

Análise do tempo de jejum inadequado em pacientes admitidos na UTI de um hospital oncológico

Juliana Corrêa do NASCIMENTO¹, juliana.nascimento@hotmail.com; **Elaine ESTEVAM¹**; **Ana Carolina Ferreira FÉLIX¹**; **Derlyane Consolação Simão de PAIVA²**; **Bethânia Estevam Moreira CABRAL³**

1. Nutricionista da Fundação Cristiano Varella, Muriaé (MG).
2. Especialista em Segurança nutricional e qualidade dos alimentos pela Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro (RJ), Nutricionista da Fundação Cristiano Varella, Muriaé (MG).
3. Especialista em Administração Hospitalar pela Faculdade São Camilo, Rio de Janeiro (RJ); nutricionista da Fundação Cristiano Varella, Muriaé (MG).

Artigo protocolado em 19 mar. 2014 e aprovado em 30 jun. 2014.

RESUMO: Avaliou-se o percentual de pacientes oncológicos internados em uma UTI, que permaneceram em jejum prolongado por período igual ou maior que 48 horas após admissão no setor. Foram contabilizados, diariamente, todos os pacientes admitidos de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Os resultados apontaram que 96% iniciaram a dieta enteral ou oral no período de até 48h; 3,7% não tiveram indicação; e 0,44% não iniciou a dieta no período proposto. Conclui-se que a maioria dos pacientes iniciou a dieta de forma precoce.

Palavras-chave: jejum, UTI, dieta enteral.

ABSTRACT: Analysis of inappropriate fasting time in patients admitted to the ICU of a cancer

hospital. We evaluated the percentage of cancer patients admitted to an ICU, which remained in prolonged fasting for a period equal to or greater than 48 hours after the admission. All the patients admitted from January 2012 to December 2013 were recorded daily. The results showed that 96% of them started on oral or enteral diet in the period up to 48h; 3.7% had no indication; and 0.44% did not start the diet in the proposed period. We conclude that most patients started the diet early.

Keywords: fasting, ICU, enteral diet.

RESUMEN: Análisis de tiempo de ayuno inadecuado en los pacientes ingresados en la UCI de un hospital de cáncer. Se evaluó el porcentaje de pacientes con cáncer ingresados en una UCI, que permaneció en ayuno prolongado por un período igual o superior a 48 horas después de la admisión. Todos los pacientes ingresados desde enero 2012 a diciembre 2013 se registraron diariamente. Los resultados mostraron que 96% de ellos se inició en la dieta oral o enteral en el período hasta 48 horas; 3.7% tenían ninguna indicación; y 0,44% no se ha iniciado la dieta en el período propuesto. Llegamos a la conclusión de que la mayoría de los pacientes comenzaron la dieta temprano.

Palabras clave: ayuno, UCI, dieta enteral.

Introdução

Atualmente, o câncer é considerado um problema de saúde pública mundial. No Brasil, as estimativas para o ano de 2013 apontaram uma incidência de aproximadamente 518.510 casos de câncer, incluindo os casos de pele não-melanoma. Entre os tipos mais incidentes destacam-se para o sexo masculino os cânceres de pele não-melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago; e para o sexo feminino, os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon, reto e glândula tireóide (INCA, 2011).

A localização do tumor, a agressividade, os órgãos envolvidos, as condições clínicas, imunológicas e nutricionais impostas pela doença

e agravadas pelo diagnóstico tardio, em conjunto com a magnitude da terapêutica, são fatores que comprometem o estado nutricional do paciente neoplásico. Podem representar, ainda, graves implicações no prognóstico geral do mesmo, o que pode interferir diretamente no tratamento, levando até mesmo à necessidade de cuidados intensivos (SHILS et al., 2003; SAPOLNIK, 2003).

Na doença grave ou crítica, a presença de condições clínicas ou cirúrgicas que representam risco à vida, na maioria das vezes, exige a internação em uma unidade de terapia intensiva (UTI) (THIBAUT; PICHARD, 2010). Nesses pacientes, a depleção nutricional é comum, visto que a resposta metabólica ao estresse promove intenso catabolismo proteico para reparo de tecidos lesados e fornecimento de energia (MAICA; SCHWEIGERT, 2008; TEIXEIRA et al., 2006).

Em relação ao estado nutricional, a prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados atinge em torno de 30% a 50%, conforme demonstrado em estudos realizados em diferentes países (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001; CORREIA; CAMPOS, 2003). Segundo o levantamento realizado pelo ICESP (2011), 78% dos pacientes admitidos em UTIs encontram-se em estado de desnutrição ou risco nutricional.

Com isso, a fim de melhorar o balanço nitrogenado negativo, a manutenção da função intestinal, melhorar a imunidade, aumentar a capacidade antioxidante celular e diminuir a resposta hipercatabólica, estudos indicam o início precoce da terapia nutricional no período de 24 a 48 horas após admissão do paciente, exceto em casos que o mesmo não esteja hemodinamicamente estável (KRISHNAN, 2003; HEYLAND et al., 2003; KREYMANN et al., 2006).

A liberação da dieta no pós-operatório tem gerado inúmeras discussões. De uma forma geral, aguarda-se a resolução do chamado íleo pós-operatório, ou seja, eliminação de flatos ou evacuação para o início da alimentação, o que ocorre por volta do terceiro ao quinto dia após a cirurgia. Assim, no caso de cirurgias de câncer de colorretal, o tempo de internação se estende em média de seis a doze dias (TARTARI; PINHO, 2011).

De acordo com evidências, o jejum inadequado contribui para a piora do estado nutricional de pacientes previamente desnutridos, e aumenta o tempo de internação hospitalar. Por outro lado, pacientes submetidos a grandes intervenções e alimentados de forma precoce apresentam melhora na oxigenação da mucosa intestinal, diminuição da resposta orgânica ao estresse e ao número de complicações no pós-operatório, assim como a redução do tempo de dismotilidade intestinal (CORREIA; SILVA, 2005).

Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar o percentual de pacientes oncológicos, internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

que permaneceram em jejum prolongado por período igual ou maior que 48h após admissão no setor.

I – Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital oncológico, localizado no município de Muriaé (MG).

As informações dos pacientes foram coletadas através do sistema informatizado da instituição. Após, os dados eram registrados diariamente em uma planilha, elaborada no programa Excel®, que continha os seguintes itens: nome do paciente, tipo de cirurgia e liberação de dieta com a respectiva data.

A coleta de dados e monitoramento eram iniciadas no primeiro dia de admissão do paciente no setor, até a liberação da dieta. Foram compilados neste período 1105 pacientes de ambos os sexos. Destes, 200 foram excluídos da análise, pois obtiveram alta e/ou evoluíram a óbito até o prazo de 48 horas, totalizando a amostra de 905 pacientes.

O acompanhamento nutricional foi realizado através de visitas diárias da nutricionista aos leitos, acompanhada do médico nutrólogo, quando eram realizadas as avaliações nutricionais até o período de 48h após a admissão do paciente na instituição, verificando os parâmetros bioquímicos, bem como realizando o exame físico e avaliando das condições clínicas do mesmo.

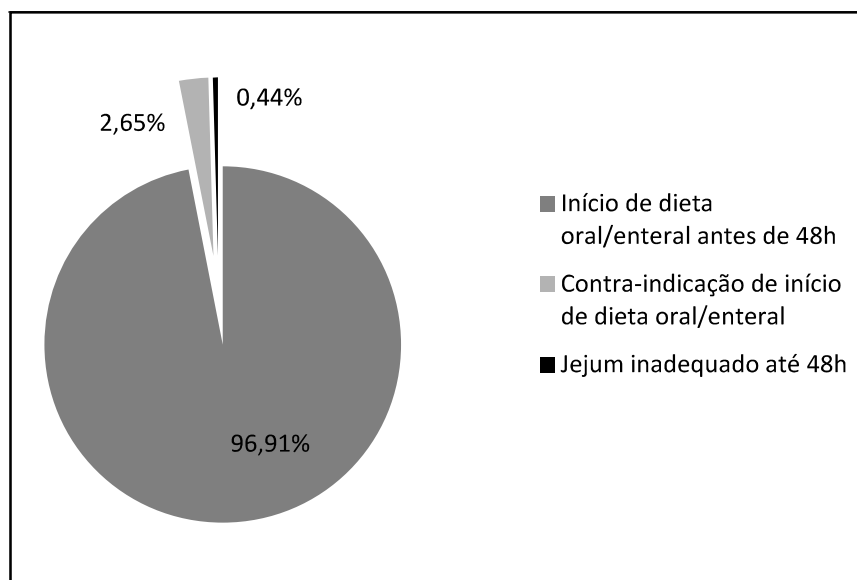
Estes pacientes foram monitorados pela equipe multidisciplinar, constituída por médico intensivista, assistente e nutrólogo, nutricionista, enfermeiro, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e farmacêutico, que, em conjunto, discutiam as possíveis condutas, decidindo pela liberação da dieta oral e/ou início da terapia nutricional enteral de acordo com o quadro clínico do paciente.

II – Resultados e discussão

Dos 905 pacientes estudados na UTI, 66,5% foram internados por motivos cirúrgicos e 33,5% por motivos clínicos.

De acordo com Gráfico 1, 96,91% dos pacientes iniciaram a dieta no período de até 48h. Este valor é bastante significativo quando comparado ao estudo elaborado por Polakowski et al. (2012) com 124 pacientes em pós operatório de câncer colorretal, que mostrou que 96% da amostra iniciou a dieta precocemente. Uma pesquisa de Pasinato et al. (2013), com 92 pacientes, apresentou que 63% dos pacientes avaliados iniciaram a dieta enteral de forma precoce.

GRÁFICO 1 Percentual de pacientes com início, contra-indicação e jejum inadequado no período de até 48h de admissão na UTI



No pós-operatório, a prática convencional de início da dieta somente após a peristalse foi considerada sem evidência científica, além de potencializar o estresse e proporcionar maior tempo de permanência hospitalar (CORREIA; SILVA, 2005).

De acordo a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, é recomendado que a reintrodução da dieta no pós-operatório seja realizada precocemente (12-24h) na maioria dos procedimentos cirúrgicos. Inclusive para os pacientes eletivos submetidos a operações com ressecção parcial do estômago, intestino delgado ou grosso, recomenda-se a reintrodução da dieta por via oral ou enteral de 12-24 h após a operação (SBNPE, 2011).

A alimentação precoce no pós-operatório pode acelerar a cicatrização, evitando complicações referentes a anastomoses.

Algumas situações relacionadas ao quadro clínico do paciente podem fazer com que a terapia nutricional seja contra indicada em alguns casos. Entre elas estão os desarranjos da motilidade intestinal secundário ao íleo pós-operatório; estase gástrica ou intestinal; hipoperfusão, especialmente no contexto de sepse, trauma, choque e insuficiência de sistemas. As condições que influenciam no peristaltismo são: mecânica ventilatória, a sedação, o uso de certos antibióticos, entre outras drogas (SERPA et al., 2003).

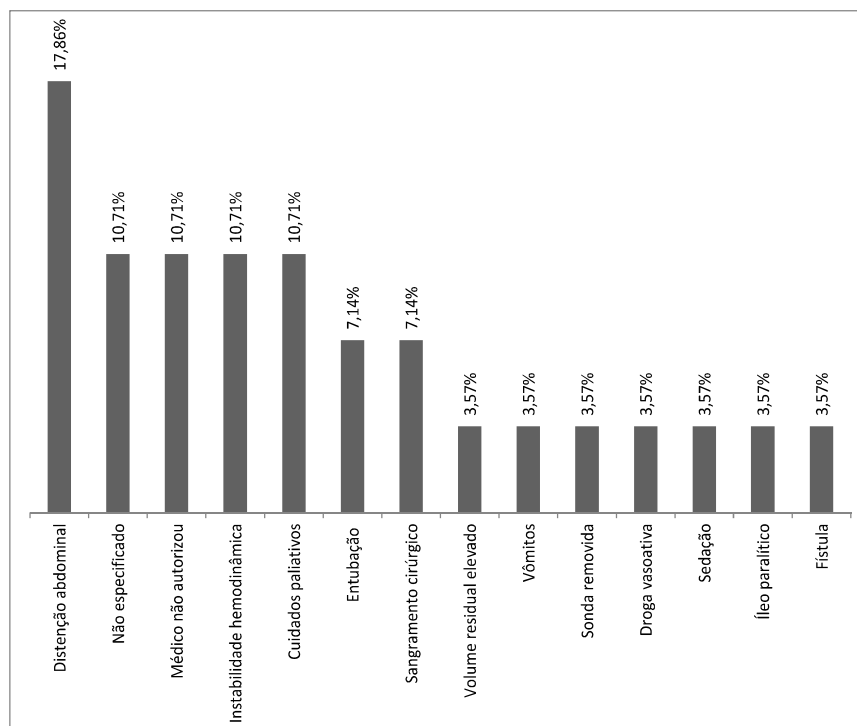
Observamos, na presente pesquisa, que 2,65% dos pacientes internados não tinham indicação de início de dieta por via oral e/ou enteral. Resultado diferente ao encontrado no estudo apresentado por Lucas e Fayh (2012) com 386 pacientes, em que foi verificado que 28% da amostra não iniciou a dieta precoce devido à gravidade clínica, além de não possuírem o trato gastrointestinal funcionante.

O Gráfico 2 apresenta as complicações que impossibilitaram o início de dieta no período avaliado. As complicações de distensão abdominal representaram 17,86% dos motivos, em sequência, se destacam os casos em que o médico não autorizou início da dieta (10,71%), instabilidade hemodinâmica (10,71%), pacientes em cuidados paliativos (10,71%) e aqueles sem identificação (10,71%).

A terapia nutricional deve ser suspensa quando o paciente apresentar instabilidade hemodinâmica, em casos de sangramentos e obstrução do trato gastrintestinal, nos vômitos incoercíveis, diarreia persistente e distensão abdominal (INCA, 2011).

Verificou-se no presente estudo que apenas 0,44% dos pacientes admitidos na UTI não iniciou a dieta no período preconizado. Atualmente as evidências reforçam ainda mais o benefício de se alimentar precocemente

GRÁFICO 2 Percentual dos motivos de contra indicação de início de dieta oral e enteral na UTI no período de até 48 hs de admissão



o paciente, buscando acelerar sua recuperação e conseqüentemente diminuindo o tempo de internação hospitalar. Observa-se ainda que a alimentação precoce no pós-operatório proporciona outros benefícios ao paciente, como maior conforto e alívio por estarem recebendo e tolerando dieta por via oral mais rapidamente e retorno mais rápido da função intestinal (AGUILAR-NASCIMENTO; GOELZER, 2002).

III – Conclusão

Ao verificar os resultados obtidos, pode-se perceber que a maioria dos pacientes recebeu dieta precocemente, em período inferior a 48 horas. O monitoramento diário das admissões na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e início da dieta dentro do prazo permitido, salvo exceções de acordo com o quadro clínico do paciente, é de extrema importância para acelerar a recuperação do paciente.

Ressalta-se a importância do nutricionista no delineamento de condutas que irão favorecer a recuperação e promover o bem estar do paciente.

Destaca-se também a necessidade da conscientização de toda equipe multidisciplinar atuante na UTI, visto que a atenção ao início da dieta de maneira correta proporciona melhor resposta clínica ao tratamento.

Referências

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; GOELZER, J. Alimentação precoce após anastomoses intestinais: riscos ou benefícios? **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 4, 2002.

CORREIA, M. I. T. D.; SILVA, R. G. Paradigmas e evidências da nutrição perioperatória. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 32, 2005.

CORREIA, M. I. T. D.; CAMPOS, A. C. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The Multicenter ELAN Study. **Nutrition**, v. 19, 2003.

HEYLAND, D. K. et al. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. **A.S.P.E.N**, v. 27, 2003.

ICESP (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo). **Desnutrição atinge 60% dos pacientes com câncer**. 2011. Disponível em: <<http://www.icesp.org.br/Sala-de-imprensa/Noticias/947/Desnutricao-atinge-60-dos-pacientes-com-cancer>>. Acesso em: 23/11/2013.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

KREYMANN, K. G. et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: intensive care. **Clinical Nutrition**, v. 25, 2006.

KRISHNAN, J. A. et al. Caloric intake in medical ICU patients: consistency of care with guidelines and relationship to clinical outcomes. **Chest**, v. 124, 2003.

LUCAS, Marília Coelho Silva; FAYH, Ana Paula Trussardi. Estado nutricional, hiperglicemia, nutrição precoce e mortalidade de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2012.

PASINATO et al. Terapia nutricional enteral em pacientes sépticos na unidade de terapia intensiva: adequação às diretrizes nutricionais para pacientes críticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 1, 2013.

POLAKOWSKI et al. Introdução de dieta precoce no pós-operatório de cirurgias por câncer colorretal: elaboração de um protocolo de dieta. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n. 2, 2012.

SAPOLNIK, Roberto. Suporte de terapia intensiva no paciente oncológico. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 79, supl. 2, nov. 2003.

SERPA, L. F. et al. Efeitos da administração contínua versus intermitente da nutrição enteral em pacientes críticos. **Revista do Hospital das Clínicas Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 58, 2003.

SHILS, M. E. et al. Suporte nutricional do paciente com câncer. In: **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. 9. ed. São Paulo: Manole, 2003. v. II., p.1385-1416.

SBNPE; ABRAN. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia. **Terapia nutricional no perioperatório**. Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina: 2011. Projeto Diretrizes.

TARTARI, R. F.; PINHO, N. B. Terapia nutricional convencional versus terapia nutricional precoce no perioperatório de cirurgia do câncer colorretal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, 2011.

TEIXEIRA, A. C. C.; CARUSO, L., SORIANO, F. G. Terapia nutricional enteral em unidade de terapia intensiva: infusão versus necessidades. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 18, 2006.

THIBAUT, R.; PICHARD, C. Nutrition and clinical outcome in intensive care patients. **Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care**, v. 13, 2010.

WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, I. T. D. Hospital malnutrition: the Brazilian National Survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. **Nutrition**, n. 17, 2001.