

# CONDUTA NUTRICIONAL EM TERAPIA INTENSIVA

Danielle Damasceno Silvestre

## **Resumo**

A conduta nutricional no paciente crítico internado em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) tem grande impacto na evolução final, envolvendo as alterações causadas pelas patologias e condições clínicas.

As necessidades energéticas e de nutrientes bem como a escolha da conduta nutricional adequada, levam a evolução satisfatória do paciente grave. Por isso, a necessidade do estabelecimento de condutas que gerenciem o cuidado ao paciente grave.

**Palavras-chave:** Terapia Nutricional. Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Paciente crítico.

## **1. INTRODUÇÃO**

Muitas patologias provocam alterações profundas na composição corporal ao longo de sua evolução, sendo provocadas por deficiência no aporte de energia e/ou de proteínas (GUERRA, 2002).

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI), estudo coordenado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) e realizado em hospitais brasileiros no ano de 1997 (GUERRA 2002), demonstrou que 45,8% dos pacientes internados apresentavam algum grau de desnutrição calórico-proteína e que 15% dos pacientes internados eram portadores de desnutrição grave.

Para Waitzberg (2009), o uso de protocolos de prescrição baseados na avaliação clínica e estado nutricional, leva a melhores resultados no tratamento de pacientes de serviços de Terapia Intensiva.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de acordo com Aranjues et al (2008) e Kreymann et al (2006) inclui pacientes com doenças graves, metabolicamente degenerativas, pré ou pós procedimentos cirúrgicos, traumatizados e transplantados. Estas alterações envolvem intenso catabolismo, mobilização de proteínas para reparo de tecidos lesados e fornecimento de energia, além de sobrecarga fluida, intolerância à glicose entre outras. Assim, nos pacientes graves, a depleção nutricional é característica na resposta de fase aguda.

Segundo Nozaki e Peralta (2009) e Diretrizes da ASPEN e SCCM (2009), a utilização da Terapia Nutricional Enteral (TNE) tem demonstrado numerosos benefícios para o paciente hospitalizado, como melhora na resposta imunológica, diminuição de complicações clínicas, assim como reduções de custos e do tempo de internação. A TNE deve ser iniciada precocemente nas primeiras 24 a 48 horas pós admissão hospitalar, ou após estabilização hemodinâmica.

Mesmo com a freqüente utilização da TNE, a adequada prescrição de nutrientes por via enteral ainda é um grande desafio para os profissionais, pois existem dificuldades em determinar as necessidades nutricionais adequadas a cada indivíduo (NOZAKI; PERALTA, 2009).

Em virtude do exposto acima, torna-se muito importante um atendimento nutricional que seja sistematizado, adequado ao perfil dos pacientes hospitalizados e eficaz na identificação, acompanhamento e correção dos desvios nutricionais existentes, sendo ferramenta essencial na rotina dos profissionais nutricionistas.

## **2. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

### **2.1 Avaliação Dietética:**

A avaliação dietética consiste na investigação acerca do padrão alimentar do paciente, com o objetivo de fornecer adequado aporte nutricional (GUERRA, 2002).

A conduta nutricional via oral tem como objetivo fornecer uma alimentação que atenda às necessidades fisiológicas decorrentes do estado físico, nutricional e patológico, contribuindo, portanto, para a manutenção ou a recuperação do paciente (WAITZBERG, 2009).

Têm indicação de suplementação alimentar todos os pacientes desnutridos ou perdendo peso (perda de peso maior do que 10% em 6 meses) e pacientes com exacerbação da doença.

A terapia enteral é indicada para pacientes impossibilitados de ingestão oral seja por patologias do trato gastrointestinal alto, por intubação orotraqueal, por distúrbios neurológicos com comprometimento do nível de consciência ou dos movimentos mastigatórios, e em casos em que o paciente vem com ingestão oral baixa, por anorexia de diversas etiologias. A administração de dieta por sonda nasoenteral não contraindica a alimentação oral, se esta não implicar em riscos para o paciente (WAITZBERG, 2009).

A principal indicação de terapia nutricional parenteral é suprir as necessidades nutricionais e metabólicas de pacientes que não podem ser alimentados adequadamente por via oral ou via sonda enteral (WAITZBERG, 2009).

### **2.2 Avaliação antropométrica**

De acordo com Ferreira (2007) pelo fato dos valores de dobras cutâneas e circunferências apresentarem-se alterados em pacientes de UTI, são comumente utilizados o peso ideal e altura estimada, pelo fato de quase sempre não se obter a informação real.

Segundo Cuppari (2005) métodos alternativos como a altura do joelho (por meio da Equação de Chumlea), extensão dos braços, hemienvergadura e altura recumbente, podem ser utilizados em indivíduos impossibilitados de serem avaliados pelos métodos convencionais.

Da mesma forma, ainda em concordância com Cuppari (2005), o peso pode ser mensurado através do IMC (Índice de Massa Corpórea) ou através de equações que utilizem a altura do joelho e pregas cutâneas.

### **2.3 Avaliação bioquímica**

Segundo Waitzberg (2009) e Guimarães et al. (2009), as complicações metabólicas mais frequentes em pacientes críticos devem ser acompanhadas pela avaliação do hemograma, dosagem de eletrólitos, controle de diurese e balanço hídrico, função renal e dosagem de proteínas plasmáticas.

### **2.4 Necessidades Calóricas:**

Segundo Ribeiro (2010), a avaliação nutricional e a avaliação da eficácia da terapia nutricional são modificadas pelas alterações que acometem pacientes graves, modificando espaços corpóreos, distribuição hídrica e exames laboratoriais.

Ainda em concordância com Ribeiro (2010), vários trabalhos clínicos sugerem que as quantidades de nutrientes ofertadas durante a internação na UTI resultam em menos complicações na evolução final do paciente.

De acordo com Ferreira (2007), a fórmula mais amplamente utilizada é a equação de Harris-Benedict (1919) acrescida de fatores atividade e estresse. A European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) recomenda, além das formulas preditivas, a oferta de 20 a 30 Kcal/kg/dia de acordo com a fase aguda ou de recuperação.

Ferreira (2007) e SCCM e ASPEN (2009) sugerem que deve-se iniciar com aporte proteico de 1 a 1,5g/kg/dia, devendo ser aumentado de acordo com a intensidade de perda proteica e ajustado afim de promover retenção nitrogenada e síntese proteica.

## **2.5 Prescrição Dietética**

O suporte nutricional é o conjunto de medidas necessárias para identificar e os pacientes que estão desnutridos ou em risco de desenvolverem desnutrição, além de planejar e realizar o melhor tipo de aporte nutricional para cada paciente (GUERRA, 2002).

## **3. ROTINA**

Para Guimarães et al. (2009), é necessário monitorar no acompanhamento nutricional de pacientes críticos, o grau de hidratação do paciente, sinais clínicos de distúrbios hidroeletrólíticos, ocorrência de edema, alterações do nível de consciência, curva térmica, número de evacuações e propedêutica abdominal. Sempre que possível, solicitar controle de diurese e cálculo do balanço hídrico.

Teixeira (1995) e Waitzberg (2009), a síndrome da realimentação ou do roubo celular, caracteriza-se por desequilíbrio dos fluidos e eletrólitos, falência cardíaca e falência respiratória e pode ocorrer quando pacientes desnutridos graves são realimentados, sendo fundamental a monitoração dos padrões sanguíneos, cardiovasculares e respiratórios nesse grupo de pacientes.

Diarreia é uma complicação frequente em pacientes em nutrição enteral (NE), com uma variedade de sequelas clínicas negativas. Essas diarreias podem causar alterações de líquidos e eletrólitos (KUMBIER, 2009).

Ribeiro (2010) afirma que a maioria das vezes a diarreia resulta da interação entre a interação clínica do paciente, os medicamentos utilizados e a NE. Dessa forma, deve-se saber realmente se o paciente apresenta diarreia e tentar compreender qual condição clínica pode levar o paciente ao quadro diarreico.

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os profissionais nutricionistas devem buscar sempre efetivar o sistema de acompanhamento nutricional, adotando protocolos de avaliação e conduta, minimizando os riscos e impactos negativos, e visando assim a redução da estadia do paciente na UTI como resultado da melhora na condição clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN Society for Parenteral and Enteral Nutrition – ASPEN e Society of Critical care medicine – SCCM. **Destaques das Diretrizes 2009 para fornecimento e avaliação da Terapia Nutricional em adultos criticamente enfermos**

ARANJUES, A.L. et al. **Monitoração da terapia nutricional enteral em UTI: indicador de qualidade? O Mundo da Saúde.** São Paulo. jan/mar 32(1):16-23, 2008.

CUPPARI, Lilian. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto.** 2ed rev. E ampli. Barueri, SP: Manole, 2005.

FERREIRA, IáraKallyanna Cavalcante. **Terapia nutricional em Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 19, n. 1, Mar. 2007 .

GUERRA, P. P. **Protocolos de Suporte Nutricional Parenteral e Enteral.** 2 ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2002. 319 p.

GUIMARÃES, Helio Penna et al. **Guia de bolso de UTI.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

KREYMANN, K. G. et al. **ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care.** ClinicalNutrition, 25. 2010 – 223. 2006.

KUMBIER, Magali et al. **Análise dos registros de evacuações pela equipe de enfermagem em pacientes com Nutrição Enteral (NE): redução de registro de diarreias após treinamento.** Ver. Bras. Nutr. Clin. 24 (3). 2009.

NOZAKI, V. T.; PERALTA, R. M. **Adequação do suporte nutricional na terapia nutricional enteral: comparação em dois hospitais.** Rev. Nutr., Campinas, 22(3):341-350, maio/jun., 2009.

RIBEIRO, Paulo César. **Caminhos para nutrir o paciente grave na UTI.** Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), 2010.

WAITZBERG, Dan Linetzky. **Nutrição Oral, enteral e parenteral na prática clínica.** 4 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.