

EFEITO DE UM PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Carla Iasmin Lima Lemos¹; Mônica de Moura Ferreira²; Ana Carla da Silva Nunes³

¹Graduando, Universidade Federal do Pará (UFPA);

²Especialização em Reabilitação Perineal, Clínica de Atendimento Médico e Fisioterapêutico (CAMF);

³Graduando, UFPA

lemos.carla10@gmail.com

Introdução: A Constipação Intestinal (CI) apresenta sinais e sintomas. De acordo com os critérios de Roma III, ela pode ser classificada através dos seguintes sinais e sintomas: evacuação menor que três vezes por semana, esforço muito grande para evacuar, fezes endurecidas, dor ao tentar eliminar as fezes, sensação de evacuação incompleta, ou ainda, necessidade de uma manobra digital para a expulsão das fezes. A CI é a afecção do sistema digestivo que ocorre mais frequentemente na faixa etária dos 40 anos, onde a sua prevalência é maior em mulheres do que em homens, atingindo também crianças, adolescentes e idosos. Com a urbanização e a mudança no estilo de vida, hábitos alimentares e sedentarismo, a CI tem se tornado cada vez mais comum. Essa patologia faz parte das doenças funcionais que acometem o intestino, causando repercussões negativas sobre a qualidade de vida. Os danos causados pela CI muitas vezes acometem os músculos e nervos do assoalho pélvico. Por conta disso, a Fisioterapia tem grande importância no tratamento da CI, tendo como finalidade aprimorar a função dos músculos, estimular a propriocepção da musculatura, reduzir ou eliminar a limitação funcional. Dentre técnicas utilizadas para o tratamento da CI, a reeducação do paciente, Cinesioterapia, Eletroestimulação Terapia Combinada Parassacral e Tibial (EETC) e o Balonete para Treino Evacuatório (BAL TE), apresentam grande influência e efeitos significantes na musculatura do assoalho pélvico, melhorando assim, a função evacuatória desses pacientes constipados. **Objetivos:** Verificar a influência de um protocolo de fisioterapia pélvica em paciente com constipação intestinal. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um estudo de caso, realizado na Clínica de Atendimento Médico e Fisioterapêutico (CAMF), a cidade de Belém/PA. A coleta de dados foi realizada mediante à convite e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A paciente de iniciais D. C. R. S., 28 anos chegou a clínica tendo como queixa principal a realização de esforço exagerado para evacuar há aproximadamente 13 anos. Apresentava frequência de evacuações de 2 em 2 dias, no entanto relatou que já passou 5 dias sem evacuar. As evacuações são sempre com esforço, fezes pastosas de calibre fino, apresenta tenesmo retal eventual, plicomas que a incomodam, nega urgência e nega soiling. No exame complementar de manometria apresentou: pressão média= 85, sensibilidade evacuatória=120 e dor 200. No Critério de Roma III (CR3) apresentou os domínios de esforço evacuatório, manobras manuais para facilitar evacuação e frequência evacuatória afetados. No exame físico, abdômen normotônico, colóns livres de impactação fecal, dor a nível de apêndice com EVA 5, nega dor púbica, presença de cicatriz baixo ventre (cesariana) com boa cicatrização. A genitália externa apresenta-se com vulva fechada, reflexo de bulbocavernoso presente, livre de odor e livre de resíduo urinário. O ânus exibe-se fechado, livre de resíduo fecal, reflexo cutâneo-anal presente e presença de plicoma. A contração perineal é perceptível ao comando com boa resposta para contração isolada. A manobra de valsalva é confusa, entretanto, funcional. Quanto ao toque vaginal bidigital, foi tolerado e sem alterações. O toque anal foi tolerado mas com tons aumentado e moderada resistência. No teste de força muscular (método PERFECT) mensurou-se a força dos músculos: elevadores do ânus (P2; E5; R0; F10; E+;C-;T-)

centro tendíneo do períneo (P2; E5; R0; F10; E+; C-; T-), esfíncter anal externo (P4; E5; R0; F10; E+; C-; T-) e puborretal (P3; E4; R0; F10; E+; C-; T-). Então, foi decidido utilizar o protocolo de Eletroestimulação Terapia Combinada Parassacral e Tibial (EETC), a qual utiliza Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) posicionando o eletrodo adesivo nas raízes parassacrais S2 e S4 e sobre o nervo tibial posterior. Foram realizadas seis sessões de trinta minutos, duas vezes na semana, utilizando os seguintes parâmetros: frequência de 10 Hertz, largura de pulso de 200µs, modo contínuo e intensidade independente, conforme tolerado pelo paciente. Por conseguinte, prosseguiu-se com BAL TE e Cinesioterapia, no qual realizamos a introdução do balonete no ânus e começa-se a enche-los com água aos poucos, o peso da água, geralmente, é fiel aos desejos evacuatórios. Orientamos o paciente a relatar o momento que sente desejo forte de evacuar e então a margem de 10ml acima do valor de distensão retal evacuatória paramos de encher e aguardamos cinco minutos para acomodação deste volume. Enquanto isso, o paciente realiza o protocolo de cinesioterapia com cinco contrações rápidas (1s), repouso (10s), contração sustentada (5s), repouso (30s). Após, continuamos a encher de água até o paciente sentir um novo desejo evacuatório, pois, ocorre a acomodação do bolo fecal na ampola. Repedimos o protocolo até o relato de dor, o qual significa que chegamos no valor máximo tolerado e iniciamos o treino de expulsão, o qual o ideal é 120ml. Com o balão dentro da ampola real e volumes de evacuação adequados, o paciente é orientado a realizar a manobra de valsalva que consiste em relaxar o músculo puborretal e o esfíncter anal externo associando com contração abdominal. Logo, é esperado que o balonete seja expulso. Evoluímos o treino da posição de decúbito lateral, para cócoras e por último sentado. Foram realizadas doze sessões de trinta minutos, duas vezes na semana. **Resultados:** Após a realização do protocolo de EETC foi relatado pela paciente melhora na força evacuatória, sem presença de tenesmo. Na reaplicação do questionário CR3 observou-se melhora nos domínios de esforço evacuatório e manobras manuais. Então, prosseguiu para realização do BAL TE. No qual, a primeira sessão apresentou a percepção do peso=20ml; desejo=80ml e dor=120ml. Logo, percebe-se a redução nos valores comparando com os do exame de manometria, associando melhora com a terapia de neuromodulação utilizada. Durante a última sessão de BAL NE, a paciente apresentou percepção do peso= 20ml; desejo=40ml; segundo desejo= 60 ml; terceiro desejo= 85ml e dor=115ml. Caracterizando assim, obtenção dos valores normais esperados. Ao final, o questionário CR3 não apresentou nenhum domínio afetado, o exame físico dentro do considerado normal, o qual constatou-se melhora significativa e indicação de alta, a paciente então foi liberada e orientada para seguir com exercícios domiciliares e manutenção dos novos hábitos ensinados. **Conclusão ou Considerações Finais:** Conclui-se que a realização de um protocolo fisioterapêutico em paciente com constipação intestinal onde o protocolo de reeducação do paciente e sessões de EETC, BAL TE e cinesioterapia apresenta-se eficaz, trazendo resultados considerados normais e melhorando a qualidade de vida desses pacientes.

Descritores: Constipação intestinal, Reabilitação perineal, Fisioterapia.

Referências:

1. MOURA MF. Guia Prático de Fisioterapia Pélvica. 2015 1ª Edição ISBN: 978-85-920372-0-8.
2. MACHADO WM. Como diagnosticar e tratar constipação intestinal. Rev Bras Med. 2010;67:87-94.

3. WALD A, BHARUCHA AE, COSMAN BC, WHITEHEAD WE. ACG guideline: management of benign anorectal disorders. *American Journal of Gastroenterology* 2014; 109:1141-1157.
4. SHABI H, CASH BD. Chronic constipation: a review of current literature. *Current Gastroenterology Report* 2015;17:1-13.
5. SOBRADO, C. W.; MISZPUTENM, S. J. Constipação intestinal. In: AMARO, J. L. et al. *Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais*. São Paulo: Segmento Farma, 2005.