

## MOTIVOS DA INTERRUPÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

BRUNA LUIZA PAULINA RIBAS<sup>1</sup>; ROSANE SCUSSEL GARCIA<sup>2</sup>; RENATA TORRES ABIB<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [bruna.luiza.ribas89@gmail.com](mailto:bruna.luiza.ribas89@gmail.com)

<sup>2</sup>Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – [rosane@fau.com.br](mailto:rosane@fau.com.br)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [renata.abib@ymail.com](mailto:renata.abib@ymail.com)

### 1. INTRODUÇÃO

A terapia nutricional enteral (TNE) é utilizada em pacientes com algum grau de desnutrição e/ou com dificuldade de receber dieta via oral, mas que possuam o trato gastrointestinal funcionante (PROJETO DIRETRIZES, 2011). O início do suporte nutricional enteral deve ser precoce, ou seja, entre 24 e 48 horas após a internação, considerando o estado hemodinâmico do paciente (PROJETO DIRETRIZES, 2008; PROJETO DIRETRIZES, 2011). O adequado aporte nutricional em pacientes hospitalizados é importante para a manutenção da mucosa do trato gastrointestinal, a redução da translocação bacteriana, a redução do risco de infecções e conseqüentemente a diminuição do tempo de internação (PROJETO DIRETRIZES, 2011).

Várias intercorrências podem dificultar a adequada oferta de nutrientes aos pacientes que estão em TNE, sendo as mais prevalentes: atraso na administração da dieta, distensão abdominal, recusa do tratamento nutricional, obstrução da sonda, vômitos, diarreia, interferência por profissionais, perda acidental da sonda, presença de resíduo gástrico, problemas logísticos operacionais, como atraso na entrega da dieta, pneumonia e constipação (MARTINS JR *et al* 2012; MARTINS AS *et al* 2012).

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo avaliar as principais intercorrências que levam à interrupção da TNE em pacientes internados em um hospital da cidade de Pelotas.

### 2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo transversal com pacientes maiores de 18 anos do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPEl) que estavam em acompanhamento pela Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) e que permaneceram em TNE por no mínimo 4 dias consecutivos no período de maio a novembro de 2013.

Foram utilizados dados secundários coletados a partir de registros da EMTN. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, data do início da TNE, data de admissão, unidade de internação, patologia, desfecho clínico, motivo da interrupção da infusão da dieta e estado nutricional inicial.

As variáveis demográficas e clínicas foram obtidas por meio da anamnese nutricional dos pacientes e os motivos da interrupção foram coletados das fichas de controle de suspensão da dieta (FCSD), protocolo padrão utilizado pela EMTN. Para avaliação do estado nutricional foi utilizada a Avaliação Subjetiva Global (ASG) (PROJETO DIRETRIZES, 2011; DETSKY, 1987), em que o paciente é classificado como bem nutrido (A), moderadamente ou suspeita de ser desnutrido (B) ou gravemente desnutrido (C).

As variáveis foram descritas como percentuais e frequências relativas, e foram digitados no Excel® para análise. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel (408.089).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 38 pacientes sendo 55,26% do sexo masculino, a média de idade foi de  $54,7 \pm 17,37$  anos, internados 36,84% na UTI, 31,58% na Clínica Médica, 31,58% na Clínica Cirúrgica e a maioria dos pacientes apresentavam estado nutricional inicial B ou C (Tabela 1). Quanto ao desfecho clínico, 44,74% dos pacientes recebeu alta hospitalar, 44,74% foram a óbito e 10,53% foram transferidos de hospital.

Tabela 1 - Caracterização da amostra dos pacientes em TNE com intercorrências do Hospital Escola da UFPel, 2013, Pelotas-RS (n=38)

| Características                                 | n  | %     |
|---|----|-------|
| <b>Gênero</b>                                   |    |       |
| Feminino  | 17 | 44,74 |
| Masculino                                       | 21 | 55,26 |
| <b>Local de internação</b>                      |    |       |
| Clínica Médica                                  | 12 | 31,58 |
| Clínica Cirúrgica                               | 12 | 31,58 |
| UTI   | 14 | 36,84 |
| <b>Estado nutricional inicial</b>               |    |       |
| A (Bem Nutrido)                                 | 3  | 7,89  |
| B (Moderadamente ou suspeita de ser desnutrido) | 17 | 44,74 |
| C (Gravemente desnutrido)                       | 18 | 47,37 |

A patologia mais prevalente foi neoplasias (65,79%), seguida de pancreatite (7,98%), HIV e complicações (7,89%) e outros (7,89%). A categoria outros contempla debridamento de ferida, infecção viral e calculose biliar.

Ocorreram de uma a quinze intercorrências por paciente, que levaram a interrupção da administração da TNE, totalizando 119 intercorrências, sendo as principais recusa do tratamento nutricional (33,61%), problemas logísticos que incluem o preenchimento incompleto da FCSD e falha na comunicação entre profissionais (19,33%) e pausa para exames ou procedimentos (18,49%) (Tabela 2). Quanto ao desfecho clínico, 44,74% dos pacientes recebeu alta hospitalar, 44,74% foram a óbito e 10,53% foram transferidos de hospital.

Tabela 2 – Prevalência de intercorrências durante a TNE no Hospital Escola da UFPel em 38 pacientes, 2013, Pelotas-RS (n=119)

| Intercorrência                        | N  | %     |
|---------------------------------------|----|-------|
| Recusa do tratamento                  | 40 | 33,61 |
| Problemas logísticos                  | 23 | 19,33 |
| Pausa para Exames ou procedimentos    | 22 | 18,49 |
| Suspensão da dieta                    | 13 | 10,92 |
| Interferência de outros profissionais | 8  | 6,72  |
| Diarreia ou vômito                    | 4  | 3,36  |

| Complicações clínicas      |     |      |
|----------------------------|-----|------|
| Obstrução da sonda         | 3   | 2,52 |
| Distensão abdominal        | 2   | 1,68 |
| Instabilidade hemodinâmica | 1   | 0,84 |
| Perda acidental            | 3   | 2,52 |
| Total                      | 119 | 100  |

Neste trabalho foi encontrado um elevado número de pacientes desnutridos, sendo 44,74% moderadamente ou suspeita de ser desnutrido e 47,37% gravemente desnutridos. Valores diferentes foram achados por Isidro *et al* (2012) em um estudo realizado com pacientes cirúrgicos em Pernambuco, que verificaram que 62,5% encontravam-se desnutridos (B ou C). O percentual de óbitos dos pacientes ao fim do estudo foi de 44,74%, porém, cabe ressaltar que esse número é referente apenas aos pacientes que durante a TNE apresentaram algum tipo de complicação que impediu a sua administração, percentual inferior ao encontrado em um estudo realizado na UTI do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (60%) (BORGES *et al*, 2005).

A recusa da TNE foi a intercorrência mais prevalente (33,61%), porém em nosso estudo não foram investigadas as causas. Supõe-se que os pacientes associem o uso da sonda a alguns sintomas gastrointestinais (desconforto, estase gástrica, vômitos ou diarreia), embora essas complicações clínicas tenham sido pouco observadas neste estudo, diferente do encontrado por Assis *et al* (2010), em que 52% apresentaram complicações clínicas.

Martins *et al* (2012) avaliaram 152 indivíduos em TNE e concluíram que a principal causa para a interrupção da administração da TNE foram os problemas logísticos operacionais., sendo essa a segunda maior causa de interrupção , neste estudo.

Outra causa importante das intercorrências foram as pausas para exames e procedimentos (18,49%). Cabrera *et al* (2006), em um estudo prospectivo realizado na Espanha encontraram 52% para esta intercorrência, um valor acima do encontrado neste estudo, o que reforça a ideia de que a melhor comunicação entre os profissionais de saúde seja primordial para benefício do paciente, pois a administração da TNE de acordo com a prescrição pode ser realizada mesmo com a pausa para exames em muitos casos.

O estudo apresenta como principal limitação o preenchimento das FCSD realizado pelos copeiros do serviço bem como a comunicação entre profissionais de saúde, que representou um dos principais motivos de intercorrências.

#### 4. CONCLUSÕES

Neste estudo, as principais intercorrências encontradas foram a recusa ao tratamento, problemas logísticos operacionais e pausa para exames e procedimentos. O primeiro se trata de um direito de escolha do paciente, porém os problemas logísticos e pausa para exames podem ser minimizados ou contornados se houvesse uma comunicação melhor entre os profissionais de saúde e uma maior preocupação com o estado nutricional dos pacientes.

A conscientização do paciente e dos familiares, além da educação continuada dos profissionais de saúde a respeito da importância do tratamento nutricional é necessária para que haja uma melhora na aceitação da dieta, melhor prognóstico e qualidade de vida.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia nutrológica oral e enteral em pacientes com risco nutricional. Projeto Diretrizes AMB & CFM. 2008.

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia nutricional no paciente grave. Projeto Diretrizes AMB & CFM. 2011.

ORTEGA, F.J.F; GONZÁLEZ, F.J.O; MALPICA, A.L.B. Soporte nutricional del paciente crítico: ¿a quién, cómo y cuándo? **Nutrición Hospitalaria**, España, v. 20, n.2, p.9-12, 2005.

MARTINS, J.R; SHIROMA, G.M; HORIE, L.M; LOGULLO, L; SILVA, M.L.S; WAITZBERG, D.L. Factors leading to discrepancies between prescription and intake of enteral nutrition therapy in hospitalized patients. **Nutrition**, v.28, p.864-867, 2012.

MARTINS, A.S; REZENDE, N.A; TORRES, H.O.G. Sobrevida e complicações em idosos com doenças neurológicas em nutrição enteral. **Revista da Associação Medica Brasileira**, São Paulo, v.58, n.6, p.691-697, 2012.

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia nutricional: indicadores de qualidade. Projeto Diretrizes AMB & CFM. 2011.

DETSKY, A.S; MCLAUGHLIN, J.R; BAKER, J.P. What is subjective global assessment of nutritional status? **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, ASPEN, v.11, p.8-13, 1987.

ISIDRO, M.F; LIMA, D.S.C. Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes cirúrgicos. **Revista da Associação Medica Brasileira**, São Paulo, v.58, n.2, p.580-586, 2012.

BORGES, R.M; NONINO-BORGES, C.B; CAMPOS, A.D; BASILE-FILHO, A. Incidência de Complicações em Terapia Nutricional Enteral de Pacientes em Estado Grave. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.17, n.2, p.98-103, 2005.

ASSIS, M.C.S; SILVA, S.M.R; LEAES, D.M; NOVELLO, C.L; SILVEIRA, C.R.M; MELLO, E.D; BEGHETTO, M.G. Nutrição enteral: diferenças entre volume, calorias e proteínas prescritos e administrados em adultos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.22, n.4, p.346-350, 2010.

CABRERA, L.S; NAVARRO, G.O.S; MARTUL, M.G; RODRÍGUEZ, A.R; PALACIOS, M.S; MEDINA, E.H. Calidad del soporte nutricional artificial en una unidad de cuidados intensivos. **Nutrición Hospitalaria**, España, v.21, n.6, p.661-666, 2006.