Pré e Pós operatório nas DII

A Visão do Nutrologo

Flavia de Alvarenga Netto

A doença inflamatória intestinal (DII) é uma doença crônica que compromete o estado nutricional do indivíduo. A desnutrição protéico calórica tem uma incidência, em pacientes internados, de 80 e 60 a 70% em portadores de doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa Inespectiva(RCUI) respectivamente.

Durante a história natural da DII os indivíduos irão em algum momento necessitar algum procedimento cirúrgico. Estima-se que 25% dos portadores de DC serão submetidos a cirurgia no período de 5 anos e esta estimativa aumenta para 50% no período de 10 anos. Nos portadores de RCUI a necessidade de cirurgia é menor, mas ainda elevada, em torno de 40% nos primeiros 20 anos de doença.

O diagnóstico de desnutrição é um desafio na área médica por ser um estado clínico definido de forma diferente em diversas sociedades, no entanto não há discussão de que a presença de desnutrição é sinônimo de maior morbi-mortalidade, menor mobilidade e funcionalidade, menor qualidade de vida, maior risco de infecção e tempo hospitalar e portanto maior custo hospitalar tanto em pacientes cirúrgicos, como nos pacientes não cirúrgicos.

Novos conceitos vem surgindo ao longo do tempo e poderíamos classificar na atualidade a desnutrição relacionada a doença crônica e a doença aguda. Nos portadores de DII encontramos, na maioria das vezes, a desnutrição crônica que se agrava diante da agudização da doença. Na desnutrição crônica a terapia nutricional é capaz de reverter, de forma parcial, a perda de reserva muscular e

na desnutrição aguda a terapia nutricional não é capaz de reverter ou reduzir a perda desta reserva corporal.

A etiologia da desnutrição proteico-calórica nos portadores de DII é multifatorial e está relacionada:

- *a má absorção por anormalidades da mucosa intestinal, supercrescimento bacteriano, redução superfície de absorção;*
- *a perdas aumentadas por fístulas, hemorragias e a própria enteropatia;*
- *a redução da ingestão de nutrientes por restrição iatrogênica e anorexia;*
- *ao aumento do requerimento energético por hipermetabolismo.*

Esta multiplicidade de fatores etiológicos torna o tratamento dos portadores de DII um desafio para os profissionais envolvidos no tratamento clínico e nutricional.

No paciente com DII cirúrgico é ainda maior o desafio, visto que a má nutrição aumenta a incidência de complicações no pré e pós-operatório e ainda aumenta o tempo de internação hospitalar. Portanto é importante que nos pacientes em pre-operatório a avaliação do estado nutricional antes de qualquer intervenção e uma estratégia terapêutica nutricional adequada devem ser estabelecidos nestes indivíduos. A avaliação dos níveis sérios de albumina, pré-albumina, histórico de mudança de peso e avaliação da composição corporal devem ser algumas das intervenções utilizadas para determinação do risco nutricional e da própria intervenção cirúrgica.

A terapia nutricional, no paciente cirúrgico, pode atenuar o estresse oxidativo, modular a resposta inflamatória sistêmica e corrigir, pelo menos em parte, a desnutrição. O principal objetivo é melhorar o estado nutricional e reduzir as complicações relacionadas a anastomoses e as feridas cirúrgicas bem como as complicações infecciosas. Níveis sérios de albumina abaixo de 3,5mg/dl, no preparatório, estão associados a descenda de anastomose em cirurgias coloretais e ainda é considerado um preditor de mortalidade no período pós operatório. Apesar disso não há evidência concreta de que a reposição de proteína previna estas complicações.

A desnutrição no paciente cirúrgico portador de DII deve ser corrigida ou melhorada com o uso de nutrição enteral oral ou através de cateter nasoentérico ou gástrico ou nos pacientes onde o trato gas-

trointestinal não esteja funcionando, ou que não possa ser utilizado, o uso da nutrição parenteral total deve ser preconizada no período que precede o procedimento cirúrgico.

O uso de nutrição enteral polimérica ou oligomérica pode induzir remissão de doença, em portadores de DC. Da mesma forma, o uso de dieta enteral com imunomoduladores tem demonstrado benefício em pré-operatório de pacientes com desnutrição ou não, independentemente da doença de base. O uso de dieta enteral com imunomoduladores, pelo menos 1 semana antes do tratamento cirúrgico, demonstrou em vários trabalhos, ser capaz de melhorar a resposta inflamatória, reduzir o risco de infecção e de descência de anastomose.

O uso de nutrição parenteral total (NPT) por outro lado é recomendado em todo paciente portador de DII com grave desnutrição e que serão submetidos a cirurgia. Os paciente desnutridos deverão receber NPT pelo menos 7 a 10 dias antes do procedimento cirúrgico. O uso de de NPT no pre-operatório, em período menor, não deve ser preconizado visto que aumenta a morbimortalidade e não melhora o estado nutricional e portanto não reduz os riscos de complicações. Alguns autores sugerem que a NPT pode reduzir a extensão das ressecções intestinais, e melhora da cicatrizarão de feridas e das anastomoses quando utilizada no período do pré-operatório.

No período pós operatório, o início da terapia nutricional deve ser o mais precoce possível, assim que a estabilidade hemodinâmica seja estabelecida. O uso de nutrição enteral precoce deve ser iniciado até 48 a 72 horas após o trauma cirúrgico. Nos pacientes que receberam NPT no período pré-operatório o uso desta via deverá ser mantida até que o uso do trato gastrointestinal esteja restabelecido e seguro e que seja capaz de tolerar em torno de 60 a 70% da necessidade calorica total.

Em conclusão os pacientes com DII cirúrgicos, necessitam avaliação nutricional no período de pré e pós operatório bem como a determinação de suas necessidades nutricionais para que as intervenções ocorram mais precocemente e que os riscos do indivíduo sejam reduzidos.

Referências bibliográficas

1. I. Janelle Wagner, John L. Rombeau. Nutritional Support of Surgical Patients with inflammatory bowel disease. Surg Clin N Am 91(2011) 787-803
2. Evans DC, Martindale RG, Kiraly LN, Jones CM. Nutriiton Optimization prior to surgery. Nutr Clin Pract 2014;29:10-21
3. Campos AC. Tratado de Nutrição e Metabolismo em cirurgia. Editora Rubio, RJ, 1ed, 2013.