

# Ficha técnica do



CENTRO  
DE INFORMAÇÃO  
DO MEDICAMENTO

## ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO NA OBSTIPAÇÃO EM ADULTOS

A **obstipação** não é uma doença, mas sim um sintoma, uma percepção subjectiva influenciada por factores culturais, psicológicos e dietéticos;<sup>1</sup> consiste numa alteração significativa nos hábitos intestinais, com esforço para evacuar, baixa frequência de defecação, fezes duras ou defecação aparentemente incompleta.<sup>2,5</sup> A frequência dos movimentos intestinais é muito variável, situando-se geralmente entre 3 vezes ao dia a 3 vezes por semana.<sup>6,7</sup> De uma forma mais prática, considera-se estar na presença de obstipação quando as defecções são espaçadas mais de 2 ou 3 dias,<sup>1,7,8</sup> difíceis de expulsar, ou excessivamente duras.<sup>2,7</sup>

A obstipação afecta a qualidade de vida e está associada a várias co-morbidades,<sup>6,9</sup> incluindo hemorroidas, fissura anal, desconforto abdominal, distensão, ou flatulência.<sup>6,8</sup> Nos idosos, que podem sentir particular desconforto e preocupação,<sup>4,7</sup> pode constituir um problema sanitário importante, apesar da benignidade da situação.<sup>1,4,7</sup>

### CAUSAS

As **causas** mais frequentes de obstipação são alterações na dieta ou hábitos alimentares inadequados, nomeadamente o aporte insuficiente de fibra e líquidos,<sup>2,3,6,7,10</sup> alterações ao ritmo de vida, como *stress*,<sup>2</sup> e baixa actividade física.<sup>2,3,7</sup> Podem também estar implicados factores psicológicos, alterações da motilidade colo-rectal, disfunção dos músculos pélvicos ou do esfíncter anal, desidratação e algumas alterações metabólicas, neurológicas e psiquiátricas.<sup>1,2,6</sup> A obstipação também pode ocorrer como efeito adverso de certos fármacos.<sup>1,4,6,8,11,12</sup> A gravidez e as lesões anais dolorosas, como hemorroidas e fissuras, também podem provocar obstipação.<sup>6,7</sup> Os **factores de risco** para a obstipação incluem: sexo feminino, baixo nível socioeconómico,<sup>1,3,4,8,9</sup> idade avançada, estilo de vida sedentário,<sup>1,3,4,8</sup> polimedicação, dieta com baixo teor de fibras,<sup>1,4,8</sup> ou líquidos.<sup>1</sup> Outros factores incluem a gravidez<sup>1,3</sup> e as viagens.<sup>1</sup>

### ACONSELHAMENTO

A obstipação de curta duração é um problema relativamente comum.<sup>1,2,5</sup> O tratamento de uma obstipação recente inclui, numa primeira fase, explicações tranquilizadoras,<sup>10</sup> medidas dietéticas susceptíveis de aumentar o aporte de fibras e líquidos, e medidas comportamentais, como o exercício físico.<sup>6,10,12</sup>

O doente deve ser esclarecido que:

- não é necessário ir todos os dias à casa de banho;<sup>1,7,10</sup>
- não deve ignorar a urgência de defecar;<sup>1,6</sup>
- deve destinar tempo para as idas à casa de banho, sem pressa nem interrupções;<sup>1,6</sup>
- deve tentar manter um horário regular de ida à casa de banho,<sup>1,6,7,10</sup> preferencialmente após as refeições, para aproveitar o habitual aumento pós-prandial da motilidade intestinal; isto é particularmente importante de manhã, quando a actividade motora do cólon é superior.<sup>1,3,11</sup>

### MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

O **aumento da ingestão de fibras** juntamente a um aporte adequado de fluidos, pode melhorar a obstipação na maioria dos doentes,<sup>1,4,6-8,10,11</sup> particularmente nos que têm obstipação com trânsito intestinal normal.<sup>12</sup> As fibras vegetais, que não são digeridas, absorvem água<sup>10,11</sup> e conferem volume e plasticidade às fezes,<sup>1,2,6,10</sup> o que acelera o trânsito intestinal.<sup>2</sup> Entre os alimentos cuja ingestão deve ser aumentada incluem-se os **cereais integrais**,<sup>1,6,10</sup> **leguminosas**,<sup>7,10</sup> **frutos e legumes frescos**.<sup>1,7,10</sup>

O aumento da ingestão de fibra deve ser gradual,<sup>2,11</sup> de modo a alcançar um consumo diário entre 20-35 g.<sup>1,6,11</sup> Se necessário, o doente pode também ingerir **farelo de trigo**, de modo a atingir a ingestão adequada.<sup>10,11</sup> Os efeitos são aparentes ao fim de alguns dias, mas podem demorar cerca de 4 semanas.<sup>1,2</sup> Um consumo de farelo superior a 50 g/dia pode produzir sintomas como meteorismo e alterações na absorção de oligoelementos,<sup>1</sup> como cálcio e ferro.<sup>6</sup> As fibras podem provocar dores abdominais, flatulência e distensão abdominal,<sup>6,10</sup> especialmente nos doentes que têm obstipação relacionada com trânsito intestinal lento.<sup>11</sup> Apesar de uma utilidade com menor evidência, deve ser aconselhado aos doentes manterem um **aporte hídrico abundante** e praticarem **exercício físico**.<sup>1-3,6-8,10</sup> A ingestão de líquidos pode ter que ser limitada em doentes sob restrição de fluidos ou insuficientes renais. Quanto ao exercício, deve ser preferencialmente aeróbico: caminhada, corrida ou natação, por exemplo.<sup>6</sup> Enquanto se aguarda que estas medidas façam efeito<sup>2</sup> ou quando são insuficientes para normalizar a situação, pode ser necessário o uso de um **laxante**,<sup>2,6,7,10,12</sup> de forma ocasional e transitória, para não mascarar uma eventual patologia nem criar hábitos prejudiciais.<sup>10</sup>

### LAXANTES

São substâncias que actuam directamente no intestino ou no conteúdo intestinal de modo a aumentar a frequência da defecação, ou facilitar a passagem das fezes.<sup>9</sup>

São classificados em 5 grupos: expansores de volume, osmóticos, lubrificantes, estimulantes e emolientes.<sup>6</sup>

**Expansores de volume.** Inclui as fibras solúveis (polissacáridos naturais ou sintéticos), ou insolúveis (como derivados da celulose), que actuam essencialmente pela absorção de água e aumento da massa fecal.<sup>6,9,11</sup> Neste tipo de laxantes incluem-se a ispagula, o *Plantago ovata*, a esterculia,<sup>2,6,10,12</sup> plantas gomosas, o guar,<sup>1,6</sup> a metilcelulose<sup>1,6,11,12</sup> e o farelo.<sup>9,12</sup> Não estão indicados no tratamento agudo,<sup>1,2,10,12</sup> pois podem tardar cerca de 3 dias a fazer efeito. Os seus efeitos adversos mais frequentes são distensão abdominal,<sup>1,9,10,12</sup> dores abdominais e flatulência,<sup>6,10,12</sup> que podem ser reduzidos mediante um aumento gradual da dose.<sup>12</sup> Podem diminuir a absorção de certos medicamentos.<sup>1</sup> Os doentes devem manter um aporte hídrico adequado,<sup>2,3,9,12</sup> para evitar a possibilidade de obstrução intestinal.<sup>2,10,12</sup>

**Osmóticos.** Engloba diferentes tipos de fármacos: hidratos de carbono, como a lactulose, o lactitol, o manitol e o sorbitol,<sup>1,10,12</sup> o macrogol,<sup>2,9,12</sup> e os laxantes salinos,<sup>1,6,12</sup> compostos de magnésio (citrato, sulfato e hidróxido) e sódio (fosfato e bifosfato);<sup>1,6</sup> destes últimos só iremos referir o hidróxido de magnésio, pois os restantes estão indicados somente quando é necessária uma rápida evacuação do conteúdo intestinal, como na preparação para procedimentos diagnósticos.<sup>6</sup>

Produzem um aumento da pressão osmótica no lúmen intestinal, favorecendo a retenção de água, o que amolece as fezes<sup>1,6</sup> e aumenta o seu volume.<sup>6,9,10</sup> Os hidratos de carbono são também hidrolisados pelas bactérias do cólon em ácidos orgânicos, que estimulam o peristaltismo intestinal.<sup>1,10</sup> Estes laxantes não são adequados para o alívio rápido da obstipação,<sup>2</sup> já que podem demorar alguns dias a fazer efeito,<sup>2,10</sup> com excepção do hidróxido de magnésio.<sup>2</sup> São geralmente bem tolerados.<sup>9,10</sup> Os seus efeitos adversos consistem essencialmente em dores abdominais e distensão ou flatulência,<sup>1,10</sup> por vezes acompanhadas de náuseas e vômitos. O uso excessivo pode provocar diarreia, com perda de água e electrólitos.<sup>10</sup> A lactulose deve ser usada com precaução em doentes intolerantes à lactose e está contra-indicada na galactosémia.<sup>9</sup> Os laxantes salinos à base de hidróxido de magnésio devem ser evitados na presença de insuficiência renal pelo risco de hipermagnesémia.<sup>1,6,10,11</sup>

**Lubrificantes.** Constituídos por óleos minerais, como a parafina. Lubrificam e amolecem as fezes, por diminuição da reabsorção intestinal de água, facilitando a sua eliminação.<sup>1,6,10</sup> 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.<sup>6,9</sup> A inalação inadvertida pode causar efeitos adversos respiratórios.<sup>6,9,12</sup> Pode reduzir a absorção de anticoagulantes orais, contraceptivos orais e digitálicos.<sup>6</sup>

**Estimulantes.** Podem dividir-se em 3 grupos; derivados antraquinónicos, derivados do difenilmetano e óleo de ricino. Os derivados antraquinónicos provêm de plantas – cáscara sagrada, sene, frângula, ruibarbo e aloé;<sup>1,6</sup> os derivados do difenilmetano incluem o bisacodilo,<sup>1,6,12</sup> a fenoltaleína<sup>1,6</sup> e o picossulfato de sódio.<sup>1,12</sup>

Os laxantes estimulantes aumentam o peristaltismo intestinal por uma acção irritante na mucosa, ou nas terminações nervosas intestinais, bom como pelo aumento do volume do conteúdo intestinal, causado pela secreção de água e electrólitos.<sup>1,6,10</sup> O seu efeito ocorre 5-10 horas após a toma,<sup>1,10</sup> sendo geralmente tomados ao deitar, para produzirem efeito na manhã seguinte. As formulações rectais podem ser utilizadas para provocar uma evacuação mais rápida.<sup>1,2</sup> Não devem ser usadas em doentes idosos ou debilitados.<sup>2</sup>

Podem causar frequentemente dor abdominal<sup>1,2,6,10</sup> e diarreia.<sup>1,9</sup> Podem ainda causar desidratação, perdas electrolíticas, em particular de potássio,<sup>6,10</sup> irritações intestinais, diarreias crónicas secundárias a uso excessivo<sup>10</sup> e malabsorção.<sup>6</sup> O uso prolongado de antraquinonas pode causar melanoze cólica.<sup>6,10</sup>

**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, utilizados por via oral,<sup>1,6</sup> mas também em associação a outros laxantes, por via rectal. Não serão descritos detalhadamente, pois em Portugal só estão presentes em formulações sujeitas a prescrição médica.

## SELECÇÃO DO LAXANTE

Deve ser baseada no contexto da situação, sintomas, velocidade de actuação pretendida, resposta ao tratamento, custo e aceitabilidade ou preferência do doente.<sup>2,10</sup> Antes de aconselhar ou dispensar um laxante, é importante verificar a sua composição exacta, incluindo os excipientes, e o modo de utilização preconizado, informando adequadamente o doente e aconselhando medidas preventivas não farmacológicas.<sup>6</sup>

Os **laxantes expansores de volume** são a primeira escolha recomendada para o tratamento da obstipação,<sup>3,4,6</sup> já que são os que replicam mais aproximadamente o mecanismo fisiológico de promoção da evacuação.<sup>6</sup> Apesar da experiência clínica, a evidência objectiva de eficácia é inconsistente,<sup>9,11</sup> mas a sua relação benefício-risco leva a que sejam a primeira escolha mais frequente.<sup>10</sup>

Os **laxantes osmóticos** estão indicados em caso de ineficácia<sup>2-4,10,11</sup> ou efeitos indesejáveis de um laxante expansor de volume.<sup>2,10,11</sup> Os sais de magnésio por via oral podem ser usados para o alívio rápido da obstipação, mas não é recomendado o seu uso regular pois a sua acção pode ser indesejavelmente potente.<sup>2</sup>

Os **laxantes estimulantes** são úteis em casos de obstipação ocasional, após falha de laxantes de outros tipos;<sup>3,4,10</sup> devem ser utilizados somente por curtos períodos,<sup>2,10</sup> dando preferência aos derivados do difenilmetano.<sup>12</sup>

Os **laxantes lubrificantes**<sup>6</sup> e os **emolientes**<sup>12</sup> podem ser benéficos em casos que requeiram a manutenção de fezes pouco consistentes, que permitam uma evacuação sem esforço: doentes que padeceram de hérnia, aneurisma, patologias cardiovasculares, ou após certas cirurgias; os segundos são os mais adequados.<sup>6</sup>

Os laxantes expansores de volume e osmóticos não são adequados em situações que requerem o alívio rápido da obstipação; os laxantes estimulantes e as preparações administradas por via rectal devem ser preferidos para este fim.<sup>2,12</sup>

Outra abordagem é aconselhar o laxante consoante as necessidades específicas de cada tipo de obstipação: os que aumentam a consistência das fezes para os doentes que ingerem pouca fibra, os que diminuem a consistência das fezes quando estas são muito duras, ou os estimulantes para os doentes com diminuição da motilidade intestinal.<sup>3</sup>

## REFERENCIAÇÃO AO MÉDICO

Existem situações nas quais o doente deve ser encaminhado para o médico: perda de peso recente, dor abdominal, presença de sangue nas fezes,<sup>6,7,12</sup> episódios de diarreia, irritação anal,<sup>7</sup> distensão ou flatulência acentuadas, náuseas e/ou vômitos,<sup>6</sup> alteração do calibre das fezes, probabilidade de impactação fecal ou obstrução,<sup>3,6</sup> persistência de sintomas por mais de 1-2 semanas, ineficácia de laxantes não sujeitos a prescrição médica, ou se o doente padecer de uma patologia que curse com obstipação; a obstipação associada a uma patologia ou medicação subjacentes deve ser avaliada por um médico, para que ele determine a necessidade de tratamento médico ou de ajuste da medicação.<sup>5</sup> Uma alteração súbita dos hábitos intestinais, não associada a alterações no estilo de vida ou uso de fármacos potencialmente obstipantes, deve ser investigada, especialmente em doentes com mais de 50 anos.<sup>2,3,12</sup>

Ana Paula Mendes  
Farmacêutica

## Referências bibliográficas

- Ibarrá Lorente I, Blasco Guerrero M, Martín Alcalde E, Pérez Rodríguez I. Estreñimiento: una visión global. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. 2012; XIII(3): 1-8.
- The management of constipation. MeReC Bull. 2012; 21(2): 1-8.
- Alvarez I, Louro A. Estreñimiento – Guía clínica. Fisterra, última revisión: 02/04/2012. [accedido a 30-05-2013]. Disponível em: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/estreñimiento/>.
- Lindberg G. et al. World Gastroenterology Organisation. World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation – a global perspective. J Clin Gastroenterol. 2011 [accedido a 30-05-2013]; 45(6): 483-7. Disponível em: [http://journals.lww.com/jcge/Fulltext/2011/07000/World\\_Gastroenterology\\_Organisation\\_Global.4.aspx](http://journals.lww.com/jcge/Fulltext/2011/07000/World_Gastroenterology_Organisation_Global.4.aspx).
- Bharucha A E, Dorn S D, Lembo A, Pressman A. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation. Gastroenterology. 2013; 144(1): 211-7.
- Berardi RR. et al. eds. Handbook of Nonprescription Drugs, 15<sup>th</sup> ed. Washington, American Pharmacists Association, 2006.
- La constipation chez les adultes. Infos-Patients Prescrire, 2012 [accedido a 30-05-2013]. <http://www.prescrire.org/fr/>.
- Jamshed N, Lee Z-E, Olden KW. Diagnostic Approach to Chronic Constipation in Adults. Am Fam Physician. 2011; 84(3): 299-306.
- Ford AC, Talley NJ. Laxatives for chronic constipation in adults. BMJ. 2012; 345: e6168.
- Constipation chez les adultes: traitement. Idées-Forces Prescrire, 2012 [accedido a 30-05-2013]. Disponível em: <http://www.prescrire.org/fr/>.
- Wald A. Management of chronic constipation in adults. UpToDate, 2012 [accedido a 01-04-2013]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>.
- Sweetman SC. ed. Martindale The Complete Drug Reference, 37<sup>th</sup> ed. London, The Pharmaceutical Press, 2011.