

“PAPEL DA TERAPIA NUTRICIONAL EM PACIENTES CRÍTICOS”

“ROLE OF NUTRITIONAL THERAPY IN CRITICAL PATIENTS”

Toso, Betina Tremea.

PALAVRAS CHAVE: Desnutrição; suplementação oral; terapia nutricional; doenças crônicas.

Resumo

Objetivo: Abordar a importância da suplementação oral na terapia nutricional no manejo clínico hospitalar dos pacientes críticos.

Métodos: Revisão bibliográfica sobre o tópico, sendo selecionados artigos de bases de dados científicas Plataforma Lattes, Scielo, Pubmed, Lilacs referentes ao período de 1998 a 2010, utilizando as palavras chaves: desnutrição, suplementação oral, terapia nutricional, doenças crônicas.

Síntese dos dados: A partir dos dados da literatura é possível verificar que a terapia nutricional reduz as intercorrências no estado de saúde do paciente. Segundo dados recentes, cerca de 60% dos pacientes já apresentam quadro de desnutrição quando chegam ao hospital. O desafio das equipes nesse contexto é reverter o quadro, e principalmente, preparar os indivíduos que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos para garantir sua recuperação. Estudos atuais demonstram que o aporte nutricional adequado acelera a recuperação e diminui o tempo de internação, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Conclusão: A terapia nutricional adequada é essencial para o tratamento clínico e para a recuperação do paciente crítico. É essencial para a melhora da longevidade, recuperação pós-operatória, cicatrização, imunização e qualidade de vida. A adequação nutricional aliada à adequada avaliação nutricional são fundamentais para melhora terapêutica do paciente. Deve-se levar em consideração, o trabalho em equipe multidisciplinar e o acompanhamento a beira do leito.

Abstract

Objective: To address the importance of oral supplementation on nutritional therapy in the clinical management of hospital patients critical.

Methods: Literature review on the topic, being selected material online scientific databases, covering the period 1998 to 2010, using key word: malnutrition, oral supplementation, nutritional therapy, chronic diseases.

Summary of the findings: From literature data it can be seen that nutritional therapy reduces complications in the patient's health status. According to recent data, about 60% of patients already have

the framework of malnutrition when they reach the hospital. The challenge the team in this context is to reverse the four, and most importantly, to prepare individuals who will undergo surgical procedures to ensure their recovery. Current studies show that adequate nutritional support accelerates recovery and reduces hospital stay, improving the quality of life of patients.

Conclusion: Nutritional therapy is essential for proper clinical treatment and recovery of the critically ill patient. It is essential to improve longevity, postoperative recovery, healing, immunization and quality of life. Nutritional adequacy combined with proper nutrition are essential for assessing therapeutic improvement of the patient it should be taken into account, the multidisciplinary team and monitoring the bedside.

INTRODUÇÃO: A desnutrição calórico-proteica durante a internação hospital influi na evolução clínica e no aumento da morbidade-mortalidade durante as intervenções de terapia intensiva. A desnutrição relacionada à doença é prejudicial, tanto do ponto de vista fisiológico quanto clínico e compromete a qualidade de vida, retardando o processo de recuperação da doença [1]. O tratamento do paciente crítico internado é um grande desafio para os profissionais da área da saúde visto que exige rapidez nas decisões, visão global do quadro clínico e o acompanhamento da evolução ao longo da internação. A resposta sistemática à injúria aguda determina alterações nos compartimentos corporais e em alguns nos parâmetros como nos laboratoriais, dificultando assim na escolha da adequada terapia nutricional. Assim, a terapia nutricional é uma prática complexa que envolve diferentes profissionais da saúde, grande variabilidade de procedimentos e variabilidade de resultados. Todos os pacientes em terapia nutricional devem ser monitorados de maneira rotineira, em avaliações que devem garantir aos pacientes o acesso ao melhor que a terapia possa lhe oferecer, onde a qualidade dos produtos e processos são fundamentais. O objetivo final é assegurar ao paciente terapia nutricional de qualidade, atingindo as metas nutricionais, com riscos reduzidos e custos caracterizados com a instituição [2]. O estudo Imbranutri (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar), realizado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), coletou dados em 12 Estados e o Distrito Federal, envolvendo 4 mil paciente internados, revelando que, em quase 50% dos pacientes, a desnutrição já pode ser considerada um fator de risco. E correlaciona ainda, que apenas, 10% dos pacientes com déficit nutricional sofrem alguma intervenção [3]. A suplementação oral é amplamente citada na literatura como uma das opções fisiológicas mais simples na terapia nutricional e diversos estudos vêm sendo publicados não só abordando a efetividade dessa estratégia terapêutica no combate a desnutrição, mas o significativo impacto positivo na redução da mortalidade. Essas fortes bases científicas

permitiram a elaboração de várias recomendações e diretrizes, visando ao incentivo do uso de suplementação oral. As últimas recomendações da Sociedade Europeia de Nutrição Parenteral e Enteral (ESPEN 2006) abordam extensamente a necessidade de suplementação em diversas situações como: cirurgia, geriatria, oncologia, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), AIDS, doenças renais e hepáticas, entre outras [4]. No que tange a padronização, o Brasil possui as Portarias 262/1998 e 337/1999 do Ministério da Saúde e da RDC nº 45/2003, as quais regulamentam de maneira efetiva a prática da terapia nutricional no Brasil [5,6,7]. Um dos requisitos essenciais previstos nas Portarias é a criação de equipe multidisciplinar, com profissionais treinados no manejo da terapia nutricional. Nesse sentido, o objetivo deste levantamento bibliográfico foi analisar a efetividade da suplementação oral em terapia nutricional em paciente com as principais doenças crônicas.

MÉTODOS: Estudo de revisão bibliográfica abordou publicações entre os anos 1998 e 2010, por intermédio de buscas sistemáticas utilizando banco de dados eletrônicos em Plataforma Lattes, Scielo, Pubmed, Lilacs através do uso das palavras chave: desnutrição, suplementação oral, terapia nutricional, doenças crônicas.

DISCUSSÃO: Diversos fatores estão relacionados à redução da ingestão alimentar durante internação hospitalar. As causas dessas deficiências podem ser subdivididas em dois tipos: fatores diversos relacionados à doença e em menor disponibilidade e qualidade da oferta alimentar. Os fatores relacionados à doença são muitos, inclusive a anorexia, náuseas e vômitos, alterações de paladar e olfato, odinofagia, disfagia e outros efeitos colaterais específicos da cirurgia, drogas ou problemas inflamatórios. Também podem comprometer a ingestão alimentar os problemas psicossociais relacionados à doença, como depressão, ansiedade e distúrbios alimentares [8]. A hipoalimentação, ou seja, a oferta de energia e macronutrientes em quantidades insuficientes para atender à demanda metabólica na injúria pode ser extremamente deletéria para o paciente crítico, comprometendo sua evolução a longo prazo. Não atendendo adequadamente às demandas metabólicas desse momento, o paciente perde a oportunidade de otimizar respostas, diminuir o tempo de doença, de complicações clínicas, cirúrgicas e infecciosas, o tempo de internação em unidade de terapia intensiva e no tempo total de internação [9]. As Diretrizes para o uso de suplementação e terapia nutricional surgiram da necessidade observada no país de regulamentar, normatizar e promover a uniformização das práticas de terapia nutricional. Diretrizes para a prática clínica são declarações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar os profissionais da saúde nas tomadas de decisões no tratamento de paciente em situações clínicas específicas, com esse objetivo, o projeto DITEN (Diretrizes Brasileiras em Terapia Nutricional) foi criado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE). O valor das diretrizes aponta para a formulação

de linhas de terapia nutricional baseadas no conhecimento multidisciplinar, que no dia-a-dia estão envolvidos na indicação, formulação, aplicação e monitoramento da terapia nutricional. Pretende-se, com a criação do DITEN, racionalizar o uso da terapia nutricional no Brasil. As diretrizes foram desenvolvidas para serem aplicadas a pacientes candidatos a receber cuidados nutricionais específicos, como suplementação via oral. A equipe coordenadora reconhece, no entanto, que a decisão final não é aplicável a todas as situações, e que características individuais do paciente e/ou local onde o atendimento está sendo realizado podem e devem influenciar nas decisões tomadas pela equipe multidisciplinar. As diretrizes não devem substituir o julgamento clínico, elas servem de recomendações gerais para nortear as condutas durante o atendimento ao paciente [10,11].

TERAPIA NUTRICIONAL NAS ÚLCERAS POR PRESSÃO (UP): A terapia nutricional é um dos aspectos importantes que devem ser considerados na prevenção e na abordagem terapêutica dessas lesões, levando em consideração que a desnutrição é um importante fator de risco para desenvolvimento da UP. Um estudo retrospectivo com 2430 residentes em instituições de longa permanência mostrou que todos apresentavam risco para desenvolvimento de UP. Mais de 50% dos pacientes apresentavam perda de peso de até 5% em 12 semanas, e conseqüentemente, todos desenvolveram UP. No mesmo estudo, os autores também observaram que 45,6% desta população eram considerados desnutridos, com índice de massa corporal (IMC) < 22Kg/m², desenvolveram UP [12]. A utilização de fórmula especializada suplementada com nutrientes imunomoduladores em maior quantidade de proteínas está indicada na prevenção de UP. A adição de 250-500kcal/dia em fórmula hiperproteica reduziu significativamente em 25% a probabilidade de desenvolver novas úlceras em pacientes hospitalizados por longo tempo [13]. Outro estudo acompanhou 245 pacientes com úlceras grau II-IV, por nove semanas, constatou que a área de úlcera no grupo tratado com uma dieta hiperproteica, enriquecida com arginina, vitamina C e zinco apresentou redução de 53% em comparação ao grupo controle [14]. Os principais objetivos na terapia nutricional em paciente com UP são recuperar o estado nutricional, regular a resposta inflamatória, melhorar a circulação, estimular a cicatrização e a resposta imunológica e controlar o hipermetabolismo. Na prática clínica, as técnicas de prevenção são mais sustentáveis que as técnicas de tratamento, são de maiores custos, porém previnem algumas conseqüências da UP como aumento do período de internação, aumento dos custos, perda da qualidade de vida, dor e sofrimento para o paciente, além do aumento dos índices de mortalidade [15].

TERAPIA NUTRICIONAL NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO: a terapia nutricional pré-operatória está indicada para o paciente cirúrgico eletivo com o objetivo de prevenir a desnutrição ou minimizar seus efeitos e faz parte da

terapia nutricional estabelecer a melhor via de acesso nutricional. Sempre que a via digestiva estiver disponível, funcional e estruturada, ela deve ser de uso preferencial, seja oral ou enteral. Indica-se iniciar para pacientes com risco nutricional, classificados como desnutridos moderados ou graves. Estes pacientes apresentam um quadro clássico de perda de peso prévia > 10% em seis meses, IMC <18,5kg/m², entre outros fatores como albuminemia e sinais clínicos como cabelos finos, despigmentação da pele, lábios secos e presença de dificuldade de cicatrização [16,17]. O objetivo da terapia nutricional pré-operatória não é recuperar o estado nutricional, neste momento, a intervenção nutricional destina-se a preparar o paciente para o ato operatório, melhorando assim, a modulação da resposta inflamatória. Além disso, durante o período de internação, os pacientes geralmente são submetidos ao jejum para a realização de exames e cirurgias ou muitas vezes, devido à própria patologia, contribuindo com perda de peso e o grau de desnutrição. Mas, atualmente, estudos mostram que o jejum pré-operatório após a meia noite é desnecessário na maioria dos pacientes e, que estes não, apresentam risco de aspiração, podem ingerir líquidos claros até duas horas antes da anestesia [18]. Na maioria dos casos, a terapia nutricional deve ser realizada com fórmulas nutricionais poliméricas, com alto teor calórico. Em paciente com câncer de cabeça, pescoço e tubo digestivo fórmula contendo imunonutrientes como arginina, ácidos graxos ω -3 e nucleotídeos mostraram melhor resposta inflamatória, diminuindo as complicações infecciosas e o tempo de internações [17,18].

TERAPIA NUTRICIONAL EM IDOSOS: O processo de envelhecimento, chamado de senescência, é constituído por alterações na fisiologia celular e tecidual, que progressivamente acarreta na perda da capacidade de reprodução e de sobrevivência. A perda funcional decorrente de complicações de doenças crônicas, freqüentes em idosos, decorre da ação do tempo no organismo, colocando em risco a nutrição do indivíduo. O processo de digestão e absorção dos alimentos está alterado, há uma diminuição do tempo de esvaziamento gástrico, maior inapetência, perda progressiva e generalizada da massa e força muscular, levando a maior vulnerabilidade à desnutrição [19]. Todo idoso, deve ser avaliado para estabelecer o grau de desnutrição, obesidade ou risco nutricional, através um avaliação nutricional detalhada, com ênfase nos relatos de perda de peso, alterações no padrão alimentar (ingestão concomitante de líquidos, diminuição da quantidade ou alteração na consistência dos alimentos), sintomas gastrointestinais, demanda metabólica, uso de medicações e hábitos alimentares. Aparentemente não existem diferenças do metabolismo protéico basal entre jovens e idosos, porém, a capacidade de resposta aos principais estímulos anabólicos para a síntese proteica está comprometida. É sabido que a ingestão de proteínas estimula a síntese proteica muscular e inibe sua degradação. Estudos mostram que na terceira idade ocorre uma diminuição da resposta a este estímulo, iniciando o processo de sarcopenia, perda de massa magra, independente do nível

funcional, estado nutricional ou atividade física [20]. Após uma cuidadosa avaliação nutricional e funcional, deve-se indicar intervenções nutricionais através de suplementação oral, enteral ou parenteral para todos os idosos em risco de desnutrição, com ingestão oral inadequada (aceitando inferior a 60%), perda de peso superior a 5% em três meses ou 10% em seis meses, acompanhando de IMC < 20 Kg/m² [21].

TERAPIA NUTRICIONAL EM PACIENTE ONCOLÓGICO: O câncer é atualmente a segunda causa de morbidade no Brasil. Constituem-se na segunda causa de mortalidade entre as mulheres e na terceira quando considerada com o sexo masculino. As localizações mais descritas para o sexo masculino são pulmão, próstata e colo-retal, sendo que em mulheres, mama e colo retal (com ênfase para colo de útero) [22]. A desnutrição calórico-protéica é a mais frequente das comorbidades no câncer e a caquexia é inerente ao processo cancerígeno. As enfermidades malignas comprometem o estado geral e nutricional através de múltiplas vias. Embora haja numerosas caracterizações da desnutrição, predomina a ênfase nos seus efeitos adversos, sejam por aporte nutricional mal balanceado ou insuficiente de nutrientes, repercussões nocivas na constituição anatômica e histológica do organismo e na fisiologia e evolução de desfechos clínicos e cirúrgicos [23]. A assistência nutricional ao paciente oncológico não se limita ao cálculo das necessidades energéticas. Ela objetiva recuperar o estado funcional, normalizar a composição corpórea e os déficits acumulados, garantindo o desempenho de sistemas vitais como a capacidade de cicatrização e função imunológica. O gasto energético de repouso de paciente canceroso que perdem peso tem sido objetivo de estudos e controvérsias há quase meio século, e diferentes vias de terapia nutricional auxiliam no aporte nutricional adequado. Atualmente, uma vasta experiência com suplementos alimentares em numerosas circunstâncias oncológicas, incluindo pré e pós-operatório, quimioterapia, radioterapia e nos cuidados paliativos. Observa-se o aumento de peso ou pelo menos a redução de sua perda, diminuição da toxicidade gastrointestinal decorrente da quimioterapia e radioterapia, reforço da imunidade e incremento do índice de desempenho funcional e na qualidade de vida [24,25].

CONCLUSÃO: O estado nutricional é influenciado por variáveis clínicas, fisiológicas, sociais e há evidências de que a manutenção da adequada ingestão dietética é um fator essencial para a melhora da longevidade, manutenção da boa saúde e da qualidade de vida. Apesar de todos os cuidados, o resultado clínico e nutricional do paciente é multifatorial. Em geral, o efeito atribuído ao suporte nutricional é difícil de ser determinado, pois a terapia nutricional é considerada como um coadjuvante no tratamento do doente e os seus resultados evidentemente dependerão do diagnóstico do paciente e da terapêutica da doença de base. Em particular, é fundamental que se padronizem a terminologia empregada, os métodos de avaliação nutricional,

as indicações de terapia nutricional, a melhor via selecionada (oral, enteral e/ou parenteral), a necessidade de dieta ou soluções convencionais ou especiais, a monitorização indicada para cada situação, e, finalmente, a avaliação criteriosa dos resultados, sempre pautados em princípios rigorosamente científicos e éticos. Por esses motivos os dados que correlacionam com o prognóstico devem ser monitorados para que a nutrição seja eficaz sem causar complicações. A nutrição oral, enteral ou parenteral deve atingir metas estabelecidas pela avaliação do estado metabólico/inflamatório e tolerabilidade à infusão de grande quantidade de diferentes nutrientes. Esses dados importantes e que necessitam de uma equipe especializada, multidisciplinar e presente à beira do leito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fontoura C, Cruz D, Londero L, Vieira R. *Nutritional Assessment of the Critical ill Patient*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Vol. 18 Nº 3, Julho – Setembro, 2006.
2. RP. Blumberg J Heaney, M. Huncharek, T Schooll, M Stampfer, R Vieth, CM Weaverm SH Zeisel. *Evidence-based criteria in nutritional context*. Nutr Rev 2009, 68(8):478-84.
3. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IMBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001; 17 (7-8): 573-80.
4. K.G. Kreymann, M.M. Berger, N.E.P. Deutz, M. Hiesmayr, P. Jolliet, G. Kazandjiev, G. Nitenberg, G. van den Berghe, J. Wernerman, DGEM:, C. Ebner, W. Hartl, C. Heymann,C. Spies. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. *Clinical Nutrition*, Volume 25, Issue 2, April 2006, Pages 210-223.
5. Brasil, Agência de Vigilância Sanitária – Regulamento técnico para a terapia de Nutrição Paraenteral. Portaria 272/98 de 08 de abril de 1998.
6. Brasil, Agência de Vigilância Sanitária – Regulamento técnico para a terapia de Nutrição Paraenteral. Portaria 337/99 de 14 de abril de 1999.
7. Brasil, Agência de Vigilância Sanitária – Regulamento técnico para boas práticas de utilização de soluções parenterais em serviço de saúde. RDC nº 45/2003 de 12 de março de 2003.
8. B, Peggy R. *Disease-Related Malnutrition: An Evidence-Based Approach to Treatment*. Am. J. Clin. Nutr. June, 2004, vol. 79 no. 6 1128-1129.
9. M.M. Berger, R.L Chiolero. *Hypocaloric feeding: pros and cons*. Curr Opin Crit Care, April 2007, 13(2):180-6.
10. Projeto DITEN/SBNPE. Disponível em: HIPERLINK“<http://www.sbnpe.com.br/diten.pdf>”
11. Projeto Diretrizes/AMB. Disponível em: “<http://www.projetodiretrizes.org.br>”
12. Souza DMT, Santos VLCG. *Risk factors for pressure ulcer development in institutionalized elderly*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2007, 15(5).

13. Theila M, Singer P, Cohen J, Dekeyser F. *A diet enriched in eicosapentanoic acid, gama linolenic acid and antioxidants in the prevention of new pressure ulcer formation in critically ill patients with acute lung injury: A randomized, prospective, controlled study.* Clin Nutr, 2007; 26:727-6.
14. Botella-Carretero J, Iglesias B, Balsa JA, Zamarrón I, Arrieta F, Vaszquez C. *Effects of oral nutrition supplements in normally nourished or mildly undernourished geriatric patients after surgery for hip fracture: a randomized clinical Trial.* Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 2008; 32(2): 120-28.
15. Silva JT, Oliveira MF, Silveira MN. *Associação entre o estado nutricional e incidência de úlcera de pressão em paciente assistidos pela EMTN.* Rev Bras Nutr Clin, 2009; 24(4): 217-223.
16. Aguiar Nascimento JE, Bicudo-Salomção A, Caporossi C, Silva RM, Cardoso EA, Santos TP. *Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios em cirurgia geral.* Rev Col Bras Cir, 2006; 33(8):181-88.
17. Braga M, Ljungqvist O, Soeters P et al. *ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Surger.* Clin Nutr., 2009; 28:378-86.
18. Weimann, A, Braga M, Harsanyi L, Ljungqvist O, Soeters P. *ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: surgery including transplantation.* Clin Nutr. 2006;25:224-44.
19. Muscaritoli, M et al. *Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pré-cachexia: joint document elaborated by special Groups (SIG) "Cachexia-anorexia in chronic wasting diseases and nutrition in geriatrics".* Clin Nutr 29 (2010) 154-159.
20. Koretz, RL, Avenell A, Lipmann TO, et al. *Does enteral nutrition affect clinical outcome? A systematic review of the randomized trials.* AM J. Gastroenterol. 2007; 102:412.
21. Burton LA, Sumukadas D. *Optimal management of sarcopenia.* Clinical Interventions in Aging, 2010;5 21-228.
22. Ministério da Saúde. *Documento de orientações acerca dos indicadores de monitoramento. Avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011.* Portaria nº 1083 GM/MS, de 28 de maio de 2009.
23. Argiles JM, Busquets S, Lopez Soriano FJ. *Cytokine as mediators and targets for cancer cachexia.* Cancer Treat Res. 2006; 130:199-217.
24. Chumley AB, McMillan DC, McKern M, et al. *Evaluation of an inflammation based prognostic score in patients with inoperable gastro-oesophageal cancer.* Br J Cancer. 2006. Mar 13:94 (5): 637-41.
25. Elia M, Van Bokhorst de van der Schueren MA, Garvey J, et al. *Enteral (oral or tube administration) nutritional support and eicosapentaenoic acid in patients with cancer: a systematic review.* Int J Oncol. 2006; 28: 5-2.