerina tem efeito emoliente, mas age também como um estimulante em virtude da ação irritante do glicerol (KYLE, 2007). Esse deve ser umedecido e posicionado em contato direto com a parede do reto para que seja absorvido satisfatoriamente. Se colocado em meio ao material fecal, não será eficaz.

Os enemas devem ser empregados com a dupla finalidade de amolecer as fezes e provocar o reflexo evacuatório. Nos pacientes em cuidados ao fim da vida e que apresentam

rebaixamento do nível de consciência, a constipação intestinal é muito frequente. Em geral, esses indivíduos estão em uso de altas doses de drogas constipantes, inclusive de opioides, que aumentam a possibilidade de se estabelecer um quadro de *delirium* terminal, o qual traz grande sofrimento para os pacientes e seus familiares. Como nesses casos a via oral não é uma opção, em caso de *delirium*, recomenda-se o pronto esvaziamento intestinal com a utilização de clister glicerinado.



Figura 7 – Associações de laxantes recomendadas

É importante reiterar que todos os pacientes em uso de opioides, mesmo aqueles usuários de opioides fracos (tramadol e codeína) e em baixas doses, devem ser mantidos sob tratamento regular com laxantes para prevenção e tratamento da constipação. Nesses casos, recomendamos a adoção do esquema representado na Figura 8.



Figura 8 – Recomendações para pacientes em uso de opióides

Estudos corroboram o fato de que a constipação intestinal gera grande desconforto e impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e deve ser melhor prevenida e controlada. Nesse contexto, à equipe multiprofissional, cabe a tarefa de sempre atentar para diagnosticá-la precoce e adequadamente, instaurando as medidas pertinentes a cada esfera específica de ação como descrito anteriormente.

Novos fármacos têm sido estudados no intuito de buscar alívio e controle desse problema. A metilnaltrexona, ainda não disponível no nosso meio, constitui-se atualmente numa droga promissora neste campo. Por ser um antagonista do receptor opioide periférico, atua revertendo os efeitos colaterais dos opióides sem reverter a analgesia ou produzir síndrome de abstinência (SHAIOVA *et al.*, 2007; PORTENOY *et al.*, 2008).

A prática clínica nos cuidados paliativos oncológicos reforça a importância de se antecipar o suporte aos sintomas apresentados, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida àqueles que perderam a chance de cura, mas não a chance de viver o tempo que lhes resta da melhor maneira possível.

REFERÊNCIAS

- Ferreira KASL. Controle da constipação relacionada ao uso de opióides. *Dor é coisa séria* 2007 Jun; 3(3):19-28.
- Glia A, Lindberg G. Quality of life in patients with different types of functional constipation. *Scand J Gastroenterol* 1997 Nov; 32(11):1083-9.
- Goodman M, Low J, Wilkinson S. Constipation management in palliative care: a survey of practices in the United Kingdom. *J Pain Symptom Manage* 2005 Mar; 29, (3): 238-44.
- Holmes S, Eburn E. Patients' and nurses' perceptions of symptom distress in cancer. *J Adv Nurs* 1989 Oct; 14(10):840-6.
- Hurdon V, Viola R, Schroder C. How useful is docusate in patients at risk for constipation? A systematic review of the evidence in the chronically ill. *J Pain Symptom Manage* 2000 Feb; 19(2):130-6.
- Kent-Smith L, Martins C. Técnicas de adequação da dieta oral e suplementos na intolerância alimentar. In: Waitzberg DL, editor. *Dieta, nutrição e câncer* São Paulo: Atheneu; 2006. p.514-8
- Klaschik E, Nauck F, Ostgathe C. Constipation-modern laxative therapy. *Support Care Cancer* 2003 Nov; 11(11): 679-85.
- Kyle G. Constipation and palliative care - where are we now? *Int J Palliat Nurs* 2007 Jan; 13(1): 6-16.
- Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997 Sep; 32(9): 920-4.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey W. D, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006 Apr; 130(5):1480-91.
- Mancini I, Bruera E. Constipation in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 1998 Jul; 6(4): 356-64.
- McMillan SC, Tittle M, Hagan S, et al. Management of pain and pain-related symptoms in hospitalized veterans with cancer. *Cancer Nurs* 2000 Oct; 23(5): 327-36.
- Miles CL, Fellowes D, Goodman ML, et al. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD003448.
- Petticrew M, Watt I, Sheldon T. Systematic review of the effectiveness of laxatives in the elderly. *Health Technol Assess* 1997; 1(13): i-iv,1-52.
- Portenoy RK, Thomas J, Moehl Boatwright ML, et al. Subcutaneous methylnaltrexone for the treatment of opioid-induced constipation in patients with advanced illness: a double-blind, randomized, parallel group, dose-ranging study. *J Pain Symptom Manage* 2008 May; 35(5): 458-68.
- Ross H. Constipation: cause and control in an acute hospital setting. *Br J Nurs* 1998 Aug 13-Sep 9; 7(15): 907-13.



Santos HS. Terapêutica nutricional para constipação intestinal em pacientes oncológicos com doença avançada em uso de opiáceos:revisão. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002 abr/jun; 48(2): 263-6.

Shaiova L, Rim F, Friedman D, et al. A review of methylnaltrexone, a peripheral opioid receptor antagonist, and its role in opioid-induced constipation. *Palliat Support Care* 2007 Jun; 5(2):161-6.

Sykes NP. The relationship between opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients. *Palliat Med* 1998 Sep; 12(5):375-82.

Sykes NP. The pathogenesis of constipation. *J Support Oncol* 2006 May; 4(5): 213-8.

Taylor R. Management of constipation. 1. High fibre diets work. *BMJ* 1990 Apr 21; 300(6731):1063-4.

Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999 Sep; 45(Suppl 2):1143-7.

Wald A. Pathophysiology, diagnosis and current management of chronic constipation. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2006 Feb; 3(2): 90-100.

Wald A. Chronic constipation: advances in management. *Neurogastroenterol Motil* 2007 Jan; 19(1): 4-10.

Wirz S, Klaschik E. Management of constipation in palliative care patients undergoing opioid therapy: is polyethylene glycol an option? *Am J Hosp Palliat Care* 2005 Sep-Oct; 22(5): 375-81.

Woelk CJ. The hand that writes the opioid. *Can Fam Physician* 2007 Jun; 53(6): 1015-7.

A publicação da Série Cuidados Paliativos tem por objetivo uniformizar as condutas referentes à abordagem da terapêutica e dos cuidados em pacientes com doença oncológica avançada.

Desenvolvida com base no conhecimento científico vigente e na prática adotada nos setores assistenciais do Hospital do Câncer IV - Unidade de Cuidados Paliativos, do Instituto Nacional de Câncer (INCA)/MS, esta série sintetiza os procedimentos adotados nos pacientes em cuidados paliativos.

As orientações sobre tratamento e cuidado são específicas para esses pacientes, seus familiares e cuidadores, com algumas particularidades que devem ser avaliadas criteriosamente, priorizando as ações no atendimento interdisciplinar e evitando a futilidade terapêutica.