



REDE FARMACÊUTICOS UMP

INFO FARMÁCIA

farmaceuticos@ump.pt | www.ump.pt

OBSTIPAÇÃO

A obstipação é uma queixa comum em muitos doentes. Estima-se que atinja cerca de 12- 19% da população geral, tornando-se mais prevalente à medida que a idade aumenta, afetando 30-40% dos que têm mais de 65 anos, com especial incidência nos doentes institucionalizados. Pode apresentar-se sob a forma de episódios agudos, intermitentes ou crónicos. De acordo com os critérios de ROMA IV consideramos um caso de obstipação crónica na presença de 2 ou mais dos seguintes critérios durante os últimos 3 meses, com início dos sintomas, pelo menos, 6 meses antes do diagnóstico:

- Esforço defecatório em $\geq 25\%$ das defecações.
- Fezes duras ou caprinhas em $\geq 25\%$ das defecações.
- Sensação de evacuação incompleta em $\geq 25\%$ das defecações.
- Sensação de obstrução/bloqueio anorectal durante $\geq 25\%$ das defecações.
- Manobras manuais para facilitar as defecações em $\geq 25\%$ das defecações.
- Menos de 3 defecações por semana.
- Defecações soltas raramente ocorrendo sem recurso a laxantes.
- Critérios insuficientes para o diagnóstico de intestino irritável.

A obstipação crónica pode ser primária ou secundária a outras condições médicas, incluindo doenças neurológicas, metabólicas ou endócrinas. Há também muitos fármacos que podem provocar ou agravar este problema, como os antidepressivos, AINEs, diuréticos, anti-histamínicos, opióides, suplementos de ferro, etc. Por vezes desvalorizada, se não for tratada, a obstipação pode ter consequências médicas graves, como a impactação fecal.

TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA

A primeira medida preconizada para o tratamento da obstipação consiste, tanto quanto possível, em descontinuar os medicamentos que possam causar obstipação, e em iniciar medidas de alteração dos estilos de vida e dieta, instituindo na rotina do utente a ingestão de fibra, de água e exercício físico (FIGURA 1). A obstipação em doentes idosos está claramente associada à baixa mobilidade. O exercício físico ajuda a estimular os movimentos intestinais, contribuindo para a resolução deste problema.

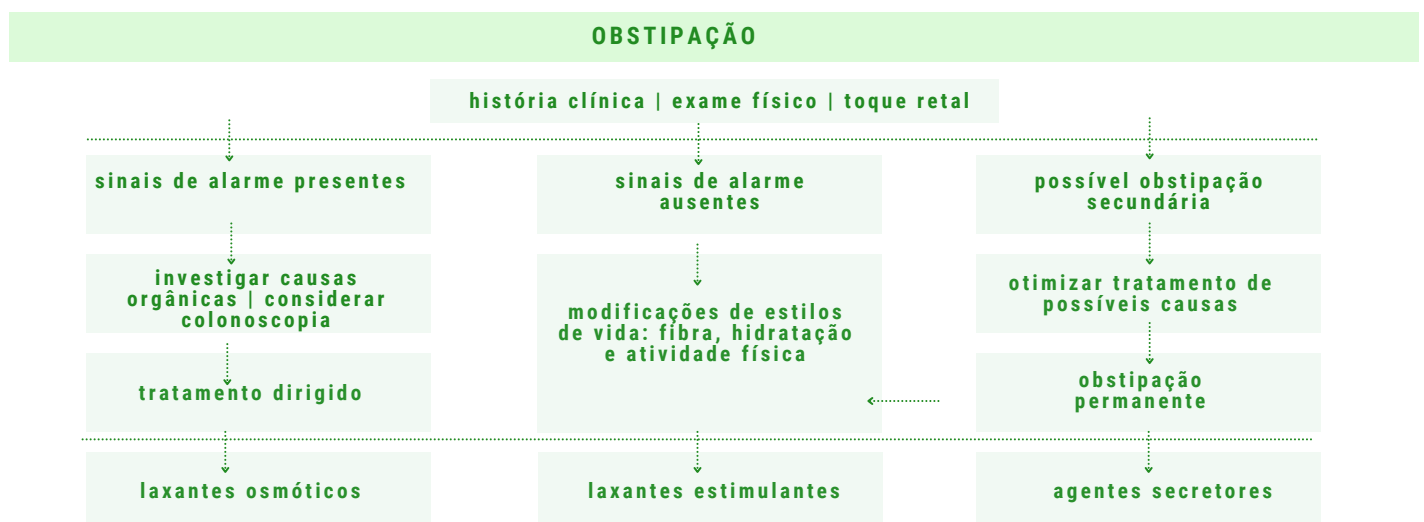


FIGURA 1



TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Quando as medidas não farmacológicas não são suficientes, a etapa seguinte (FIGURA 1) consiste na introdução de laxantes. Laxantes são substâncias que atuam diretamente no intestino ou no conteúdo intestinal de modo a aumentar a frequência da defecação, ou facilitar a passagem das fezes.

São classificados em 5 grupos:

1. LAXANTES EXPANSORES DE VOLUME

- Incluem as fibras solúveis, ou insolúveis, que atuam essencialmente pela absorção de água e aumento da massa fecal.
- Não estão indicados no tratamento agudo, pois podem tardar cerca de 3 dias a fazer efeito.
- Os seus efeitos adversos mais frequentes são distensão abdominal, dores abdominais e flatulência, que podem ser reduzidos mediante um aumento gradual da dose.
- Os doentes devem manter um aporte hídrico adequado, para evitar a possibilidade de obstrução intestinal.
- Podem diminuir a absorção de certos medicamentos.
- Exemplos: Ispaghula, Plantago ovato (Psyllium), estercúlia, plantas gomosas, guar, metilcelulose e farelo.

2. LAXANTES OSMÓTICOS

- Produzem um aumento da pressão osmótica no lúmen intestinal, favorecendo a retenção de água, o que amolece as fezes e aumenta o seu volume.
- Incluem os hidratos de carbono, (lactulose, lactitol, manitol, sorbitol e o macrogol) e os laxantes salinos (compostos de magnésio - citrato, sulfato e hidróxido, e sódio - fosfato e bifosfato). Os hidratos de carbono são também hidrolisados pelas bactérias do cólon em ácidos orgânicos, que estimulam o peristaltismo intestinal.
- Estes laxantes não são adequados para o alívio rápido da obstipação, já que podem demorar alguns dias a fazer efeito, com exceção do hidróxido de magnésio.
- São geralmente bem tolerados. Os seus efeitos adversos consistem essencialmente em dores abdominais e distensão ou flatulência, por vezes acompanhadas de náuseas e vômitos.
- O uso excessivo pode provocar diarreia, com perda de água e electrólitos. A lactulose deve ser usada com precaução em doentes intolerantes à lactose e está contra-indicada na galactosémia. Os laxantes salinos à base de hidróxido de magnésio devem ser evitados na presença de insuficiência renal pelo risco de hipermagnesémia.

3. LAXANTES LUBRIFICANTES

- São constituídos por óleos minerais, como a parafina.
- Lubrificam e amolecem as fezes, por diminuição da reabsorção intestinal de água, facilitando a sua eliminação.
- O seu efeito ocorre 6-8 horas após a toma.
- Em doses elevadas, a parafina pode passar através do esfíncter anal e causar irritação.
- A sua administração prolongada causa redução na absorção de vitaminas lipossolúveis. Pode reduzir a absorção de anticoagulantes orais, contraceptivos orais e digitálicos.

4. LAXANTES ESTIMULANTES

- Os laxantes estimulantes representam uma classe diversa de agentes derivados, sobretudo, a partir de antraquinonas (aloé, cáscara sagrada, ruibarbo, sene) e difenilmetanos (bisacodilo e picossulfato de sódio).



- São agentes de atuação rápida, que induzem contrações cólicas propagadas. O início da ação do bisacodilo dá-se de 6 a 12 horas após a administração oral e o início da ação da sene é geralmente de 1 a 3 horas.
- As formulações rectais podem ser utilizadas para provocar uma evacuação mais rápida.
- Não devem ser usadas em doentes idosos ou debilitados. Podem causar frequentemente dor abdominal e diarreia. Podem ainda causar desidratação, perdas electrolíticas, em particular de potássio, irritações intestinais, diarreias crónicas secundárias a uso excessiva e malabsorção. O uso prolongado de antraquinonas pode causar melanose cólica.

5. LAXANTES EMOLIENTES

- São surfactantes aniónicos, que causam o amolecimento das fezes ao favorecerem a sua hidratação pelos fluidos intestinais. São essencialmente sais sódicos, potássicos, ou cálcicos de docusato. O docusato, um amolecedor de fezes, age como um surfatante, permitindo que a água penetre a massa fecal e aumente a água intraluminal intestinal e secreção de sódio.

O melhor laxante é aquele que visa recuperar o funcionamento fisiológico da motilidade intestinal e facilita o peristaltismo do cólon sem perder eficácia a longo prazo, com os mínimos efeitos secundários.

Os resultados análises feitas a diversos estudos, permitem concluir que:

- O tratamento com macrogol resultou num aumento significativo de defecações por semana em relação ao placebo;
- O macrogol garante melhores resultados que a lactulose em relação à frequência do número de movimentos intestinais, à forma de fezes, alívio da dor abdominal e à necessidade de utilização de laxantes adicionais em SOS;
- O uso prolongado de macrogol permite reduzir a dose diária;
- A administração a longo prazo (por mais de 6 meses) de macrogol foi eficaz e pareceu ser seguro, bem tolerado e desprovido de eventos adversos significativos.

Bibliografia

- António Oliveira; Sara Catarino Santos; Henrique Morna; Carlos Casimiro. Obstipação Crónica: Recomendações de tratamento médico e cirúrgico, Revista Portuguesa de Coloproctologia, janeiro/abril 2020.
- Ana Paula Mendes; Aconselhamento Farmacêutico na obstipação em adultos, Centro Informação de Medicamentos, Revista Ordem Farmacêuticos, abril/junho 2013, ROF 107:121-122.
- Bove A, Bellini M, Battaglia E, Bocchini R, Gambaccini D, Bove V, Pucciani F, Altomare DF, Dodi G, Sciaudone G, Falletto E, Piloni V. Consensus statement AIGO/SICCR diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (part II: treatment). World J Gastroenterol. 2012 Sep 28;18(36):4994-5013. doi: 10.3748/wjg.v18.i36.4994. PMID: 23049207; PMCID: PMC3460325.
- Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, Nelson RL. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010. Issue 7. Art. No.: CD007570. DOI: 10.1002/14651858.CD007570.
- Attar A. et al. Comparison of low dose polyethylene glycol electrolyte solution with lactulose for treatment of chronic constipation Gut. 1999 Feb; 44 (2): 226-230.

