

Terapêutica nutricional para constipação intestinal em pacientes oncológicos com doença avançada em uso de opiáceos: revisão*

The nutritional therapy for bowel constipation in oncologic patients with advanced disease in opioids used: review

Helimar Senna dos Santos

Resumo

Constipação intestinal é um distúrbio comum em pacientes com câncer devido à síndrome de anorexia-caquexia, e sua frequência está elevada naqueles com doença avançada e em uso de drogas opiáceas para tratamento da dor. A terapêutica nutricional na unidade de cuidados paliativos é fundamental para o sucesso do tratamento, pois ela minimiza os desconfortos causados por distúrbios como a constipação intestinal, oferece dietas adequadas ao estado fisiológico e proporciona prazer. A incorporação de nutrientes "laxativos" oferece benefícios, como a restauração do trânsito intestinal, aumento do peso das fezes e o restabelecimento da frequência da defecação. Este artigo trata-se de uma revisão bibliográfica onde será abordada a constipação intestinal como consequência do uso de opióides para tratamento da dor em pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

Palavras-chave: nutrição; dietoterapia; fibra na dieta; constipação; analgésicos opióides; pacientes incuráveis; cuidados paliativos.

Abstract

Bowel constipation is a typical disorder in cancer patients because of the anorexia-caquexia syndrome, and its frequency is high in patients with advanced disease who use opioids for pain management. The nutritional component in palliative care is very important for the overall treatment, as it helps lessening the severity of the disorders the patient presents, making him feel better. The use of laxative nutrients are quite beneficial in reducing bowel constipation. This article is a review of the importance of nutrition for bowel constipation in palliative care patients who use opioids.

Key words: nutrition; diet therapy; dietary fiber; constipation; opioid analgesics; incurable patients; palliative care.

*Artigo referente ao Trabalho de Conclusão do Curso de Nutrição Oncológica do Instituto Nacional de Câncer.

Professora do Departamento de Nutrição da Faculdade JK, Aluna Especial do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), Especialista em Nutrição Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), Especialista em Nutrição Clínica e Cirúrgica pela FHDF (Programa de Residência) e Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade Federal Fluminense (UFF). *Enviar correspondência para:* SQN 214 / 413 Bloco K, Asa Norte; 70873-110 Brasília, DF - Brasil. *E-mail:* helimarsenna@uol.com.br

Recebido em julho de 2001.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte por doença (27,63% do total).¹ Em 1999, cerca de 1,8% dos gastos em alta complexidade destinaram-se para oncologia e 12,8% foram gastos com internação hospitalar para tratamento de câncer.² Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano 9 milhões de pessoas morrem de câncer. Por isto, os programas de detecção precoce das neoplasias são fundamentais para o sucesso do tratamento e do bom prognóstico.³

Os avanços no campo da terapia oncológica tornaram muitos tumores curáveis ou passíveis de melhora. Quando a cura não é possível, como em casos de pacientes que, na ocasião do diagnóstico, possuem doença avançada e incurável, o objetivo do tratamento é proporcionar uma qualidade de vida satisfatória, controlando a doença e seus sintomas com o uso de terapia paliativa.⁴⁻⁶ Nela está incluído o alívio da dor destes pacientes, que ocorre em 67% dos pacientes com câncer metastático.^{7,8} Assim, o exercício da medicina paliativa, a qual se dedica ao estudo de pacientes com doença ativa, progressiva e avançada, para quem o prognóstico é limitado e a assistência é voltada para a qualidade de vida, passa a ser o principal objetivo do tratamento.⁹ O controle da dor, de outros sintomas e dos problemas psicológicos, sociais e espirituais são soberanos.¹⁰

O alívio da dor em pacientes oncológicos requer o uso de medicamentos, como os opióides, e de outras formas de terapia, como a neurocirurgia e anestesia. Entretanto, a administração de drogas opiáceas produz muitos efeitos colaterais, incluindo a constipação intestinal (CI), cujo controle se faz necessário para promover a qualidade de vida dos pacientes com doença avançada.

A CI é um problema comum entre os pacientes com doença avançada em uso de opiáceos e pode ser definida como a falta de frequência ou a dificuldade de defecar, com os números de movimentos intestinais reduzidos, que resultam no desconforto ou dor, podendo ser diagnosticada como dois ou menos movimentos intestinais por semana.

Estudos têm demonstrado que cerca de 40% a 80% dos pacientes em cuidados paliativos cursam com constipação, e esta proporção aumenta para 90% ou mais quando os pacientes são tratados com opiáceos. Além deste fato, existe uma série de outros fatores implicados em sua gênese, como a baixa ingestão alimentar de fibras, hipocalcemia, falta de mobilidade, distúrbios neurológicos, uso de medicamentos e outros. Este distúrbio pode ser agravado ou precipitado com a administração de drogas opiáceas.¹¹

Este artigo tem por objetivos identificar as principais terapias nutricionais anticonstipantes para os pacientes com câncer em cuidados paliativos, identificar os componentes dietéticos que auxiliam a regulação do trânsito intestinal e apontar as dificuldades da realização de uma alimentação equilibrada para o controle da CI, em estudos descritos na literatura nos últimos 15 anos.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL COMO CONSEQÜÊNCIA DO USO DE OPIÁCEOS

A dor do câncer é descrita como crônica e progressiva. Afeta a atividade, a função, o apetite, o sono dos pacientes, além de deprimir o paciente e aumentar o risco de suicídio.^{8,12}

Estima-se que 30% dos pacientes em tratamento curativo apresentam dor, e esta proporção aumenta para 70% a 90% dos pacientes, em caso de doença avançada. A dor deve ser aliviada para que o paciente volte a desenvolver sua capacidade funcional e tenha uma sobrevida mais confortável até o momento final. Este alívio pode ser alcançado de muitas maneiras e o tratamento deve ser individualizado, com as abordagens necessárias para a minimização da dor.^{7,13,14}

Uma das estratégias de tratamento da dor é o uso de analgésicos opióides, que são compostos naturais ou sintéticos que produzem efeitos semelhantes aos da morfina. São fármacos obtidos do extrato *Papaver somniferum* - papoula, como a morfina e a codeína.^{15,16} Os principais medicamentos opióides são: a) morfina (utilizada amplamente), b) meperidina (opiáceo

sintético, não relacionado à morfina), c) metadona (opióide sintético, tão potente quanto a morfina), d) fentanil (quimicamente relacionado à meperidina, é 80 vezes mais potente que a morfina), e) heroína, f) propoxifeno, g) codeína (menos potente que a morfina, mas potente por via oral), h) pentazocina, i) buprenorfina, j) naloxona e; l) naltrexona.⁵ Existem também os analgésicos não opióides, como o ácido acetil-salicílico e antiinflamatórios não esteróides (AINE) que são importantes no tratamento da dor, pois se verifica uma alta concentração de prostaglandinas no local da dor que pode ser bloqueada pelos AINE.⁷

A morfina e seus correlatos combinam-se seletivamente a vários sítios de reconhecimento existentes no organismo para produzirem os efeitos farmacológicos.¹⁷ Os locais no cérebro envolvidos na transmissão da dor e na alteração da reatividade aos estímulos nociceptivos (dolorosos) parecem ser os principais sítios nos quais os opióides agem. Os receptores também podem ser encontrados, em altas concentrações, no trato gastrointestinal (TGI).^{15,16}

No TGI, quando os terminais são ligados com opióides, ocorre redução no estímulo que cria necessária contração propulsiva. Esta ação reduz a motilidade gástrica, as secreções biliar, pancreática e intestinal, e atrasa a digestão dos alimentos. Este atraso expõe o conteúdo intestinal à superfície mucosa por um longo tempo, aumentando a absorção de fluidos.¹⁸ O longo tempo de trânsito intestinal e a absorção de grande quantidade de fluidos tornam as fezes ressecadas e endurecidas causando a CI. As dificuldades e desconfortos relacionados à CI podem estar associados à sensação de esvaziamento retal incompleto, sucedido por dor abdominal, flatulência, distensão, anorexia, cefaléia, edema e a presença ou não de náuseas.¹⁹⁻²¹

A constipação, como consequência do uso de opióides, é um efeito reconhecido e inevitável. Os efeitos constipantes são mediados por uma ação no sistema nervoso central e local. No estômago, a motilidade pode estar reduzida, mas o tônus deve aumentar, principalmente na porção central e a secreção de ácido clorídrico está reduzida. No intestino delgado, o tônus de repouso

aumenta, com espasmos periódicos, mas a amplitude das contrações não propulsivas estão diminuídas, isto atrasa a passagem do bolo fecal e permite uma absorção maior de água, resultando na constipação.^{17,18,23} Em 1946, foi realizado um estudo que mensurou os efeitos da morfina sobre o aumento da motilidade do tipo I (descrita como os movimentos segmentados) e redução dos movimentos tipo II (movimentos que conduzem a evacuação), resultando em contato prolongado dos alimentos com a parede intestinal e aumento da absorção de fluidos. Além disto, foi verificado que a morfina atrasa o trânsito intestinal, especificamente no ceco e no cólon ascendente, sugerindo que os problemas de propulsão se iniciam no cólon proximal e culminam distalmente com a inibição da defecação.²⁴

Este distúrbio ocorre por razões variadas, que vão desde o estilo de vida até condições patológicas. Os pacientes com câncer avançado desenvolvem falência autonômica, a qual está associada a síndrome anorexia-caquexia, relacionada com a motilidade gastrointestinal anormal e sintomas como a anorexia, náuseas e constipação.^{18, 22}

A avaliação da CI deve ser minuciosa, uma vez que estes pacientes possuem vários fatores de risco e as complicações devem ser avaliadas cuidadosamente. Devem ser considerados a história da frequência e da dificuldade de defecação, a história de dor ou tenesmo, os sintomas relacionados à constipação e exames físico e retal para verificar a presença de sangramentos.^{20,22} Deve-se utilizar escalas eficazes que medem a presença e a severidade da constipação, adaptando-as às populações em que serão aplicadas.

O controle da dor é essencial para a boa prática em saúde e requer cuidadosa consideração acerca da dose apropriada, tipo de droga e doença a ser tratada. A dor associada ao câncer ou outras doenças avançadas deve ser tratada, e preocupações com tolerância e dependência devem ser ignoradas, quando necessário, em favor do conforto dispensado ao paciente, entretanto a dose limite da droga deve ser sempre respeitada, para evitar o desenvolvimento de

tolerância e alterações intestinais, como a constipação.¹⁷

TERAPÊUTICA NUTRICIONAL

A alta frequência da CI em cuidados paliativos indica que a profilaxia deve ser aplicada, uma vez que sua causa é multifatorial.²³ Em se tratando de CI induzida pelo uso de narcóticos, o tratamento deve ser preventivo.²⁴

A mudança no estilo de vida dos pacientes deve ser recomendada e é benéfica por melhorar as funções fisiológicas básicas. Os pacientes devem: a) possuir um tratamento individualizado; b) ser orientados quanto aos malefícios do uso excessivo de laxantes; c) ser encorajados a ter hábitos intestinais regulares, respeitando, sempre que possível, o reflexo gastrocólico após as refeições, principalmente após o desjejum.^{25,26}

Segundo a Associação Dietética Americana (ADA), o controle da constipação pode ser realizado através do consumo de fibras (25 a 35g/dia, para indivíduos com mais de 20 anos e de 10 a 13g por 1000 Kcal para idosos), da incorporação de dieta balanceada, isto é, com altas quantidades de carboidratos complexos e reduzida quantidade de gorduras, da atividade física regular e da ingestão hídrica adequada.^{27,28}

Os benefícios gastrointestinais reconhecidos com o uso de fibras dietéticas (FD) são: a) efeito laxativo, promovido pelas fibras insolúveis; b) redução na pressão intraluminal, pois o bolo fecal se torna mais macio e úmido; c) redução do tempo de trânsito intestinal, protegendo o cólon de substâncias citotóxicas; d) elevação do volume fecal e; e) proliferação bacteriana elevada.²⁹ Contudo, estes benefícios não são efetivos sem que haja um consumo adequado de líquidos, pois eles são importantes para lubrificar e aumentar o processo de mistura das fezes. É recomendado que seja ingerido, por dia, de um e meio a dois litros de água (1,5 a 2L/dia). Caso ocorra um baixo consumo hídrico, o paciente poderá apresentar efeitos adversos causados pelo consumo de fibras, entre estes podemos observar desde a produção excessiva de flatos até obstrução em qualquer parte do tubo

digestivo, sendo mais comum nos intestinos. Para os pacientes que apresentam aumento da plenitude gástrica e por isto possuem dificuldades para ingerir os alimentos e a quantidade hídrica recomendada, algumas medidas dietoterápicas como: a) administração de líquidos com temperaturas quentes meia hora antes de o paciente evacuar; b) oferta hídrica na forma de gelatinas; c) preparações líquidas com valores nutricionais adequados e; d) evitar a oferta de líquidos que contenham poucos nutrientes necessários,^{24,30} são indicadas para promover o consumo de líquidos adequado, sem que ocorram prejuízos no consumo de nutrientes.

Em pacientes com doença avançada, o tratamento da constipação é baseado na prevenção, através da educação nutricional, possibilitando-lhes o conhecimento do funcionamento intestinal e de medidas preventivas adequadas, como o consumo de pelo menos 5 a 10g de fibras por dia. Quando o distúrbio já está instalado, a dieta e o uso de agentes laxativos naturais como a lactulose, que embora seja um dissacarídeo sintético formado por frutose e galactose, promove um efeito laxativo, uma vez que não é metabolizada ou absorvida no organismo, podem fazer parte do tratamento de escolha.^{24,31} Um outro nutriente que tem apresentado resultados satisfatórios em pacientes com constipação crônica, é o isomalto-oligossacarídeo, que é um amido resistente à digestão humana. A suplementação diária com 10g por 30 dias em pacientes do sexo masculino, promoveu a melhora da frequência da defecação e da sensação de tenesmo, além de aumentar produção de ácidos graxos de cadeia curta e a absorção intestinal de cálcio e fósforo.³²

A modificação física da FD também é uma medida dietética que possibilita a ingestão de quantidades suficientes destes produtos sem que ocorra o aumento substancial da plenitude e como consequência, menor ingestão de alimentos. O cozimento dos alimentos pode causar quebra das reações, que, aparentemente, aumentam o conteúdo de fibras dos alimentos. Isto ocorre porque há uma perda de água dos alimentos durante a cocção, tornando a FD mais biodisponível.³³

Outra alternativa para o tratamento da CI

é a suplementação de L-arginina, que reduz o atraso no trânsito intestinal produzido pela morfina, podendo ser um efeito causado pelo aumento da liberação de óxido nítrico, que tem sido identificado como neuro-modulador intestinal.²⁴ Porém deve-se observar que o óxido nítrico é um radical livre que causa efeitos deletérios ao organismo e pode resultar em complicações indesejáveis como toxicidades cardíaca, renal, pulmonar entre outras. Seu uso deve vir sempre acompanhado de suplementações de vitaminas antioxidantes, como as vitaminas C, A e E.

O sucesso do tratamento nestes pacientes é dificultado pela baixa ingestão de alimentos, devido a causas variadas pertinentes à própria doença avançada, e também por causa das alterações que a constipação pode causar, como náuseas, vômitos, sensação de plenitude e anorexia. Estes fatores são cruciais no tratamento dietoterápico, pois limitam a prática do profissional nutricionista que atua em unidades de tratamento paliativo. O plano dietoterápico destes pacientes deve ser o mais individualizado possível e promover o efeito laxativo desejado. As refeições devem ser fracionadas, sendo oferecidas na consistência e temperatura que melhor forem convenientes ao paciente. Elas devem ser compostas por alimentos de hábito do paciente e com aspecto e sabor agradáveis.

O tratamento realizado na enfermaria de cuidados paliativos deve possuir a integração de toda a equipe hospitalar a fim de controlar todas as causas possíveis de CI. A conduta nutricional dependerá do momento e dos sintomas encontrados, isto é, deverá ser avaliada a cronicidade da CI e o grau das complicações existentes. A terapêutica nutricional deve ser adequada às condições atuais, levando em consideração a capacidade gástrica do paciente, com a oferta de quantidades satisfatórias de calorias, fibras e líquidos, suficientes para amenizar os sintomas da CI.

CONCLUSÃO

A dietoterapia ou terapêutica nutricional é parte fundamental no tratamento e na

qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, uma vez que um dos prazeres que ainda pode estar conservado é o consumo de alimentos.

A constipação intestinal como consequência do uso de opióides é um sintoma comum e interfere na qualidade de vida dos pacientes. Seu controle está, principalmente, na intervenção nutricional adequada, permitindo que o distúrbio seja minimizado sem que métodos invasivos e desconfortáveis sejam utilizados. A alimentação deste pacientes deve ser compatível com seu estado fisiológico atual. Assim, a ingestão hídrica e a oferta de fibras e de nutrientes devem ser realizadas de acordo com a capacidade de aceitação do paciente, isto é, deve-se evitar a ocorrência de plenitude gástrica e outros desconfortos físicos e psicológicos. É importante que o bem estar do paciente seja a prioridade no momento em que a terapia, seja ela nutricional ou não, for instituída.

Alguns componentes dietéticos como a lactulose, o isomalto-oligossacarídeo, a FD e a L-arginina exercem efeitos positivos no intestino, produzindo a melhora da eficiência dos movimentos intestinais, o aumento do peso das fezes e a elevação da frequência da defecação. Estes nutrientes devem integrar a terapia nutricional paliativa, pois minimizam os sintomas de CI e conseqüentemente restauram o bem-estar do paciente. Medidas dietéticas eficazes, como a oferta hídrica satisfatória e a ingestão adequada de nutrientes auxiliam no tratamento da CI e possibilitam a manutenção do estado nutricional do paciente sem que ocorra depleção maior. A dieta deve ser atrativa e composta por alimentos de hábito dos pacientes.

É importante também avaliar a CI e diferenciá-la de outros distúrbios intestinais que possam vir a ocorrer, como a impactação fecal. É necessário conhecer o momento em que o tratamento com opiáceos foi instituído e se houve terapias dietéticas ou outras medidas terapêuticas aliadas a este. Um acompanhamento eficaz, tanto a nível ambulatorial, quanto na enfermaria é importante para a determinação da terapia nutricional a ser instituída e para conhecer

os sintomas iniciais apresentados pelos pacientes.

Em cuidados paliativos, todos os esforços devem estar direcionados à promoção do bem-estar físico e psicológico dos pacientes. O profissional nutricionista deve ter em mente que o consumo de alimentos é capaz de minimizar desconfortos, cuidar de distúrbios orgânicos, nutrir e proporcionar prazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 1999. Rio de Janeiro; 2000.
- Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (Brasil). Assistência Hospitalar no SUS: 1995/1999. Brasília; 2000. 392p.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3a ed. Rio de Janeiro: INCA; 1999.
- Andreoli TE, Bennett JC, Carpenter CCJ, Plum F, Smith LH Jr. Cecil medicina interna básica. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- Sasse A. Câncer. Disponível em: <http://sites.mpc.com.br/andre.sasse/cancer.htm>. p. 1-3.
- Ottery F. Cancer and cachexia implications for care of the cancer patient. Philadelphia; 1996.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Programas de Controle de Câncer. O alívio da dor do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 1997.
- Chang HM. Cancer pain management. *Med Clin North America* 1999;83(3):711-36.
- Oxford University. Oxford textbook of palliative medicine. 2nd ed. New York: Oxford Medical Publications; 1998.
- World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Genebra;1996. vol.11 (Technical Report Series; no 804).
- Daeninck PJ, Bruera E. Reduction in constipation and laxative requirements following opioid rotation to methadone: a report of four cases. *J Pain Symptom Manage* 1999;18(4):303-9.
- Lazarus H, Fitzmartin RD, Goldenheim PD. A multi-investigator clinical evaluation of oral controlled-release morphine (MS Contin tablets) administered to cancer patients. *Hosp J* 1990;6(4):1-15.
- Viganó A, Bruera E, Suarez-Almazor ME. Age, pain intensity, and opioid dose in patients with advanced cancer. *Cancer* 1998;83(6):1244-50.
- Hanks GW. Cancer pain and the importance of its control. *Anticancer Drugs* 1995;6(Suppl 3)14-7.
- Harvey RA, Champe PC. Farmacologia ilustrada. 2a ed. Artmed; 1998.
- Zylicz Z, Twycross RG. Oral opioids in the treatment of cancer pain. *Neth J Med* 1991;39(1):108-14.
- Katzung BG. Farmacologia básica e clínica. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992.
- Canty SL. Constipation as a side effect of opioids. *Oncol Nurs Forum* 1994;21(4):739-45.
- Sykes NP. Current approaches to the management of constipation. *Cancer Surv* 1994;21:137-46.
- Mancini I, Bruera E. Constipation in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 1998;6(4):356-64.
- Cancer Information Service. Constipation, impaction, and bowel obstruction (PDQ®) supportive care - health professionals. Available from: <http://www.cancernet.nci.nih.gov/cgi-bin/srch>.
- Alessi CA, Henderson CT. Constipation and fecal impaction in the long-term care patient. *Clin Geriatr Med* 1988;4(3):571-88.
- Sykes NP. The treatment of morphine-induced constipation. *Eur J Palliat Care* 1998;5(1):12-5.
- Cameron JC. Constipation related to narcotic therapy. *Cancer Nurs* 1992;15(5):372-7.
- Sweeney M. Constipation: diagnosis and treatment. *Home Care Provid* 1997;2(5):250-5.
- Wilson JA. Constipation in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1999;15(3):499-510.
- Gorman MA, Bowman C. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *J Am Diet Assoc* 1993;93(12):1446-7.
- Marlett JA, Slavin JL. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *J Am Diet Assoc* 1997;97(10):1157-9.
- Davidson MH, McDonald A. Fiber: forms and functions. *Nutr Res* 1998;18(4):617-24.
- Kritchevsky D. Dietary fiber. *Ann Rev Nutr* 1988;8:301-28.
- Clausen MR, Mortensen PB. Lactulose, disaccharides and colonic flora. *Drugs* 1997;53(6):930-42.

32. Chen HL, Lu YH, Lin JJ, Ko LY. Effects of isomalto-oligosaccharides on bowel functions and indicators of nutritional status in constipated elderly men. *J Am Coll Nutr* 2001;20(1):44-9.
33. Slavin JL. Dietary fiber: classification, chemical analyses, and food sources. *J Am Diet Assoc* 1987;87(9):1164-71.