

Tratamento do intestino neurogênico em adultos com lesão da medula espinhal. Diretrizes para uma prática baseada em evidências

Management of neurogenic bowel in adults with spine cord injury. Guidelines for an evidence-based practice

Maria Helena L. Caliri ¹

Márcia Lúcia de Souza Furlan ²

Helton L. Defino ³

Correspondência:

Maria Helena Caliri

Av. Bandeirantes, nº 3900,

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

USP. Ribeirão Preto - SP. CEP: 14040-902.

Versão original aceita em Português

Recebido em: 07/03/2005
Aprovado em: 31/05/2005

RESUMO

O paciente com trauma raquimedular (TRM) apresenta intestino neurogênico que tem o potencial de interferir em todos os aspectos de sua vida. Diretrizes para a prática clínica desenvolvidas com base em evidências científicas e consenso de opinião de especialistas podem auxiliar os profissionais de saúde em conjunto com os pacientes a melhorar o controle do intestino neurogênico promovendo assim a qualidade de vida nos aspectos físicos, funcionais e psicossociais.

DESCRIPTORES: traumatismo da medula espinhal, intestinos, diretrizes para a prática clínica, medicina baseada em evidências

INTRODUÇÃO

O intestino neurogênico após uma lesão de medula tem o potencial de interferir em todos os aspectos da vida dos indivíduos. Visando melhorar o tratamento desta condição e assim promover a qualidade de vida em seus aspectos físicos, funcionais e psicossociais da pessoa com intestino neurogênico uma Diretriz para a prática clínica foi construída nos Estados Unidos, com o enfoque da Prática Baseada em Evidências¹. Para isto, foi composto um painel coordenado

ABSTRACT

Spinal cord injury (SCI) patients present neurogenic bowel that has the potencial to disrupt every aspect of their lives. Practice guidelines developed based on scientific evidence and expert consensus may help health-care providers in conjunction with patients to improve their management of neurogenic bowel thereby promoting physical/functional and psychosocial quality of life.

KEY WORDS: spinal cord injuries, intestines, practice guidelines, evidence-based medicine

pelo Consórcio de Medicina da Lesão Medular com a participação de profissionais americanos de diferentes associações e especialidades, público leigo e representantes de agências compradoras de serviços. As recomendações que compõem a Diretriz foram feitas com rigor metodológico para avaliação, síntese e crítica da literatura para definir a qualidade e força das evidências. O suporte técnico e financeiro foi fornecido pela Associação Americana dos Veteranos com Paralisia. A Diretriz foi construída segundo o referencial da Organiza-

1 - Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

2 - Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, SP.

3 - Professor Associado do Departamento de Biomecânica, Reabilitação e Medicina do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



ção Mundial da Saúde (OMS) de classificação das consequências da doença considerando o pressuposto que este referencial promove uma avaliação holística do tratamento do intestino neurogênico e enfatiza a prevenção de complicações². Segundo esta classificação, *deficiência* representa uma anormalidade de estrutura ou função que afeta o funcionamento normal do corpo e *incapacidade* refere-se a uma restrição, resultante da deficiência na habilidade de realizar uma atividade da maneira usual para o ser humano essencial à vida diária. *Desvantagem* refere-se ao prejuízo para o indivíduo resultante de uma deficiência ou incapacidade que limita ou impede o desempenho de seus papéis habituais e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência. A publicação da Diretriz foi feita em 1998, com a recomendação que os profissionais que a usam devem fazer uma revisão periódica do material que a subsidiou considerando os estudos e as informações profissionais existentes no momento.

Como material auxiliar para a implementação da Diretriz o painel criou também no mesmo ano, uma versão direcionada para as pessoas com lesão de medula, membros da família e cuidadores intitulada: “**Intestino Neurogênico – Guia para pessoas com lesão medular**”. Esta versão foi traduzida para o português e submetida a avaliação por um grupo de pacientes e profissionais do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Posteriormente o guia foi enviado ao coordenador do “Paralyzed Veterans of America” para validação oficial da tradução e solicitação da autorização para divulgação deste material na língua portuguesa para uso dos profissionais na prática com pacientes, ensino e pesquisa. Complicações decorrentes do intestino neurogênico são comuns em nossa prática e precisam receber o enfoque multidisciplinar com base em evidências assim a publicação do Manual na versão para a pessoa com lesão medular será feita nas edições futuras deste periódico³. Neste trabalho apresentamos uma síntese das recomendações da Diretriz na versão direcionada aos profissionais da saúde¹.

AVALIAÇÃO DO INTESTINO NEUROGÊNICO (deficiência e incapacidade)

A avaliação sistemática e completa da função intestinal, da incapacidade e de possíveis problemas deve ser realizada no momento do início do tratamento da Lesão medular e ao menos anualmente durante a continuidade do tratamento. O histórico do paciente deve incluir os seguintes elementos:

- Função gastrointestinal anterior e condições médicas presentes
- Programa intestinal atual, incluindo a satisfação do paciente.
- Sintomas atuais, incluindo distensão abdominal, comprometimento respiratório, saciedade prematura, náusea, dificuldade de evacuação, evacuações não-planejadas, sangramento retal, diarreia, constipação e dor.
- Frequência e duração de defecação ou cuidados intestinais (procedimento de defecação com auxílio ou assistida) e as características das fezes.
- Uso de medicação e efeitos potenciais sobre o programa intestinal.

O exame físico deve ser feito no momento inicial de atendimento da lesão medular e, em seguida, anualmente. Deve incluir:

- Avaliação abdominal completa incluindo palpação no percurso do cólon.
- Exame retal.
- Avaliação do tônus do esfíncter anal.
- Elicitação dos reflexos ano cutâneos e bulbocavernosos para determinar se o paciente tem um intestino reflexivo ou arreflexivo.
- Exame de fezes para pesquisa de sangue oculto à partir dos 50 anos.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação de conhecimento, cognição, função e desempenho deve ser realizada para determinar a capacidade do indivíduo de realizar o cuidado intestinal ou direcionar um responsável (cuidador) para a realização desse procedimento de maneira segura e eficaz. A avaliação deve incluir os seguintes elementos:

- Capacidade de aprender.
- Capacidade de direcionar os outros.
- Tolerância para sentar e ângulo.
- Equilíbrio ao sentar-se.
- Força e propriocepção das extremidades superiores.
- Função dos braços e mãos.
- Espasticidade
- Estratégias de transferência.
- Riscos reais e potenciais à pele.
- Características antropométricas.
- Acessibilidade à residência e necessidade de equipamentos.

Controle do intestino neurogênico – desenvolvendo um programa intestinal

O programa intestinal deve oferecer eliminação predizível e efetiva e reduzir problemas de evacuação e queixas gastrointestinais. Programas intestinais devem ser revisados conforme for necessário durante o cuidado/tratamento contínuo.

Dentre os parâmetros de segurança e eficácia estabelecidos, o desenvolvimento do programa intestinal deve considerar a necessidade de auxílio para o cuidado, objetivos pessoais, horários e programações pessoais relacionadas ao estilo de vida, obrigações dos papéis do indivíduo e qualidade de vida segundo a auto-percepção. Os programas intestinais devem ser iniciados durante a fase aguda do cuidado e continuar por toda a vida, a menos que ocorra uma recuperação total das funções intestinais. Diferenças em programas intestinais para intestinos reflexivo e arreflexivo incluem o tipo de estimulante retal, consistência das fezes e frequência de cuidados intestinais. Para estabelecer um programa intestinal, deve-se:

- Encorajar ingestão apropriada de fluidos, dieta e atividades adequadas.
- Escolher um estimulante retal adequado.
- Oferecer estimulação retal inicialmente para estimular defecação diariamente.
- Selecionar horários e posições ideais.

- Selecionar técnicas auxiliares adequadas.
- Avaliar medicações que promovam ou inibam a função intestinal.

Uma programação consistente para defecação deve ser estabelecida baseada nos fatores que influenciam a eliminação, padrões de eliminação antes da lesão e demandas antecipadas da vida. Prescrever estimulação retal mecânica e/ou química para evacuação de fezes de forma previsível e efetiva.

O uso de técnicas auxiliares deve ser individualizado e sua eficácia em auxiliar a evacuação deve ser avaliada. Exercícios abdominais, massagens abdominais, manobra de Valsalva, respiração profunda, ingestão de fluidos mornos e uma posição sentada ou inclinada para a frente são algumas técnicas usadas para auxiliar o esvaziamento intestinal.

Nutrição e alimentação

Os indivíduos com lesão medular não devem ser orientados de forma uniforme a seguir dietas com altas quantidades de fibras. Um histórico da dieta deve ser feito para determinar a ingestão usual de fibras do indivíduo. Os efeitos de ingestão atual de fibra na consistência das fezes e frequência de evacuação devem ser avaliadas. Uma dieta contendo no mínimo 15 gramas de fibra diariamente é inicialmente necessária. Aumentos na ingestão de fibras deve ser feito gradualmente, utilizando uma ampla variedade de fontes. Sintomas de intolerância devem ser monitorados caso ocorram, é recomendada a redução na ingestão de fibras.

A quantidade de fluido necessária para promover uma consistência ideal de fezes deve ser equilibrada com a quantidade necessária para o controle da eliminação urinária. Em geral, a ingestão de fluidos deve ser de aproximadamente 500ml/dia acima das diretrizes padrão usadas para estimar as necessidades do público em geral. As diretrizes padrão indicam que a necessidade de fluidos de um adulto pode ser estimada por uma das seguintes fórmulas:

$$1 \text{ ml fluido/Kcal de necessidades de energia} + 500\text{ml/dia}$$

$$40\text{ml/Kg peso corpóreo} + 500 \text{ ml/dia}$$

Controle do intestino neurogênico no domicílio

Os equipamentos adaptados e adequados para os cuidados intestinais devem ser prescritos com base no estado funcional do indivíduo e situação no momento da alta. Medidas cautelosas devem ser tomadas para evitar úlceras de pressão e quedas relacionadas ao uso do equipamento de cuidado intestinal. Apoio emocional e social adequados devem ser disponibilizados para auxiliar os indivíduos a administrarem as suas incapacidades, desvantagens reais ou potenciais, associadas ao intestino neurogênico. Todos os aspectos do programa de controle intestinal devem ser desenvolvidos de modo que sejam facilmente reproduzidos no domicílio.

Monitoramento da eficácia do programa

As seguintes variáveis devem ser monitoradas durante todo procedimento de cuidado intestinal e serem documentadas logo em seguida; durante a hospitalização ou

quando desenvolvendo ou revisando um programa intestinal em qualquer ambiente na comunidade:

- Data e hora do dia.
- Tempo ocorrido desde a estimulação retal até que a defecação ocorra.
- Tempo total para completar o cuidado intestinal.
- Técnicas de estimulação mecânica.
- Estimulação farmacológica.
- Técnicas de posição/auxílio
- Cor, consistência e quantidade de fezes.
- Reações adversas.
- Evacuações não planejadas.

Nas situações em que o programa intestinal não é eficiente (i.e., se ocorrer constipação, sintomas ou complicações GI ou evacuações não planejadas ou a não ocorrência) e um programa com horários consistentes tem sido seguido, mudanças nos seguintes componentes devem ser consideradas:

- Dieta.
- Ingestão de fluidos.
- Nível de atividade.
- Frequência de cuidados intestinais.
- Técnicas de posição/auxílio.
- Tipo de estimulante retal.
- Medicações orais.

Na ausência de reações adversas e indicadores de complicações médicas potenciais, o regime de cuidado intestinal deve ser mantido de 3 a 5 ciclos de cuidados intestinal antes de se considerar possíveis modificações. Somente um elemento deve ser alterado de cada vez.

Na avaliação de indivíduos com queixas de dificuldades de funcionamento intestinal, deve-se avaliar a adesão do mesmo às recomendações do tratamento.

Deve-se eliminar a suspeita de câncer colorretal em indivíduos com SCI acima dos 50 anos de idade com um resultado positivo para o exame de sangue oculto nas fezes ou com uma mudança nas funções intestinais que não respondem a intervenções para correção.

Tratamento das complicações no intestino neurogênico

O conhecimento da apresentação clínica particular e um pronto diagnóstico de complicações comuns são necessários para o tratamento eficiente das condições associadas ao intestino neurogênico em indivíduos com lesão da medula espinhal.

A constipação após a lesão de medula manifesta-se por meio de períodos geralmente longos para a realização do cuidado intestinal até conseguir a evacuação, pequenas quantidades de fezes duras e secas. Suas causas devem ser investigadas.

O tratamento da constipação crônica em indivíduos com SCI deve começar com o estabelecimento de uma dieta equilibrada, ingestões adequadas de fluidos e fibras, aumento da atividade diária e, se possível, redução ou eliminação de medicação que esteja contribuindo para a constipação. No caso da evacuação não ter ocorrido dentro das 24 horas programadas, ou se as fezes tiverem formação dura e difícil de ser eliminada, deve-se tentar o uso de um agente que forme o bolo fecal ou o uso de um agente laxativo como



lubrificantes, osmóticos ou estimulantes catárticos. Esses estimulantes devem ser ingeridos pelo menos 8 horas antes do horário planejado para o cuidado intestinal.

O tratamento eficiente das complicações comuns do intestino neurogênico em indivíduos com lesão da medula espinhal, incluindo impactação fecal e hemorroidas, é necessário para minimizar o potencial para morbidades à longo prazo.

Medicação pró-cinética deve ser reservada para uso em indivíduos com constipação severa ou dificuldade para evacuação que seja resistente à modificações no programa intestinal.

Terapias Cirúrgicas e Conservadoras

O “biofeedback” provavelmente não seja uma modalidade de tratamento adequado para a maior parte dos pacientes com lesão da medula espinhal. A decisão sobre colostomia ou ileostomia deve ser baseada nos resultados de procedimentos especializados de avaliação e nas expectativas do indivíduo. Se for decidido pela cirurgia, um estoma permanente é a melhor opção. Propostas de mudanças cirúrgicas da anatomia do indivíduo com lesão medular devem ser revistas com o indivíduo e com a equipe interdisciplinar. Essas considerações devem incluir discussões sobre anestesia, riscos cirúrgicos e pós-cirúrgicos, imagem corporal, independência no auto-controle após o procedimento e a permanência do procedimento.

Estratégias Educativas para o paciente com Intestino Neurogênico

Programas educacionais para o controle da função intestinal devem ser estruturados e completos. Esses programas devem considerar o ambiente domiciliar e os recursos disponíveis, devendo ser direcionados para todos os níveis de profissionais de saúde, pacientes e cuidadores. O conteúdo e a duração de tais programas dependerão do quadro clínico do paciente, da prontidão para o aprendizado e da sua segurança. Um programa educacional para o controle da função intestinal após a lesão medular deve incluir informações sobre:

- Anatomia.
- Processo de defecação.
- Efeito da lesão medular no funcionamento intestinal.
- Descrição, objetivos e justificativas de um controle do programa intestinal bem sucedido.
- Fatores que promovem um funcionamento intestinal bem sucedido
- Papéis da regularidade, tempo e posições usadas em um funcionamento intestinal bem sucedido
- Uso seguro e eficiente de equipamentos e acessórios auxiliares.
- Técnicas para evacuação manual, estimulação digital e inserção de supositório.
- Prescrição de medicações intestinais.
- Prevenção e tratamento de problemas intestinais comuns, incluindo constipação, impactação, diarreia, hemorróida, incontinência e disreflexia autonômica.
- Quando e como fazer mudanças nas medicações e horários.
- Gerenciamento de emergências.
- Implicações da disfunção do intestino neurogênico à longo prazo.

O conhecimento, o desempenho e a confiança do paciente e do cuidador no programa recomendado para gerenciamento da função intestinal devem ser avaliados a cada avaliação de acompanhamento.

CONCLUSÕES

O controle das funções intestinais dos pacientes com lesão medular é um dos tópicos de grande importância no atendimento multidisciplinar e integral dessa população. O desenvolvimento das recomendações apresentadas nesta Diretriz considerou as evidências científicas disponíveis no momento de sua construção e um painel de especialistas avaliou cada recomendação para obtenção de consenso. As recomendações apresentadas podem nortear a elaboração de protocolos de atendimento considerando o modelo da prática baseada em evidência.

REFERÊNCIAS

1. Consortium for Spinal Cord Medicine [homepage on the Internet]. Clinical practice guidelines: neurogenic bowel management in adults with spinal cord injury. Paralyzed Veterans of America, 1998. 39 p [cited 2005 Mar 3]. Available from: www.pva.org
2. Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. Rev Saúde Pública 2000;34(1):97-103.
3. Furlan MLS, Caliri MHL. Complicações do funcionamento intestinal e práticas de auto-cuidado em pacientes com trauma raquimedular. Coluna Columna 2005;4(1):16-21.