A importância da nutrição no cuidado ao paciente desnutrido.

Thaisy Correia Guerra Delgado

Mestranda do Curso de Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília

Resumo:

A alimentação tem grande importância no processo saúde-doença. Sendo assim, a Nutrologia atua de maneira a evitar que o paciente sofra com déficits nutricionais, preservando-o de complicações decorrentes do desequilíbrio metabólico.

A desnutrição é um problema grave, com diversas consequências. Por isso, a terapia nutricional é muito importante para evita-la. No entanto, esta deve ser feita de forma adequada, com rígido monitoramento, para que uma possível Síndrome da Realimentação não prejudique ainda mais o paciente.

Palavras-chave: Serviço hospitalar de nutrição; Desnutrição Hospitalar

Abstract

Food is of great importance in the health-disease process. Therefore, Nutrology acts in a way to avoid that the patient suffers with nutritional deficits, preserving it of complications resulting from the metabolic imbalance.

Malnutrition is a serious problem with many consequences. Therefore, nutritional therapy is very important to avoid it. However, this should be done properly, with strict monitoring, so that a possible feedback syndrome does not further harm the patient.

Keywords: Hospital nutrition service; Hospital malnutrition

Introdução

A Nutrologia é a especialidade médica que estuda e avalia os efeitos da ingestão de nutrientes conforme as necessidades orgânicas individuais, visando a manutenção da saúde e redução de risco de doenças. O acompanhamento nutricional realizado pela equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) permite que ações de prevenção e tratamento de doenças sejam desenvolvidas ao minimizarem as carências

e os excessos na rotina dietética de cada paciente, buscando o equilíbrio metabólico.

Logo, sendo grande a influência da alimentação no processo saúde-doença, o tratamento realizado pelo nutrólogo é essencial para uma evolução positiva do paciente hospitalizado [1], já que este encontra-se fragilizado e necessita de um aporte nutricional correto. Sendo assim, a desnutrição é um fator de risco para quem encontra-se neste estado. Por isso, é essencial que uma avaliação nutricional seja realizada, de maneira a identificar aqueles com algum comprometimento nutricional ou com risco de desenvolver desnutrição, analisando a história, a composição corporal, o estado bioquímico, a capacidade funcional e o estado metabólico do paciente [2].

Dessa maneira, quando o paciente em risco nutricional é identificado, deve-se garantir a reposição energético-proteica e dos demais nutrientes necessários, ao reestabelecer todos os macro e micronutrientes essenciais para a produção adequada de energia, suporte da síntese, substituição e reparo das proteínas estruturais e viscerais, estrutura celular, produção de hormônios e enzimas, além de manutenção das funções imunológicas. O desenho básico contém carboidratos, proteínas, gorduras, eletrólitos, vitaminas, oligoelementos e água [3].

A desnutrição hospitalar é um problema sério e com graves consequências. Segundo um estudo desenvolvido pela Associação Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral realizado com 4000 pacientes, 48,6% encontravam-se desnutridos, sendo 12,7% dos casos de desnutrição grave [4]. Para isto, existem diversas causas, como a própria doença do paciente e seu tratamento (quimioterapia, radioterapia e cirurgia), o jejum prolongado para a realização da propedêutica, fatores sócioeconômicos e o motivo mais grave, mas que pode ser resolvido, falta de conhecimento médico sobre o problema.

Sendo assim, o estudo sobre as condições nutricionais do paciente evita diversas consequências, como o prejuízo à função imune, à cicatrização, à resposta inflamatória, ao trato gastrointestinal, aos músculos respiratórios e cardíacos [5], além dos aspectos psicológicos, podendo acarretar em apatia e depressão [6]. Dessa maneira, é fundamental que o médico esteja familiarizado com o mecanismo de ação de cada nutriente no organismo, para que saiba reconhecer quando há algum desequilíbrio.

Objetivo

Conhecer as formas de nutrição hospitalar e suas indicações.

Discussão

Formas de nutrição hospitalar e suas indicações

Um dos itens a serem discutidos é a nutrição do paciente, que pode ser enteral ou parenteral. Para ser decidida a melhor maneira de introduzir a dieta ao paciente, é necessária a avalição do médico responsável e, caso necessário, pede-se a opinião do médico nutrólogo. Assim, a terapia nutricional utilizada depende da condição clínica de cada paciente.

Nutrição Enteral

A Nutrição Enteral (NE) é definida, de acordo com a Resolução 63 da ANVISA[7] como "alimentos para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição química definida ou estimada, especialmente elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializados ou não, utilizados exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, usando a síntese ou manutenção de tecidos, órgãos ou sistemas". Dessa maneira, para a inserção de dieta enteral, o trato digestório deve estar funcionante, pois a digestão dependerá dele.

Suas indicações são: Aceitação via oral < 60% da meta por mais de 10 dias em pacientes bem-nutridos [8]. Em paciente com evidência de desnutrição calórico-proteica deve ser iniciada imediatamente.

Comprometimento da deglutição (rebaixamento do nível de consciência, disfunção de orofaringe) Paciente crítico com intubação orotraqueal, iniciar preferencialmente dentro das primeiras 48 horas. Paciente desnutrido, com baixa aceitação via oral, que será submetido a cirurgia de trato gastrointestinal, iniciar 5 - 7 dias antes da cirurgia. Pacientes com pancreatite aguda grave, com a observação de iniciar dentro das primeiras 24 horas de internação, preferencialmente locar em jejuno.

Sendo assim, as vias de acesso podem variar. A preferência é sempre pela via oral, contudo, caso esta não seja possível de ser utilizada, opta-se pela sonda, que podem ser nasoenterais ou estomias.

Nutrição Parenteral

Quando há contraindicação absoluta para a nutrição enteral, devido a algum problema no trato gastrointestinal, a alternativa é utilizar a Nutrição Parenteral (NP) que, de acordo com a Portaria 272/98 [9], é uma solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Suas indicações [10] são:

– Intestino curto.

– Fístula enteral de alto débito.

– Obstrução intestinal/íleo prolongado.

– Paciente desnutrido, incapaz de receber dieta enteral, que será submetido a cirurgia de trato gastrointestinal, iniciar 5 - 7 dias antes da cirurgia.

- Pancreatite aguda grave que não tolera dieta enteral por dor ou distensão intestinal importante.

– Paciente crítico, bem nutrido, que não consegue ser alimentado por via oral ou enteral em 7 a 10 dias.

- Apresente estado hemodinâmico estável, ou seja, a circulação do sangue normalizada.

Assim como na NE, as vias de acesso para a Nutrição Parenteral também podem variar:

Periférica: A utilização das veias superficiais exige soluções de osmolaridades baixas, no máximo de 800 mOsm/l. Consequentemente, o aporte oferecido por essas soluções será bem menor que as necessidades proteico-calóricas, salvo pacientes com menos 45 quilos. Assim, enquanto suporte único, são insuficientes e devem ser mantidos por não mais que 7 dias, com o risco de desnutrição se mantido por tempo maior.

Está indicada para pacientes que não suportam todo o aporte calórico-proteico calculado pela via oral ou enteral, ou para pacientes com risco de desnutrição que

necessitem jejum por dias consecutivos, como ocorre frequentemente com pacientes em estadiamento oncológico.

Utilizam-se as veias antecubitais e a veia cefálica. Deve-se examinar diariamente o local da punção, observando sinais inflamatórios. O acesso deve ser trocado a cada 72 horas pelo menos, para evitar ocorrência de flebites.

Como para a via central, o acesso deve ser exclusivo para NP, não sendo admitido a infusão concomitante de medicações ou outras soluções pela mesma via.
Central: Várias técnicas e tipos de cateteres são utilizados para administração de NP, todos necessariamente com a extremidade distal à nível de veia cava superior, o que torna possível a administração de soluções de alta osmolaridade sem risco de tromboses pelo alto fluxo sanguíneo garantido nesta posição.

O cateterismo venoso central traz consigo riscos inerentes ao procedimento e ao local puncionado (pneumotórax, hemotórax, hidrotórax, laceração da veia puncionada, embolia gasosa, arritmia cardíaca, lesão do ducto torácico, etc) e à manutenção do cateter (sepse relacionada a cateter, trombose venosa profunda).

Conclusão

Portanto, conclui-se que o estado nutricional deficitário pode provocar um aumento no tempo de hospitalização, que sofre um incremento gradativo, de acordo com a presença dos fatores de risco. Devido às consequências negativas que a privação de nutrientes, por um período de tempo relativamente longo, provoca na evolução clínica do paciente, uma Terapia Nutricional (TN) adequada àqueles que têm, ou estão em risco de se tornarem desnutridos, é bastante benéfica. Consequentemente, um paciente desnutrido acaba apresentando um agravamento de sua patologia que, por si, já apresenta um determinado fator de custo. Por isso, os benefícios da TN são inúmeros.

Contudo, para que o paciente evolua positivamente, é imprescindível que o tipo de nutrição seja adequado. Além disso, no caso do paciente desnutrido, deve-se realizar uma avaliação detalhada dos valores nutricionais e, após a inserção da dieta, um monitoramento rigoroso precisa ser mantido para evitar outras complicações, como a Síndrome da Realimentação, que traz diversas consequências negativas.

Referências Bibliográficas

1. MALAFAIA, G. A desnutrição proteico-calórica como agravante da saúde de pacientes hospitalizados. Arq Bras Ciênc Saúde. V.34, n.2, p.101-7, 2009.
2. CAMPILLO, B. et al. Value of body mass index in the detection of severe malnutrition: influence of the pathology and changes in anthropometric parameters. Clin Nutr., v. 23, n. 4, p. 551-559, 2004.
3. SILVA,J.W.M. da. International Journal of Nutrology, v.6,n.1,p.28-35,2013.
4. Waitzberg DL, Correia MITD. Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI). RBNC 1999, in press.
5. WAITZBERG, D.L. Efficacy of nutritional support: evidence-based nutrition and cost-effectiveness. Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme. V.7, p. 257-71, 2002.
6. MEGUID, M.M.; LAVIANO, A. Malnutrition, outcome, and nutritional support: time to revisit the issues. Ann Thorac Surg, v. 71, n.3, p. 766-8, 2001.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução n° 63, de 6 de julho de 2000.
8. BANKHEAD, R; BOULLAIA, J.C.; BRANTLEY. S.; et al. Enteral nutrition practice recommendations. JPEN J Parenter Enteral Nutr. V. 33, n. 2, p. 122-67, 2009.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução n° 272, de 8 de abril de 1998.
10. MCCLAVE, S.A.; MARTINDALE, R.G.; VANEK, V.W.; MCCARTHY, M., ROBERTS, P., TAYLOR, B., et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN J Parenter Enteral Nutr. V. 33, n. 3, p. 277-316, 2009.