



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

Manejo da Constipação induzida por Opiáceos

Versão eletrônica atualizada em
Novembro - 2008

Manejo da Constipação induzida por Opiáceos

Definição de constipação

Define-se como constipação a evacuação considerada desconfortável pelo paciente com necessidade de esforço, sendo caracterizada pelo intervalo aumentado entre as evacuações e/ou a presença de fezes endurecidas.

Objetivos

1. Orientar o diagnóstico, avaliação e manejo da constipação em pacientes em uso de opiáceos
2. Em pacientes sob cuidados paliativos, promover o conforto e a manutenção da dignidade da vida humana até o seu final.

Indicação

É aplicável a todos os pacientes internados ou em assistência domiciliar do HIAE com quadro de constipação em uso de opiáceos para controle de dor ou dispnéia.

Instruções Específicas

Incidência e prevalência:

- Cerca de 87% dos pacientes em uso de analgésicos opiáceos fortes (morfina, oxycodona, metadona, fentanil) necessitam de tratamentos com laxantes.

Complicações decorrentes da constipação:

- Em pacientes neutropênicos constipação grave poderá, ainda, determinar bacteremia pela translocação bacteriana através do cólon com conseqüente septicemia.

Tratamento não farmacológico

- Orientar atividade física (respeitando-se as condições do paciente),
- Uso de fibras na dieta (desde que ausentes evidências de obstrução intestinal)
- Estimular ingestão hídrica (quando possível e quando aplicável).
- Sempre que possível, preservar a privacidade do paciente no banheiro evitando-se o uso de fraldas

Drogas sugeridas para manejo de constipação induzida por opiáceos

1. Laxativos Estimulantes (ou irritativos) – primeira escolha em constipação induzida por opiáceos

Bisacodil	Dulcolax®	1 ou 2 comprimidos ao dia.
Picossulfato de Sódio	Guttalax®	15 a 45 gotas via oral ao dia.
Sena ou Senne	Tamarine®, Naturetti® Não há mono droga no mercado, mas consta de inúmeros laxantes populares	0.5 a 2.0 gramas ao dia.

2. Laxativos hiperosmolares

Lactulose:	Farlac®	10 a 60 ml da solução ao dia, uma ou duas tomadas.
Sais de magnésio	Leite de Magnésia®	1 a 2 colheres de sopa ao dia

3. Laxativos Emolientes

Óleo mineral	Nujol®	1 a 2 colheres de sopa ao dia.	<p>OBS:</p> <p>Os laxativos emolientes estão indicados em pacientes com fezes endurecidas, que não devem fazer esforço evacuatório ou como adjuvante do tratamento com formadores de massa.</p> <p>Risco de aspiração e pneumonite lipofílica. Não utilizar em pacientes com disfagia, risco de engasgos.</p>
---------------------	---------------	---------------------------------------	---

4. Laxantes retais (supositórios, fleet enema, clister) – instruções específicas:

- Tratamento da impactação fecal
- Tratamento adicional em pacientes cuja constipação não responde adequadamente aos laxantes orais
- Tratamento alternativo para pacientes que não toleram laxantes orais e
- Para o esvaziamento retal em pacientes com compressão da medula espinal
- **Não devem ser indicados como tratamento regular de pacientes constipados, já que interferem negativamente na qualidade de vida dos pacientes**
- **Contra indicado em pacientes neutropênicos**

5. Antagonista de opiáceos:

- Naloxone pode reverter a constipação induzida por opióides, porém pode levar a reversão da analgesia com indução de sintomas de abstinência.
- Metilnaltrexone, derivado quaternário do naltrexone (antagonista opióide terciário), ainda não disponível no Brasil.

6. Todas as etapas do processo de cuidado devem estar claramente descritas no prontuário do paciente

Registro e Documentação

Prontuário do Paciente.

Rotina de registro e documentação de conversas com a família e paciente.

Referências e links:

1. Skypes NP. Constipation and diarrhea. In: Doyle D. Hanks GW. Mac Donald N, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2ª edição. Oxford: University Press, 2001; 513-526.
2. National Cancer Institute – Link:
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/gastrointestinalcomplications/healthprofessional>
3. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. Gastroenterology. 2006; 130:1480-1491.
4. Johnson DA. Treating chronic constipation: how should we interpret the recommendations? Clin Drug Invest. 2006; 26(10):547-557.
5. Fallon MT. Constipation in cancer patients: prevalence, pathogenesis, and cost-related issues. European J Pain. 1999; 3(Suppl A):3-7.
6. Kurz A, Sessler DI. Opioid-induced bowel dysfunction. Pathophysiology and potential new therapies. Drugs. 2003; 63(7):649-671.
7. Link com política *Assistência ao Paciente com Dor*
8. Link com política *Assistência ao paciente em Cuidados Paliativos*

Autores:

Ana Claudia Arantes