

Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes cirúrgicos

MARÍLIA FREIRE ISIDRO¹, DENISE SANDRELLY CAVALCANTI DE LIMA²

¹ Mestranda em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Especialista em Nutrição Clínica pelo Programa de Residência em Nutrição do Hospital das Clínicas, UFPE, Recife, PE, Brasil

² Nutricionista da Clínica de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas, UFPE; Doutoranda em Nutrição pela UFPE; Mestre em Nutrição pela UFPE; Especialista em Nutrição Clínica pelo HC-UFPE, Recife, PE, Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar a adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral (TNE) empregada em pacientes cirúrgicos. **Métodos:** Estudo prospectivo, realizado em pacientes cirúrgicos que receberam TNE de março a outubro de 2011. Os pacientes foram avaliados antropometricamente e pela avaliação subjetiva global (ASG). Os valores de calorias e proteínas prescritos e administrados e as causas de interrupção da dieta foram registrados diariamente. O valor de 90% foi utilizado como referencial de adequação. A diferença entre o prescrito e o administrado foi verificada pelo teste *t* de Student. **Resultados:** Uma amostra de 32 pacientes, com idade de $55,8 \pm 14,9$ anos, apresentou 40,6 a 71,9% de desnutrição dependendo da ferramenta utilizada. A neoplasia gástrica e as gastrectomias foram o diagnóstico e as cirurgias mais frequentes. Dos pacientes, 50% conseguiram atingir suas necessidades calórico-proteicas. A adequação da dieta recebida em relação à prescrita foi de $88,9 \pm 12,1\%$ e de $87,9 \pm 12,2\%$ para calorias e proteínas, respectivamente, com um déficit significativo ($p < 0,0001$) de 105,9 Kcal/dia e de 5,5 g de proteína/dia. Dos pacientes, 59,4% estavam adequados quanto a calorias e 56,2% quanto a proteínas. As causas de suspensão da dieta ocorreram em 81,3%, sendo o jejum para procedimentos (84,6%) e náuseas/vômitos (38,5%) as causas mais observadas no pré e no pós-operatório, respectivamente. **Conclusão:** A inadequação calórico-proteica foi frequente, podendo ser atribuída às intercorrências e suspensões da dieta durante a TNE, o que pode ter dificultado que a amostra atingisse suas necessidades nutricionais. Isto pode contribuir para o declínio do estado nutricional do paciente cirúrgico, que frequentemente já está comprometido, conforme observado neste estudo.

Unitermos: Terapia nutricional enteral; pacientes cirúrgicos; dieta enteral; adequação; desnutrição.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND

SUMMARY

Protein-calorie adequacy of enteral nutrition therapy in surgical patients

Objective: To evaluate the protein-calorie adequacy of enteral nutrition therapy (ENT) in surgical patients. **Methods:** A prospective study was performed in surgical patients who received ENT from March to October 2011. Patients were evaluated anthropometrically and by subjective global assessment (SGA). The amount of calories and protein prescribed and administered were recorded daily, as well as the causes of discontinuation of the diet. A 90% value was used as the adequacy reference. The difference between the prescribed and administered amount was verified by Student's *t*-test. **Results:** A sample of 32 patients, aged 55.8 ± 14.9 years, showed a malnutrition rate of 40.6% to 71.9%, depending on the assessment tool used. Gastric cancer and gastrectomy were the most common diagnosis and surgery, respectively. Of the patients, 50% were able to meet their caloric and protein needs. The adequacy of the received diet in relation to the prescribed one was $88.9 \pm 12.1\%$ and $87.9 \pm 12.2\%$ for calories and proteins, respectively, with a significant difference ($p < 0.0001$) of 105.9 kcal/day and 5.5 g protein/day. 59.4% of the patients had adequate caloric intake and 56.2% had adequate protein intake. Causes of diet suspension occurred in 81.3%, with fasting for procedures (84.6%) and nausea/vomiting (38.5%) being the most frequently observed causes in pre- and postoperative periods, respectively. **Conclusion:** Inadequate caloric and protein intake was common, which can be attributed to complications and diet suspensions during ENT, which may have hampered the sample reached their nutritional needs. This may contribute to the decline in the nutritional status of surgical patients, who often have impaired nutrition, as observed in this study.

Keywords: Enteral nutritional therapy; surgical patients; enteral nutrition; adequacy; malnutrition.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND

Trabalho realizado pela Unidade de Nutrição e Dietética do Hospital das Clínicas na Clínica de Cirurgia Geral – Universidade Federal de Pernambuco
Recife, PE, Brasil

Artigo recebido: 10/02/2012
Aceito para publicação: 06/05/2012

Correspondência para:
Marília Freire Isidro
Rua Mamanguape, 303/602
Boa Viagem – Recife, PE, Brasil
CEP: 51020-250
isidro.marilia@gmail.com

Conflito de interesse: Não há.

INTRODUÇÃO

A desnutrição é um problema estatisticamente apreciável em pacientes cirúrgicos, acometendo de 22 a 58% dos casos¹⁻³, estando relacionada a maiores custos hospitalares, maior tempo de internação, predispondo a uma variedade de complicações, maior incidência de infecções e de mortalidade^{4,5}.

O estado nutricional influi diretamente na evolução perioperatória do paciente, podendo afetar significativamente o resultado da cirurgia⁶. Ainda no pré-operatório, o cuidado nutricional deve ser iniciado, com o objetivo de prevenir a desnutrição ou de minimizar seus efeitos⁷. A resposta ao trauma cirúrgico pode desencadear o aparecimento ou o agravamento da desnutrição, com consequente queda na qualidade da resposta imunológica, cicatrização ineficiente e aparecimento de infecções⁸.

A terapia nutricional enteral (TNE) é a estratégia mais comumente utilizada para prevenir ou tratar a desnutrição por ingestão oral insuficiente e/ou aumento das necessidades calórico-proteicas⁹. Tem sido empregada em pacientes com impossibilidade parcial ou total de manter a via oral como rota de alimentação, devendo ser adotada sempre que o trato gastrointestinal (TGI) estiver funcionando¹⁰.

Durante a TNE podem ocorrer condições que interferem na oferta nutricional planejada, causando suspensão temporária e/ou permanente^{11,12}, o que pode contribuir para o declínio do estado nutricional¹³. Essas condições incluem o jejum para procedimentos e exames e as intolerâncias da dieta, como vômitos, diarreia e distensão abdominal¹⁴⁻¹⁶. Nos últimos anos, estudos têm verificado a adequação calórico-proteica da TNE, porém, quase todas as evidências sobre este tema limitam-se a pacientes críticos¹⁷⁻¹⁹, em que poucos^{9,13,20,21} investigaram outras clínicas, onde se incluíam as cirúrgicas.

A TNE pode ser um fator na promoção da saúde, na diminuição do estresse fisiológico e na manutenção da imunidade¹⁶. Por isso, tão importante quanto a prescrição adequada às necessidades do paciente é a certeza de que efetivamente receberá o que lhe foi prescrito²². Neste contexto, os objetivos deste estudo foram avaliar a adequação calórico-proteica da TNE empregada em pacientes cirúrgicos, comparando o aporte efetivamente administrado com o prescrito, e identificar as diferentes causas de interrupção e/ou suspensão da dieta no pré e pós-operatório.

MÉTODOS

Estudo prospectivo, do tipo série de casos, de acompanhamento longitudinal, realizado no período de março a outubro de 2011 no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE). Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 20 anos, que receberam TNE exclusiva ou associada à outra via de alimentação (oral ou parenteral) de oferta calórico-proteica não significativa, por no mínimo 72

horas, no pré ou pós-operatório de cirurgias. Gestantes, pacientes críticos e/ou terminais e pacientes com alterações que impossibilitassem a avaliação antropométrica foram excluídos do estudo.

Todos os dados foram registrados em formulário com informações sobre: dados demográficos, diagnóstico, cirurgia, indicações da TNE, posição da sonda, início e término do uso da TNE, fórmula utilizada, medidas antropométricas, índice de massa corporal (IMC), percentual de perda de peso (%PP), classificação da avaliação subjetiva global (ASG), necessidades nutricionais, calorias e proteína da TNE prescrita e recebida, além das causas de interrupção da dieta.

Nas primeiras 72 horas da admissão hospitalar, as medidas antropométricas foram tomadas por um único avaliador treinado. Dados de peso, altura, peso habitual, %PP nos últimos seis meses, circunferência do braço (CB), prega cutânea tricipital (PCT) e circunferência muscular do braço (CMB) foram coletados.

O estado nutricional, segundo o IMC, foi avaliado por intermédio da recomendação da OMS²³ para adultos (< 60 anos) e de Lipschitz²⁴ para idosos. Para a avaliação nutricional, segundo a CB, CMB e PCT, utilizaram-se as classificações de Blackburn e Thornton²⁵. O %PP nos últimos seis meses foi classificado de acordo com Blackburn *et al.*²⁶.

Nas primeiras 72 horas de início da TNE, a ASG foi aplicada pelo pesquisador, utilizando o modelo proposto por Detsky *et al.*²⁷ e, posteriormente, os pacientes foram divididos em desnutridos (ASG-B e ASG-C) e não desnutridos (ASG-A).

O volume, calorias e proteínas prescritos foram registrados a partir da prescrição dietética feita pelo Serviço de Nutrição, e os dados do que foi efetivamente administrado e os fatores que levaram à suspensão da dieta no pré e pós-operatório foram obtidos por meio dos registros em prontuários ou dos funcionários, acompanhantes, pacientes ou por observação da própria pesquisadora. Todos esses dados foram coletados a partir do primeiro dia de introdução da TNE até o momento de sua descontinuação, óbito ou alta.

Os valores calórico (Kcal) e proteico (g de proteínas) prescritos e administrados foram registrados diariamente para cada paciente. A adequação da oferta foi calculada pela relação percentual entre as médias dos valores prescritos e dos administrados. Neste trabalho, utilizou-se como referencial a ser atingido o valor de 90% de adequação, onde uma discrepância de mais de 10% pode ser considerada clinicamente importante^{9,14}.

Todos os pacientes receberam o sistema aberto de TNE, do tipo gravitacional ou infusão por bomba, de maneira intermitente. As dietas enterais oferecidas foram fórmulas poliméricas e especializadas. A escolha da fórmula era baseada no valor mais próximo das necessidades diárias ou conforme necessidade específica do paciente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3825111>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3825111>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)