



VISÃO DE OUTRA ESPECIALIDADE/ OTHER SPECIALITY POINT OF VIEW

Intestino neurogênico Guia prático para pessoas com lesão medular – Parte I

Márcia Lúcia de Souza Furlan ¹

Maria Helena L. Caliri 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: 07/03/2005

Aprovado: 31/05/2005

RESUMO

O paciente com trauma raquimedular (TRM) apresenta intestino neurogênico que tem o potencial de interferir em todos os aspectos da vida dele. Esta proposta de guia tem o objetivo de fornecer informações sobre o intestino neurogênico e as condutas para um cuidado intestinal adequado. É uma diretriz para a prática clínica desenvolvida com base em evidências científicas e consenso de opinião de especialistas direcionada para pacientes, membros da família, cuidadores formais e informais e profissionais de saúde.

DESCRITORES: traumatismo medula espinal, intestinos, medicina baseada em evidências

ABSTRACT

Spinal cord injury (SCI) patients present neurogenic bowel that has the potential to disrupt every aspect of their lives. This guide has the goal of giving information about neurogenic bowel and measures for its adequate care. It is a consumer version of a Practice guideline based on scientific evidence and expert consensus that may be used by patients, family members, formal and informal caretakers and health professionals. This publication presents the first part of the guideline.

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

INTRODUÇÃO

A proposta deste guia é orientar as pessoas que queiram ou necessitam entender como a lesão medular pode alterar a função intestinal, ou o intestino neurogênico, e quais são as condutas que podemos adotar para o cuidado intestinal. Isto inclui as pessoas com lesão medular (recente ou antiga), os cuidadores (parentes, amigos, atendentes) e os profissionais da saúde (de cuidados primários, de reabilitação e de outras especialidades). Um programa de cuidados adequados do intestino que aborde as condutas

direcionadas a cada caso, individualmente, promove independência e melhora a qualidade de vida. As informações contidas neste artigo foram traduzidas do Guia original “*Neurogenic Bowel: What You Should Know - A Guide for People with Spinal Cord Injury*” editado pelo Consortium for Spinal Cord Medicine¹ com o suporte administrativo e financeiro do *Paralyzed Veterans of América*, cujas informações podem ser compartilhadas com os profissionais da saúde que lidam com este problema.

¹Mestre em Enfermagem e Docente do Departamento de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, SP; ²Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; ³Professor Associado do Departamento de Biomecânica, Reabilitação e Medicina do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Por que este guia é importante?

A lesão medular provoca mudanças no funcionamento do corpo e uma delas, de difícil abordagem para muitos de nós, é a função intestinal. Antes de uma lesão medular, as pessoas não precisam planejar ou pensar sobre os movimentos intestinais (evacuação). Após uma lesão medular, os movimentos intestinais requerem maior tempo, atenção e planejamento. Em geral, pessoas com lesão medular não conseguem sentir quando as fezes estão

para serem eliminadas, e então é necessário auxiliá-las nesse processo. Um programa intestinal bem planejado poderá ajudar o paciente com lesão medular a ter uma vida mais saudável. O programa pode ajudar a prevenir movimentos intestinais (ou de evacuação) não planejados (também chamados de evento intestinal, incontinência ou involuntários); a evitar problemas como a constipação; a retomar o controle de uma função corporal que, se negligenciada, pode causar embaraços, constrangimentos ou situações desagradáveis; a melhorar a confiança para enfrentar situações de trabalho e sociais sem embaraço. Conhecer a função intestinal permite maior controle sobre o problema. A Figura 1 é ilustrativa dessa função.

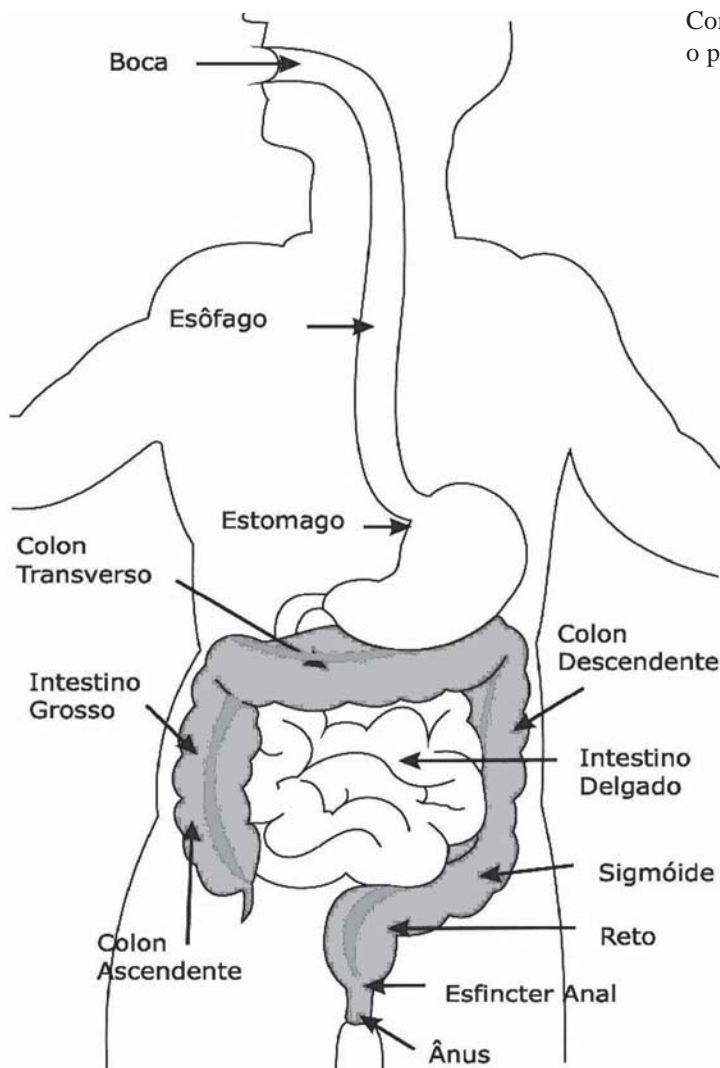


Figura 1

Trato gastrointestinal

Os alimentos percorrem o trato gastrointestinal ou trato GI (boca, esôfago, estômago, intestino delgado e cólon, também chamado intestino grosso e ânus). O intestino delgado tem cerca de sete metros de comprimento; segue-se a ele o cólon com cerca de dois metros e na forma de um ponto de interrogação dentro do abdome. Juntos, o intestino delgado e grosso são chamados intestinos cuja última parte é o reto, que desce verticalmente na parte posterior da bacia, para se abrir ao exterior por intermédio do ânus. O processo digestivo, promove a quebra dos alimentos e bebidas ingeridos, liberando os nutrientes que serão utilizados pelo corpo e os restos alimentares que serão eliminados. Uma ação semelhante a uma onda chamada peristaltese propulsiona os alimentos pelo seu trato gastrointestinal. O alimento não-digerido é impulsionado pelo cólon desde o intestino delgado. O cólon separa a mistura de nutrientes dos detritos e a armazena. Os detritos seguem o caminho em forma de ponto de interrogação do cólon: subindo o cólon ascendente, atravessando o cólon transverso, descendo o cólon descendente chegando ao cólon sigmóide e ao reto em seu caminho para fora do corpo. As pessoas usam muitas palavras para descrever estas excreções. Os profissionais da saúde podem chamar de movimentos intestinais (MI), excrementos, matéria fecal, ou fezes. Seus familiares e os profissionais da saúde podem se sentir mais confortáveis usando termos como MI (Resíduos líquidos são eliminados na forma de urina)

INTESTINO NEUROGÊNICO

O intestino neurogênico é uma condição que afeta o processo corporal para o armazenamento e a eliminação de resíduos sólidos de alimentos não-digeridos. Após uma lesão medular, o sistema nervoso não consegue mais controlar a função intestinal da mesma maneira como fazia antes. Para a maioria das pessoas, o processo digestivo é controlado a partir do cérebro por reflexos e ações voluntárias. A lesão medular interfere com esse processo bloqueando as mensagens que partem do sistema digestório para o cérebro e deste pela medula espinhal, de volta para o intestino. Como isto afetará a função intestinal depende do nível da lesão na medula. Em condições normais, o cólon armazena as fezes até elas serem impelidas para fora com os movimentos intestinais. Quando as fezes são empurradas para o reto, é desencadeada uma ação reflexa. Esta ação provoca a contração do esfíncter anal, mantendo-o fechado para que as fezes não possam escapar. Sem a lesão medular, as pessoas podem sentir as fezes no reto e, voluntariamente, contrair o esfíncter anal para segurá-las.

Assim, terão tempo para encontrar um banheiro, relaxar o esfíncter anal e eliminar as fezes. A lesão medular as impede de sentir as fezes no reto e de controlar o seu esfíncter anal. Isto também pode afetar a peristalse – como as fezes se movem através do seu cólon. Geralmente, ocorrem dois padrões básicos de intestino neurogênico após uma lesão medular, dependendo de qual parte da medula foi lesada.

● Intestino reflexivo (ou espástico)

Este padrão resulta, em geral, de lesões altas na medula, no nível cervical (pescoço) ou torácico (tórax). Este tipo de lesão interrompe as mensagens entre o cólon e o cérebro que são retransmitidas pela medula espinhal. Abaixo da lesão, a medula espinhal ainda coordena os reflexos intestinais. Isto significa que embora não sinta necessidade de eliminar as fezes do intestino, ainda há a peristalse reflexa. A presença de fezes formadas no reto pode desencadear um reflexo de movimento intestinal sem aviso. Entre os movimentos intestinais, o esfíncter anal permanecerá fechado e o seu cólon responderá a uma estimulação retal digital e a medicações estimulantes com peristalse reflexa que expulsará as fezes para fora.

● Intestino arreflexivo (ou flácido)

Este padrão de intestino resulta de uma lesão na extremidade inferior, no final da medula espinhal (ao nível lombar ou sacral) ou nos ramos dos nervos que se dirigem para fora do intestino. Isto significa que a pessoa terá uma peristalse reduzida e redução do controle reflexo do esfíncter anal. Nesta situação, o intestino não é controlado pelos reflexos vindos da medula espinhal. O paciente pode não sentir necessidade de eliminar as fezes, e o seu reto poderá esvaziar-se facilmente, por si mesmo. A localização da lesão medular tem muito a ver com o programa de educação intestinal que melhor se adaptará em cada caso.

PROGRAMA INTESTINAL

Um programa intestinal corresponde ao planejamento total elaborado com a finalidade de recuperar o controle da função

intestinal após a lesão medular. Isto altera muitos aspectos da vida, incluindo: - Dieta e líquidos (o que, quanto e quando comer e beber?); - Nível de atividade (qual é a frequência de movimentação das articulações da pessoa, quantas posições diferentes como sentado, em pé, deitado, são adotadas durante o dia e por quanto tempo); - Medicamentos: usadas para o cuidado intestinal e por outras razões, incluindo medicações tomadas por via oral, para melhorar a função intestinal, medicações retais para estimular os movimentos intestinais e tomadas por outras razões e que afetam a função intestinal; - Cuidado intestinal: qual a frequência e técnicas programadas e auxiliares para o funcionamento intestinal.

Tal programa deve ajudar o paciente a melhorar a sua qualidade de vida, de modo a prevenir ou reduzir eventos imprevistos com o intestino; a eliminar suficiente quantidade de fezes em cada sessão de cuidado intestinal em intervalos de tempo regular e previsível; a fazer o cuidado intestinal acontecer com facilidade, permitindo realizá-lo em tempo razoável; a manter o estado de saúde relacionado ao intestino e reduzir outros problemas. O paciente e os profissionais da saúde que lhe dão cuidado trabalharão em conjunto para planejar um programa intestinal que se ajuste às suas necessidades. O cuidado intestinal é o termo utilizado para designar a eliminação de fezes de modo assistido e é parte de um programa intestinal. Ele começa com um movimento intestinal que é iniciado com uma estimulação dígito-retal e/ou com uma medicação estimulante. Depois do início dos movimentos intestinais, pode ser usado o estímulo dígito-retal intermitente para acelerar a defecação. Estimulação retal – é uma maneira de estimular a peristalse no cólon, iniciar um movimento intestinal e assegurar a sua continuidade. Muitas pessoas necessitam iniciar o cuidado intestinal estimulando o reto para eliminar as fezes. Há dois tipos principais de estimulação retal: estimulação mecânica, na qual se usa um dedo ou um instrumento próprio. Isto incluiu estimulação retal digital e evacuação manual.

Medicações estimulantes – este método usa um supositório ou mini-enema (também chamado supositório líquido).

Para se fazer a estimulação dígito-retal, deve-se inserir delicadamente um dedo enluvado e bem lubrificado no reto. Dirigir o dedo estimulante para frente, em direção ao umbigo, seguindo o canal anal (Figuras 2 e 3). Quando o dedo estiver inserido, a estimulação dígito-retal pode ser começada.

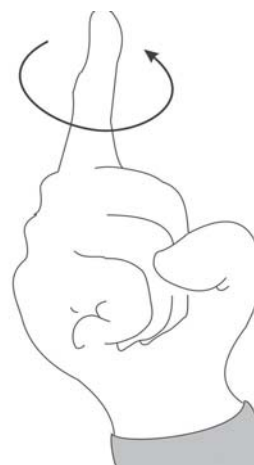


Figura 2

Mover o dedo estimulante com delicadeza em movimentos circulares e funilares, mantendo-o em contato com a parede retal. Em geral, este processo dura 20 segundos e não deve demorar mais do que um minuto de cada vez. Repita a estimulação digital a cada cinco a dez minutos até que haja o movimento intestinal

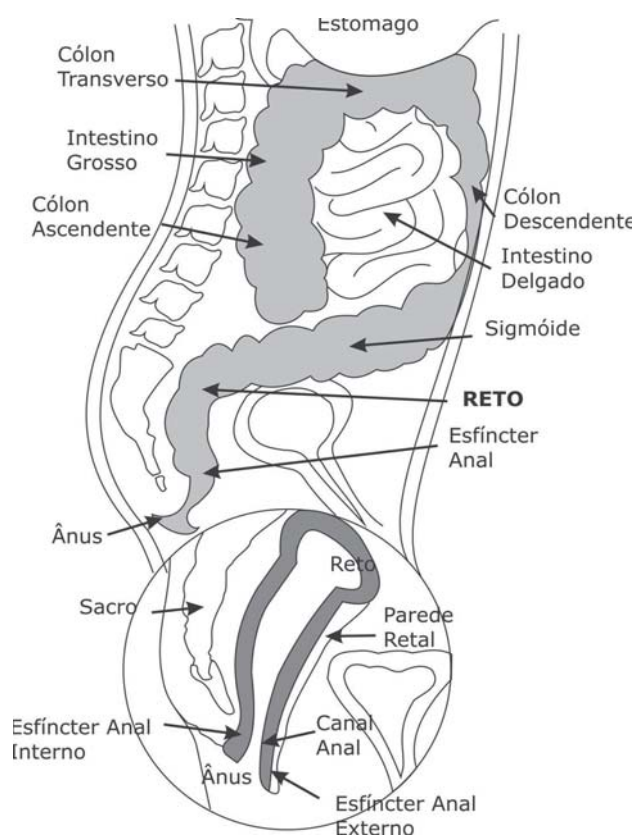


Figura 3
Sistema digestório e esfíncter anal externo

A posição sentada ou deitada sobre o lado esquerdo pode ajudar a estimular um movimento intestinal. O estímulo digital relaxa e abre o esfíncter anal externo (Figura 3), alinha o reto e desencadeia a peristaltese. A partir do momento que se inicia a estimulação digital, levará somente alguns segundos ou poucos minutos para as fezes entrarem no reto e começarem a sair. Em todos os estágios de estimulação dígito-retal é importante usar lubrificação abundante e ser cuidadoso. Introduzir ou rodar o dedo bruscamente pode irritar ou lacerar a parede do reto ou o ânus e desencadear a disreflexia autonômica.

MOVIMENTO CIRCULAR DO DEDO

Não existe um único programa intestinal que seja certo para todos. Cada pessoa com lesão da medula espinhal tem uma dieta diferente, atividades de rotina, necessidades de medicação e uma agenda de vida que deve direcionar o cuidado regular do intestino. Um esquema normal para eliminação das fezes é qualquer um que seja o habitual para você. Isto é, geralmente uma vez ao dia ou de dois em dois dias. Para descobrir qual funciona melhor, o profissional da saúde que lhe dá cuidados precisa de algumas informações sobre o paciente: - O cuidado do intestino produz pouco ou nenhum resultado?; - Há sangramento retal?; - A rotina de cuidado intestinal está mais demorada do que antes?; - Há muito gás ou sensação de abdome inchado?

História médica – além da informação adicional sobre a lesão medular: tem ou já teve diabetes?; - Tem problemas digestivos, tais como a síndrome do intestino irritável, a

O QUE O PACIENTE DEVE SABER

A localização da lesão medular influencia o resultado do controle que você tem sobre o seu intestino e determina quais métodos serão mais eficazes. Trabalhe junto com seu profissional da saúde para criar um programa intestinal que se ajuste, por exemplo:

- Situações no trabalho ou em casa: ajudam a determinar a melhor hora e local para o cuidado intestinal. Elas também interferem na preparação das refeições e outros alimentos;
- Suprimentos e equipamentos: eles precisam ser adquiríveis, estar disponíveis e acessíveis para o paciente;
- Cuidado intestinal; o paciente precisa ser capaz de realizar as técnicas por si mesmo ou instruir um cuidador quando e como precisar de ajuda;
- Plano de saúde: quais as coberturas que o plano proporciona. Se alguns produtos não forem reembolsados, o paciente deve defender-se e explicar porque o produto é necessário;
- Hábito intestinal antes da Lesão Medular: qual era a frequência das evacuações antes da lesão medular? em qual hora do dia ocorria a evacuação? havia problemas com constipação ou diarreia? qual era a frequência?;
- Dieta: qual a quantidade de líquidos ingeridos por dia? quais tipos de líquido são ingeridos? que tipo de alimentos geralmente ingere? quanto e qual a frequência da sua alimentação? há algum alimento que interfere no seu funcionamento intestinal? há algum problema com leite ou seus derivados (intolerância a lactose)? alimentos condimentados provocam amolecimento das fezes?;
- Fezes: são duras, moles, ou diarreicas (líquidas tomando a forma de qualquer recipiente que as contenha)? Geralmente as fezes são eliminadas durante um dos seus movimentos intestinais?

Se o paciente já tiver um programa intestinal, o profissional da saúde que lhe dá o cuidado precisará saber: quando e com que frequência se faz o cuidado intestinal? quais técnicas de cuidado intestinal devem ser utilizadas? como se inicia um movimento intestinal? estimulação digital? medicações estimulantes (supositórios, mini-enemas)? quanto tempo demoram a agir os estimulantes? houve mudança no hábito alimentar ou de ingestão de líquidos? houve mudança no nível de atividade? houve alguma mudança na medicação (as medicações usadas para o intestino ou para qualquer outra coisa)? o cuidador está tendo algum problema com qualquer parte do seu programa intestinal?

CUIDADO INTESTINAL

- **Intestino reflexivo** - A meta para o programa de intestino reflexivo é conseguir fezes formadas e macias, que possam passar facilmente e com mínima estimulação retal. A rotina de cuidado intestinal geralmente começa com um estímulo medicamentoso ou com estímulo digital. Passos a serem seguidos pelo paciente:

Passo R1 – Lavar as mãos; esvaziar a bexiga ou mover o equipamento de drenagem da urina, afastando-o da região

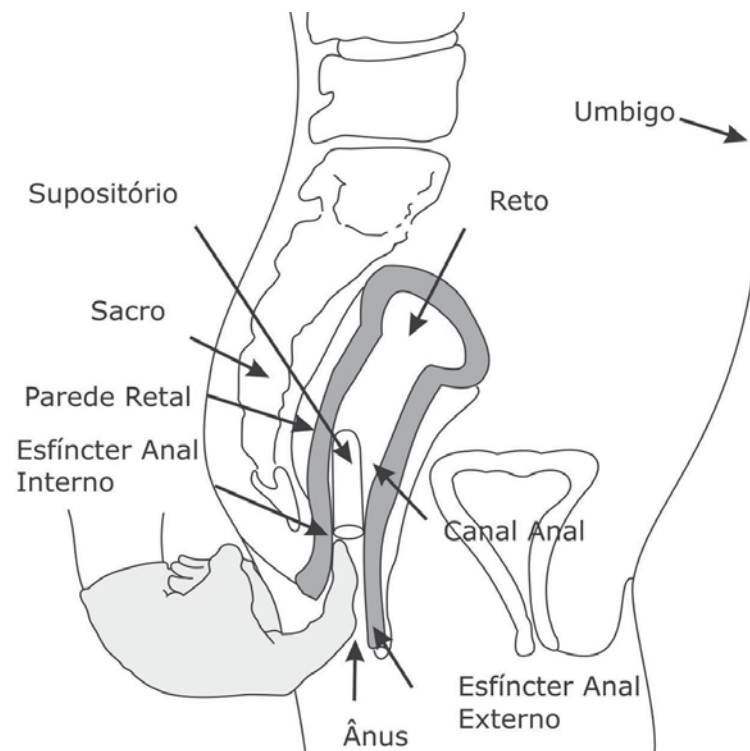


Figura 4
Inserção do supositório

anal. Seja quem for realizar o cuidado intestinal – o próprio paciente ou o cuidador informal ou profissional - deve antes lavar as mãos rigorosamente.

Passo R2 – Sentar e posicionar-se. Preparar-se para um movimento intestinal realizando uma transferência para o vaso sanitário ou cadeira de banho. Se o paciente estiver sentado, a gravidade ajuda o esvaziamento do reto. Quando sentar, apoiar os pés no chão ou numa banqueta, com os quadris e os joelhos dobrados. Se o paciente necessitar de auxílio para uma transferência, posicionar-se antes de realizar o cuidado intestinal. Se o paciente não sentar, deve estar deitado sobre o lado esquerdo do seu corpo.

Passo R3 – Conferir a presença de fezes. Introduzir um dedo enluvado e bem lubrificado no reto. Remover qualquer quantidade de fezes que possa interferir na introdução do supositório ou do mini-enema (evacuação manual). Usar um ou dois dedos enluvados e lubrificados para quebrar ou enganchar as fezes e delicadamente removê-las do reto.

Passo R4 – Inserir o medicamento estimulante. (Se você não utiliza supositório ou mini-enema vá diretamente para o passo R6). Para iniciar os movimentos intestinais, inserir um supositório lubrificado ou esguichar um mini-enema no reto. (O supositório deve ser coberto com um lubrificante solúvel em água). Usar um dedo enluvado e lubrificado ou um dispositivo auxiliar. Colocar o medicamento bem próximo à parede do reto (Figura 4).

Passo R5 – Espere aproximadamente cinco a 15 minutos para o estimulante fazer efeito. Se houver saída de gases ou algumas fezes, isso é um sinal de que o estimulante está começando a fazer efeito.

Passo R6 – Iniciando e repetindo a estimulação dígito retal. Use o estímulo dígito retal ou outra técnica. Para que as fezes continuem saindo, repita a estimulação dígito retal a cada cinco a dez minutos, conforme necessário, até a total eliminação das fezes.

Passo R7 – Reconhecer quando o cuidado intestinal está terminado. Para ter certeza que o reto está vazio, faça a verificação final com o dedo enluvado e lubrificado ou com um dispositivo auxiliar. Você saberá que o fluxo das fezes parou se: não há eliminação de fezes depois de duas estimulações digitais com pelo menos dez minutos de intervalo; está saindo muco sem fezes; o reto está completamente fechado ao redor do dedo estimulador.

Passo R8 - Fazer a limpeza. Lavar e enxugar bem a região anal.

● **Intestino arreflexivo**

A meta de um programa de intestino arreflexivo é conseguir fezes formadas, firmes, que passem manualmente com facilidade e não acidentalmente entre as rotinas de cuidados com o intestino. O cuidado intestinal geralmente não requer estimulantes químicos porque a resposta poderá ser muito lenta. Siga os mesmos critérios já citados. Passos R1 e R2.

Passo A3 – Começar e repetir a estimulação dígito retal. Usar o estímulo dígito retal ou outra técnica. Para que as fezes continuem saindo, repetir a estimulação dígito retal cada cinco a dez minutos, conforme necessário, até que todas as fezes tenham sido eliminadas.

Passo A4 – Fazer a evacuação manual. Usar um ou dois dedos enluvados e bem lubrificados para quebrar as fezes, enganchando-as, e delicadamente, puxando-as para fora.

Passo A5 - Uso repetido da manobra de Valsalva (ver “outras maneiras para melhorar um movimento intestinal”). Usar delicadamente a manobra de Valsalva para trazer as fezes para baixo antes e depois de cada evacuação manual. Inspirar e tentar empurrar o ar para fora, bloqueando a saída do ar entre os lábios para aumentar a pressão no abdome. Tentar também contrair os músculos da parede abdominal. Esta técnica pode ajudar a aumentar a pressão ao redor do cólon para empurrar as fezes para fora. Repetir essa manobra por 30 segundos de cada vez, tanto tempo quanto precisar

para eliminar todas as fezes. A bexiga deve estar vazia para realização segura desta manobra.

Passo A6 - Curvar-se e levantar-se. Se o paciente tiver boa estabilidade do tronco, erguer-se como se estivesse liberando a pressão das nádegas ou fazer movimentos curvando-se para frente e para os lados juntamente com a manobra de Valsalva. Isto provoca mudanças na posição do cólon e ajuda a eliminar as fezes.

Passo A7 - Conferir o reto para certificar-se de que o mesmo está vazio; fazer uma conferência final com o dedo enluvado e bem lubrificado. Se ainda houver fezes, repetir os Passos de A4-A7.

Passo A8 - Fazer a limpeza. Quando estiver confiante de que todas as fezes passaram, lavar e enxugar muito bem a região anal.

Tendo um intestino reflexivo ou arreflexivo, as dietas, líquidos e atividades regulares proporcionam às fezes uma textura adequada para o cuidado intestinal.

Tabela 1 - Quantidade de Fibras em Diferentes Tipos de Alimentos

Alimento	Quantidade	Gramas de fibra/porção
Leguminosas		
Feijão cozido	½ xícara	8,8
Ervilha seca, cozida		4,7
Cereal		
Aveia	¾ xícara	1,6
Flocos	1/3 xícara	8,5
Trigo triturado	2/3 xícara	2,6
Passas	¾ xícara	4,0
Fruta		
Maçã (sem pele)	1 média	3,5
Banana	1 média	2,4
Laranja	1 média	2,6
Ameixa	3 unidades	3,0
Pães		
Trigo integral	1 fatia	1,4
Centeio integral	1 fatia	1,0
Rosquinha	1 unidade	2,5
Leite		
	Qualquer quantidade	0,0
Carne		
Boi	Qualquer quantidade	0,0
Porco	Qualquer quantidade	0,0
Peixe	Qualquer quantidade	0,0
Frutos do mar	Qualquer quantidade	0,0
Gorduras		
	Qualquer quantidade	0,0

Obs.: Certos alimentos podem causar gases, assim pode ser necessária sua substituição

COLUNA/COLUMNNA. 2005; 4(3):113-168

● Outras maneiras para melhorar um movimento intestinal

Poderá ser sugerido ao paciente algumas técnicas auxiliares ou dicas para melhorar os resultados com o cuidado intestinal.

As mais comuns são:

- Posicionamento - sentar-se reto em uma cadeira de banho almofadada ou numa tampa de vaso sanitário acolchoada pode ajudar a gravidade a esvaziar o intestino. Colocar os pés sobre um apoio ou uma banquetela para os pés também lhe dá suporte enquanto você faz força para baixo (veja a manobra de Valsalva) para empurrar as fezes.

- Massagem abdominal - friccionar ou circular a mão firmemente sobre o abdome, no sentido horário desde a parte inferior direita seguindo para cima e então para a esquerda e para baixo, o que ajuda a mover as fezes através do cólon para o reto.

- Curvar-se para frente ou para o lado - para isto, é preciso colocar um cinto de segurança envolvendo o colo, se estiver usando uma cadeira de banho; caso tenha controle da parte superior do corpo retornar para a posição sentada. Estas manobras também ajudam a movimentar as fezes através do cólon para o reto.

- Erguendo-se - se a pessoa tiver braços fortes, pode levantar o quadril da cadeira de banho. Ao descer, colocar o corpo numa posição discretamente diferente para variar a pressão contra a pele. Erguer-se também ajuda a movimentar as fezes para o reto.

- Manobra de Valsalva - esta técnica funciona melhor para pessoas com intestino arreflexivo, que têm controle dos músculos abdominais e pode ajudar a empurrar as fezes para fora. Antes de fazer a manobra de Valsalva, converse com o profissional da saúde que lhe dá os cuidados, especialmente se tiver história de problemas do coração.

- Resposta ou Reflexo Gastrocólico - comer uma refeição ou beber líquidos quentes antes do cuidado intestinal pode ajudar algumas pessoas com lesão medular a estimular os movimentos intestinais. Iniciar o cuidado intestinal 30 minutos após comer ou beber pode ajudar a defecar mais rápido e produzir melhores resultados.

● Registro de Cuidado Intestinal

O registro do cuidado intestinal ajuda o paciente e o seu cuidador a verificar se o programa intestinal está funcionando, principalmente nas primeiras semanas após

deixar o hospital, quando estiver apresentando problemas freqüentes e algumas semanas antes da avaliação anual. Dados do registro: data, hora do início do cuidado, posição, método de estimulação, técnicas auxiliares, tempo para os resultados, quantidade, consistência e cor das fezes, comentários (problemas como movimentos intestinais não-planejados, cólicas abdominais, dor, espasmos musculares, úlceras de pressão, hemorróidas ou sangramento). Se seu programa intestinal está indo bem, não é necessário manter o registro do cuidado intestinal. É importante notar qualquer sangue ou descoloração nas fezes, muito escura ou clara. Isto pode indicar um problema médico. Por exemplo, se as fezes estiverem escuras, pretas, ou com aspecto de alcatrão pode ser sinal de sangramento no trato gastrointestinal, proveniente de uma úlcera.

● O paciente poderá ser independente no seu cuidado intestinal?

Isto depende de muitos fatores: o nível e a abrangência da lesão medular, o tipo físico e a saúde geral. Para uma independência completa, os braços e dedos precisam ser fortes o suficiente para manipular as roupas, colocar-se em posição para o cuidado intestinal, colocar a medicação estimulante e fazer a estimulação dígito retal. Muitas pessoas com lesão medular torácica, lombar, ou sacral são fortes o suficiente e têm suficiente equilíbrio. Algumas pessoas com lesão cervical ao nível C6, C7, ou C8 podem não ter força suficiente nos dedos ou não ter bom equilíbrio sentado para introduzir um supositório ou um mini-enema ou fazer a estimulação dígito retal. Aparelhos especiais, como um estimulador digital e um introdutor de supositórios, podem ajudar com estas atividades. Mesmo que possam fazer o cuidado intestinal por si mesmas, algumas pessoas optam por ter um cuidador para fazer isto. Elas acham que isso toma muito tempo, ou simplesmente gasta energia demais que gostariam de usar fazendo outras coisas.

● Por que vigiar o que comer e o que beber?

Alguns alimentos podem afetar os movimentos do intestino, mas cada um responde de maneira um pouco diferente frente aos diversos alimentos. A melhor maneira de aprender como os diferentes alimentos afetam os movimentos intestinais é manter um registro dos alimentos ingeridos e do cuidado intestinal, por cerca de um mês.

REFERÊNCIA

1. Consortium for Spinal Cord Medicine [homepage in Internet]. Neurogenic bowel: what you should know. Paralyzed Veterans of America; 1999 [cited 2005 Mar 3]. Available from: <http://www.pva.org>