

Motivos para interrupção da terapia nutricional enteral em pacientes hospitalizados

Reasons for discontinuation of enteral nutrition therapy in hospitalized patients

Bruna Luiza P. Ribas¹
Rosane Scussel Garcia²
Renata Torres Abib³

RESUMO

Introdução: A terapia nutricional enteral (TNE) é utilizada em pacientes com algum grau de desnutrição ou quando possuem o trato gastrointestinal funcionante, mas têm dificuldade de receber dieta via oral. A dieta efetivamente administrada nem sempre está de acordo com a prescrita, em função de inúmeras intercorrências comumente observadas. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo descrever os principais motivos de interrupção da TNE de pacientes internados em um hospital escola, no período de maio a novembro de 2013. **Método:** Foi realizado um estudo descritivo transversal, com dados secundários de pacientes em TNE acompanhados pela equipe multiprofissional de terapia nutricional. **Resultados:** No período analisado, apenas 38 (28,36%) pacientes apresentaram alguma intercorrência que impossibilitou a administração completa da prescrição dietética, dos 134 que estavam em uso da TNE. A amostra foi composta por 38 pacientes, sendo 55,26% do sexo masculino, 36,84% estavam internados na UTI e a doença mais prevalente foi neoplasia (65,79%). As principais intercorrências foram recusa do tratamento nutricional (33,61%), problemas logísticos (19,33%) e pausa para exames ou procedimentos (18,49%). **Conclusões:** Neste estudo, as principais intercorrências encontradas foram recusa ao tratamento, problemas logísticos operacionais e pausa para exames e procedimentos. A conscientização do paciente e dos profissionais de saúde a respeito da importância do tratamento nutricional é necessária para que haja diminuição da recusa do tratamento, boa comunicação entre a equipe e, assim, melhor prognóstico e qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Enteral nutrition therapy (ENT) is used in patients with some degree of malnutrition or when possess a functioning gastrointestinal tract, but has difficulty receiving oral diet. The diet is not always effectively administered according to prescribed, due to numerous complications commonly seen. **Objective:** This study aimed to describe the main reasons for discontinuation of ENT patients admitted to a teaching hospital, in the period from May to November 2013. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted using secondary data from patients in TNE accompanied by staff multidisciplinary nutrition therapy. **Results:** During the period analyzed, only 38 (28.36%) patients had some complications which prevented the complete administration of the dietary prescription, 134 of which were in use of TNE. The sample consisted of 38 patients, being 55.26% male, 36.84% were admitted to the ICU and the most prevalent pathology was neoplasm (65.79%). The main complications were refusal of nutritional treatment (33.61%), logistical problems (19.33%) and break tests or procedures (18.49%). **Conclusions:** In this study, the main complications found were refused treatment, operational and logistical problems break for exams and procedures. The awareness of the patient and health professionals about the importance of nutritional treatment is necessary so that there is decrease in refusal of treatment, good communication between staff and thus better prognosis and quality of life.

Unitermos:

Desnutrição. Nutrição Enteral. Terapia Nutricional.

Keywords:

Malnutrition. Enteral Nutrition. Nutrition Therapy.

Endereço para correspondência:

Bruna Luiza Paulina Ribas
Rua General Neto 578, apto 302 – Pelotas, RS,
Brasil – CEP: 96015-280
E-mail: bruna.luiza.ribas89@gmail.com

Submissão:

7 de julho de 2014

Aceito para publicação:

22 de setembro de 2014

1. Acadêmica de graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.
2. Especialista em Saúde da Família, Nutricionista do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.
3. Nutricionista, Doutora em Ciências Biológicas: Bioquímica, Professora da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

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 funcional¹⁻³. 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^{1,2}. 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 internação²⁻⁷.

Há várias intercorrências que podem dificultar a adequada oferta de nutrientes aos pacientes que estão em TNE, sendo as causas 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^{8,9}.

Considerando a importância da adequada ingestão de nutrientes e energia, este trabalho teve como objetivo avaliar as principais intercorrências que levam à interrupção da TNE em pacientes hospitalizados.

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo transversal com pacientes maiores de 18 anos do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas que estavam em acompanhamento pela Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), 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 (UTI, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica), doença, desfecho clínico (alta, óbito ou transferência), 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. Para análise dos motivos da interrupção foram avaliadas de forma retrospectiva as Fichas de Controle de Suspensão da Dieta (FCSD), protocolo padrão utilizado pela EMTN. As dietas foram administradas em sistema aberto e gotejamento gravitacional pela equipe de enfermagem, quatro vezes ao dia.

Para avaliação do estado nutricional foi utilizada a Avaliação Subjetiva Global – (ASG)^{10,11}. Esse instrumento é aplicado nas primeiras 72 horas a partir da internação do paciente e reavaliado periodicamente, conforme a

necessidade. 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.

A pesquisa foi elaborada em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução número 196, de 1996. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (CEP/FAMED/UFPEL), sob o número 408.089.

RESULTADOS

No período analisado, apenas 38 (28,36%) pacientes apresentaram alguma intercorrência que impossibilitou a administração completa da prescrição dietética, dos 134 que estavam em uso da TNE.

A amostra foi composta por 38 pacientes, sendo 55,26% do sexo masculino, e a média de idade foi de $54,7 \pm 17,37$ anos. Segundo unidade de internação, a prevalência foi de 36,84% na UTI, 31,58% na Clínica Médica, 31,58% na Clínica Cirúrgica e a maioria dos pacientes apresentava estado nutricional inicial B (moderadamente ou suspeita de desnutrido) ou C (gravemente desnutrido) (Tabela 1).

A doença mais prevalente foram as neoplasias (65,79%), seguidas 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 (Tabela 2).

Ocorreram de 1 a 15 intercorrências por paciente, que levaram à interrupção da administração da TNE, totalizando 119 intercorrências, sendo as principais recusa do tratamento nutricional (33,61%), problemas logísticos que incluem o

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

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

Tabela 2 – Prevalência de doenças dos pacientes em TNE com intercorrências do Hospital Escola da UFPel, 2013, Pelotas-RS (n=38).

Doença	n	%
Acidente vascular cerebral	1	2,63
Câncer	25	65,79
Diabetes	2	5,26
HIV e complicações	3	7,89
Pneumonia	1	2,63
Pancreatite	3	7,89
Outros	3	7,89

*debridamento de ferida, infecção viral e calculose biliar.

Tabela 3 – 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

preenchimento incompleto da FCSD e falha na comunicação entre profissionais (19,33%) e pausa para exames ou procedimentos (18,49%) (Tabela 3). Quanto ao desfecho clínico, 44,74% dos pacientes recebeu alta hospitalar, 44,74% foram a óbito e 10,53% foram transferidos de hospital.

DISCUSSÃO

Comumente, pacientes hospitalizados não recebem o volume integral da prescrição de terapia nutricional enteral, o que pode agravar o quadro de desnutrição e suas consequências, como queda na resposta imunológica, aumento dos riscos de infecções, do tempo de internação hospitalar, da morbidade e mortalidade e também dos custos hospitalares^{2,6-8,10,12,13}.

Neste trabalho foi encontrado elevado número de pacientes desnutridos, sendo 44,74% moderadamente ou com suspeita de ser desnutrido e 47,37% gravemente desnutridos. Valores diferentes foram achados por Isidro & Lima¹⁴ em um estudo realizado com pacientes cirúrgicos do Hospital das Clínicas de Pernambuco, em uso de TNE, que

verificaram que 62,5% encontravam-se desnutridos (B ou C). Verotti et al.¹⁵ identificaram 10 Indicadores de Qualidade da Terapia Nutricional (QINT) úteis, objetivos e de baixo custo e concluíram que o rastreamento nutricional é o principal indicador, pois possibilita a intervenção precoce pela EMTN.

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 o TNE apresentaram algum tipo de complicação que impediu a sua administração. Em um estudo retrospectivo realizado na UTI do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (2000-2003), foi encontrado aproximadamente 60% de óbito em pacientes em TNE, tanto em sistema aberto quanto em fechado¹⁶.

No presente estudo, aproximadamente 29% dos pacientes hospitalizados que estavam em uso de TNE apresentaram algum motivo que impossibilitou a administração do volume total prescrito, o que corrobora com os achados de Borges et al.¹⁶, em um estudo realizado em Ribeirão Preto com 166 pacientes em TNE observaram que aproximadamente 28% apresentaram complicações que impossibilitou o tratamento com terapia enteral.

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.¹⁷, em que 52% apresentaram complicações clínicas.

Martins et al.⁸ avaliaram 152 indivíduos que estavam a pelo menos quatro dias em TNE e concluíram que a principal causa para a interrupção da administração da TNE foram os problemas logísticos operacionais. Outro estudo, prospectivo descritivo e analítico, realizado com 42 indivíduos também constatou que os problemas logísticos foram a principal causa da interrupção da terapia enteral¹⁸. No presente estudo, essa foi a segunda maior causa de interrupção da TNE, fato este decorrente da falta de comunicação entre profissionais e o incorreto preenchimento das FCSD.

Outra causa importante das intercorrências foram pausas para exames e procedimentos (18,49%). Cabrera et al.¹⁹, em estudo prospectivo realizado em um Hospital Universitário da Espanha, encontraram 52% para esta intercorrência, um valor acima do encontrado neste estudo. Outros estudos também encontraram resultados semelhantes^{3,18} e, ainda, alguns obtiveram uma prevalência acima de 40%, valor maior do que foi encontrado neste estudo^{13,17}, 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.

CONCLUSÕES

Neste estudo, as principais intercorrências encontradas foram 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 melhora na aceitação da dieta, melhor prognóstico e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia nutrológica oral e enteral em pacientes com risco nutricional. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira & Conselho Federal de Medicina; 2008.
2. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia nutricional no paciente grave. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira & Conselho Federal de Medicina; 2011.
3. Aranjues AL, Caruso L, Teixeira ACC, Soriano FG. Monitoração da terapia nutricional enteral em UTI: indicador de qualidade? *O Mundo da Saúde SP*. 2008;32(1):16-23.
4. Fujino V, Nogueira LABNS. Terapia nutricional em pacientes graves: revisão de literatura. *Arq Ciênc Saúde*. 2007;14(4):220-6.
5. Ortega FJF, González FJO, Malpica ALB. Soporte nutricional del paciente crítico: ¿a quién, cómo y cuándo? *Nutr Hosp*. 2005;20(2):9-12.
6. Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, Gramlich L, Peter Dodek P; Canadian Critical Care Clinical Practice Guidelines Committee. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. *J Parenter Enteral Nutr*. 2003;27(5):355-73.
7. Kim H, Stotts NA, Froelicher ES, Engler MM, Porter C. Why patients in critical care do not receive adequate enteral nutrition? A review of the literature. *Nutrition*. 2012;27:702-13.
8. Martins JR, Shiroma GM, Horie LM, Logullo L, Silva MLS, Waitzberg DL. Factors leading to discrepancies between prescription and intake of enteral nutrition therapy in hospitalized patients. *Nutrition*. 2012;28:864-7.
9. Martins AS, Rezende NA, Torres HOG. Sobrevida e complicações em idosos com doenças neurológicas em nutrição enteral. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(6):691-7.
10. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia nutricional: indicadores de qualidade. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira & Conselho Federal de Medicina; 2011.
11. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1987;11:8-13.
12. Pasinato VF, Berbigier MC, Rubin BA, Castro K, Moraes RB, Perry IDS. Terapia nutricional enteral em pacientes sépticos na unidade de terapia intensiva: adequação às diretrizes nutricionais para pacientes críticos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(1):17-24.
13. Silva SMR, Assis MCS, Silveira CRM, Beghetto MG, Mello ED. Sistema aberto ou fechado de nutrição enteral para adultos críticos: há diferença? *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(2):229-33.
14. Isidro MF, Lima DSC. Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes cirúrgicos. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(5):580-6.
15. Verotti CCG, Torrinhas RSMM, Cecconello I, Waitzberg DL. Selection of top 10 quality indicators for nutrition therapy. *Nutr Clin Pract*. 2012;27(2):261-7.
16. Borges RM, Nonino-Borges CB, Campos AD, Basile-Filho A. Incidência de complicações em terapia nutricional enteral de pacientes em estado grave. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2005;17(2):98-103.
17. Assis MCS, Silva SMR, Leaes DM, Novello CL, Silveira CRM, Mello ED, et al. Nutrição enteral: diferenças entre volume, calorias e proteínas prescritos e administrados em adultos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(4):346-50.
18. Campanella LCA, Silveira BM, Rosário Neto O, Silva AA. Terapia nutricional enteral: a dieta prescrita é realmente infundida? *Rev Bras Nutr Clin*. 2008;23(1):21-5.
19. Cabrera LS, Navarro GOS, Martul MG, Rodríguez AR, Palacios MS, Medina EH. Calidad del soporte nutricional artificial en una unidad de cuidados intensivos. *Nutr Hosp*. 2006;21(6): 661-6.

Local de realização do trabalho: Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.