

Desnutrição secundária à Síndrome Disabsortiva: nutrição parenteral ambulatorial



Luciana Rodriguez Teixeira de Carvalho, Matheus Caputo Guimarães, Andreia Cristina Arantes de Souza, Hila Beatriz Aguiar Barbosa Caputo Guimarães, Gabriel Rodriguez Teixeira de Carvalho, Bárbara Ferreira Silva, Elaine Cardoso Borges, Sólton Neiva Batista ¹

Artigo Original

¹ Centro Universitário Atenas
Endereço para contato: draluplataformabrasil@gmail.com

Resumo

Este estudo destaca a importância da nutrição parenteral em nível ambulatorial para pacientes com Síndrome do Intestino Curto (SIC) cuja alimentação oral é insuficiente para manter o metabolismo corporal. A nutrição parenteral é fundamental para garantir o estado nutricional adequado, manter o peso e melhorar a qualidade de vida, possibilitando aos pacientes terem uma rotina social e qualidade de vida que muitas vezes são afetadas pela enfermidade. Para que os profissionais de saúde realizem essa conduta de forma ética, é necessário que respeitem a bioética e ofereçam cuidados paliativos que estejam em consonância com os propósitos do tratamento, garantindo o melhor cuidado possível para o paciente e seus familiares durante o momento delicado de risco de morte. O estudo aborda um caso de paciente com SIC, reforçando a importância da nutrição parenteral em nível ambulatorial como uma opção viável para melhorar a qualidade de vida e saúde desses pacientes.

Abstract

This study highlights the importance of ambulatory parenteral nutrition for patients with Short Bowel Syndrome (SBS) whose oral intake is insufficient to maintain their bodily metabolism. Parenteral nutrition is crucial in ensuring adequate nutritional status, maintaining weight, and improving quality of life, enabling patients to have a social routine and quality of life that are often affected by the disease. For healthcare professionals to conduct this treatment ethically, it is necessary to respect bioethics and provide palliative care that is in line with the purposes of treatment, ensuring the best possible care for the patient and their family during the delicate moment of risk of death. The study addresses a case of a patient with SBS, reinforcing the importance of ambulatory parenteral nutrition as a viable option to improve the quality of life and health of these patients.

Introdução

Os distúrbios na digestão e absorção causados por condições clínicas diversas podem prejudicar seriamente a homeostase orgânica do corpo humano ¹. No contexto da ressecção intestinal, a severidade da má absorção é determinada pela extensão do intestino removido, pelas doenças subjacentes e pela capacidade absorptiva do intestino restante¹, sendo a Síndrome do Intestino Curto (SIC) responsável pelos quadros mais sérios e graves ^{2,3}, o que determina o

aumento da morbimortalidade destes pacientes.⁴

A Síndrome do Intestino Curto (SIC) ocorre quando há uma redução significativa do comprimento do intestino delgado, prejudicando a absorção de nutrientes pelo organismo através da alimentação oral. Essa condição é causada por cirurgias que envolvem a remoção de uma grande parte do intestino delgado e/ou cólon, geralmente decorrente de doenças malignas, trauma ou complicações cirúrgicas anteriores. Além disso, pode estar relacionada a outras

doenças intestinais, como a Doença Inflamatória Intestinal em adultos e a enterocolite necrosante e anormalidades intestinais em crianças.⁵

"Paliativo" é uma palavra originada do latim "palliun", que pode ter significados como "amparo" e "véu protetivo". Geralmente, é associada ao termo "cuidado" para descrever uma abordagem delicada e multidisciplinar oferecida a pacientes que não possuem mais opções de tratamento curativo. O objetivo é proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente até o momento da morte. Esse momento é sensível para o paciente e seus familiares, e exige que os profissionais de saúde demonstrem empatia e atenção.²⁶

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), os cuidados paliativos são reconhecidos como uma prática que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias que enfrentam doenças graves. Esses cuidados envolvem medidas preventivas para amenizar o sofrimento, como a detecção antecipada e uso adequado de métodos terapêuticos que aliviem as dores físicas, psicossociais e espirituais dos pacientes.²⁶ Os cuidados paliativos na Nutrição Parenteral (NP) são cruciais para assegurar a nutrição adequada e conforto dos pacientes, e aprimorar a qualidade de vida durante o tratamento paliativo.

Os cuidados paliativos estão intimamente relacionados à bioética, que se ocupa da ética e moralidade em relação à vida e bem-estar dos seres humanos. Portanto, é essencial debater a importância dos cuidados paliativos no âmbito da bioética, pois eles são uma parte integrante do ciclo de vida humano.²⁷

A bioética, os cuidados paliativos e a terminalidade da vida humana envolvem estudos sobre questões éticas relacionadas à eutanásia, distanásia e ortotanásia. Portanto, é crucial considerar as ações dos profissionais de saúde e as motivações que orientam as escolhas de tratamento para pacientes em estado terminal.²⁷

Os cuidados paliativos devem seguir os preceitos da bioética, especialmente em casos de pacientes em estado terminal que enfrentam a morte. É essencial respeitar os

direitos e a dignidade desses pacientes, oferecendo alívio para a dor e sintomas, assim como suporte emocional e espiritual para eles e seus familiares. Os profissionais de saúde devem se esforçar para garantir que as decisões relacionadas aos cuidados paliativos sejam baseadas em princípios éticos, respeitando a autonomia e dignidade dos pacientes com abordagens de cuidados mais humanitárias.²⁷

A Nutrição Parenteral (NP) é uma intervenção nutricional em que todos os nutrientes são administrados por via endovenosa através de um cateter venoso central profundo. O comprimento e a funcionalidade do intestino remanescente são fatores determinantes nas implicações fisiopatológicas da doença, bem como a presença ou ausência do cólon, o que influencia diretamente na escolha da terapia nutricional. Quando as vias oral ou enteral não são suficientes para a recuperação do peso e para a manutenção das necessidades metabólicas corporais, a nutrição parenteral é indicada.^{6,7}

De acordo com a Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (ASPEN), a desnutrição é caracterizada por um estado agudo, subagudo ou crônico de nutrição, com graus variáveis de "undernutrition" ou "overnutrition", com ou sem atividade inflamatória, que resulta em alterações na composição corporal e redução da funcionalidade dos órgãos e tecidos. Já segundo a OMS, a desnutrição é definida como um desequilíbrio celular entre o suprimento de energia e nutrientes e seu uso para crescimento, manutenção e funções específicas do corpo.^{8,9}

Conforme a portaria 272 da ANVISA 10, A nutrição parenteral é uma solução ou emulsão estéril e aprotéica, composta por carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, e acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. Seu objetivo é manter a integridade dos tecidos, órgãos e sistemas do corpo. A nutrição parenteral é indicada quando há uma

alteração parcial ou total do trato gastrointestinal e também pode ser recomendada em outras situações, como no pré-operatório ou em casos de subnutrição. Além disso, pode ser utilizada como complemento quando a dieta enteral ou oral não é capaz de suprir as necessidades nutricionais do paciente.¹¹

A nutrição parenteral pode ser oferecida ao paciente em regime hospitalar ou domiciliar. Contudo, a restrição na oferta dessa terapia aumenta o risco de infecções hospitalares, que podem ser graves para pacientes debilitados pela desnutrição e pela doença de base. Além disso, há outras complicações associadas à internação hospitalar, como trombose venosa profunda, trombose de cateter venoso central e úlceras de pressão, que podem aumentar os custos do tratamento.¹²

A SBNPE destaca que o custo da internação hospitalar é um fator relevante a ser considerado em relação ao tratamento domiciliar, com despesas diretas e indiretas maiores no primeiro caso. Isso inclui ocupação de leitos, mão de obra em tempo integral, uso indevido de equipamentos e maior risco de infecção hospitalar, prolongando a internação e aumentando o tempo de espera.¹³

De acordo com a Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde¹⁴, a infecção hospitalar é definida como aquela adquirida após a admissão do paciente, manifestando-se durante ou após a alta e relacionada a procedimentos hospitalares. Pesquisa realizada entre 2011 e 2014 revelou que a taxa de infecção hospitalar no Brasil chega a 14%, enquanto os primeiros estudos do Ministério da Saúde¹⁵ sobre controle e prevenção de infecção hospitalar apontavam uma média de 15,5%.

A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) estabelece que para um paciente ser indicado para terapia nutricional domiciliar oral, parenteral ou enteral, é necessário que o mesmo apresente estabilidade hemodinâmica e metabólica, esteja em ambiente favorável, tenha um cuidador disponível e uma pessoa habilitada para manusear os dispositivos e equipamentos necessários.¹⁶

Revista Atenas Higeia vol.5 nº 1. Agosto/2023

Segundo a SBNPE, a frequência de reinternação é um indicador de qualidade na Terapia de Nutrição Parenteral Domiciliar (TNPD), sendo que 25% das internações de pacientes nessa terapia estão relacionadas à TNPD, com a infecção de cateter sendo o principal fator. Por isso, é essencial que haja um cuidado multidisciplinar com o paciente em nível domiciliar, com processos padronizados e revisados para prevenir, diagnosticar e tratar precocemente intercorrências. Os indicadores de qualidade devem incluir a satisfação e qualidade de vida do paciente e de sua família, bem como a reincidência de internação, tratamento e mortalidade.^{12,17}

Pacientes desnutridos podem apresentar alterações no metabolismo hepático que afetam a absorção de medicamentos, interferindo na farmacocinética e na resposta ao tratamento. Isso pode levar a maiores taxas de complicações, pior prognóstico, aumento da morbimortalidade e maior tempo de internação hospitalar, impactando tanto o paciente quanto o sistema de saúde. O estado de desnutrição também está relacionado à redução da resposta ao tratamento farmacológico nos casos oncológicos, afetando as funções orgânicas.¹⁸

A doença SIC com necessidade de NP também afeta a vida social e laboral do paciente devido ao afastamento durante o tratamento nutricional ou complicações da doença de base. Pesquisas mostram que a existência de uma doença crônica pode prejudicar a qualidade das interações sociais.¹⁹ Pacientes que compartilham da mesma condição de saúde podem criar um ambiente acolhedor e de apoio durante o período de terapia, assim como seus familiares e profissionais de saúde envolvidos no cuidado direto do paciente. Essa rede de apoio social pode ter um impacto positivo na saúde do paciente.²⁰

O uso de ferramentas validadas é importante para avaliar a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas. O SF-36 é um instrumento de avaliação multidimensional que engloba diversos aspectos da qualidade de vida, incluindo capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos

emocionais, saúde mental e uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e há um ano atrás, permitindo ao profissional de saúde avaliar as intervenções realizadas e seus efeitos na vida do paciente. 21

Pacientes com doenças crônicas que causam má absorção e desnutrição podem precisar de nutrição parenteral (NP) por longos períodos, incluindo em domicílio, desde que estejam hemodinamicamente estáveis e sem necessidade de internação hospitalar. Esse estudo de caso destaca a importância da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN), composta por médicos, nutricionistas, enfermeiros e farmacêuticos, em consonância com a Portaria do Ministério da Saúde Nº 272, de 8 de abril de 1998 10, que define os cuidados necessários na prática de terapia nutricional, incluindo o controle de riscos de infecção, exames laboratoriais e evolução do paciente. A NP ambulatorial pode beneficiar pacientes com doenças crônicas de má absorção, mesmo que não precisem ser hospitalizados.22

Este estudo é importante porque não há protocolos estabelecidos para nutrição parenteral em nível ambulatorial para pacientes desnutridos que necessitam dessa terapia, tornando-o inovador e um exemplo de aplicabilidade para outros pacientes com essas necessidades. O objetivo é promover o retorno ou manutenção das atividades cotidianas em conjunto com um plano terapêutico personalizado de nutrição parenteral ambulatorial.

MÉTODO

Este é um estudo retrospectivo descritivo realizado em um hospital especializado em nutrologia com nutrição parenteral em nível ambulatorial em Brasília, Distrito Federal. As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, registros de imagens, relatórios e exames laboratoriais diagnósticos, bem como revisão da literatura sobre uma paciente com síndrome do intestino curto que recebeu nutrição parenteral ambulatorial entre junho de 2021 e junho de 2022, acompanhada por uma equipe multiprofissional de terapia nutricional.

Em 2021, uma paciente de 35 anos chamada EMFRMD foi admitida em um hospital especializado em nutrologia em Brasília - DF. Ela havia passado por várias cirurgias, incluindo a amputação de seu intestino grosso aos 18 anos e gastrectomia aos 33 anos, devido à polipose adenomatosa familiar. A paciente também tinha histórico de histerectomia aos 34 anos, trombofilia e perda de peso significativa nos últimos seis meses. Ela apresentava desnutrição grave, sarcopenia e deficiência das proteínas S e C, além de dor abdominal relacionada à endometriose diagnosticada no ano anterior. As cirurgias anteriores também causaram alterações gastrointestinais importantes e perda de funcionalidade motora e cognitiva.

A paciente apresentava diarreia intensa e perda significativa de peso nos últimos 6 meses, com acentuada perda de massa muscular nos últimos 3 meses. Ela também tinha incapacidade laboral, motora e dispneia aos pequenos esforços. Seu IMC inicial era de 19,4 e ela tinha dificuldade em encontrar trabalho devido a internações recorrentes. A paciente tinha um forte desejo de viver e alcançar objetivos pessoais, mas carregava consigo o desejo de superar a idade em que sua mãe faleceu

Após avaliação médica, a paciente foi diagnosticada com síndrome de má absorção e risco de desnutrição grave, com possível síndrome do intestino curto por ressecção das alças intestinais. Devido à alergia a diversos contrastes, os exames de imagem não foram conclusivos. Como a paciente estava estável, foi indicado tratamento ambulatorial com TNP através de PICC controlada por bomba de infusão contínua, dieta oral e hidratação venosa, com acompanhamento nutricional regular. A TNP seria ajustada progressivamente de acordo com a necessidade e tolerância da paciente.

Antes de começar a terapia nutricional parenteral, a paciente recebeu hidratação intravenosa diária de 250 a 500 ml, dependendo do nível de desidratação decorrente da diarreia intensa. Isso permitiu a inserção de um cateter periférico para os primeiros ciclos de NPA, enquanto aguardava a instalação do acesso PICC. A NPA começou

em maio de 2021, com a proporção dos macromelementos baseada na necessidade proteico-calórica da paciente. A infusão foi gradualmente aumentada, começando com uma vazão de 60 ml/hora no primeiro mês, utilizando o acesso periférico.

Os exames laboratoriais iniciais foram normais, exceto pelos marcadores de ferro, que estavam baixos. A paciente relatou piora significativa em sua qualidade de vida no questionário SF-36, com limitações para realizar atividades leves, moderadas e intensas, além de forte dor que a impedia de trabalhar. Ela também mencionou falta de vitalidade, energia, tranquilidade e constante depressão, estafa e cansaço. A paciente acreditava que sua saúde não melhoraria e que, na verdade, iria piorar. Exames posteriores de função hepática, renal, níveis de ferro, ferritina, eletrólitos e hemograma foram estáveis.

Antes de cada ciclo de NPA, eram realizadas rotinas de aferição dos sinais vitais e da glicemia. A paciente apresentou hipoglicemia em duas ocasiões importantes na primeira semana de infusão da NPA, tendo a NPA sido suspensa por nove dias e acompanhada de exames laboratoriais. Após a estabilização dos resultados, a NPA foi retomada com baixa osmolaridade devido ao acesso periférico. Foram realizados nove ciclos de NPA em maio de 2021. No final do mês, foi instalado acesso PICC e a composição da NPA foi ajustada para ter uma osmolaridade compatível com o acesso central. A paciente apresentou boa adaptação à dieta cíclica sem alterações de hiper ou hipoglicemia, permitindo a progressão da dieta sem intercorrências.

Após um mês de NPA, os exames laboratoriais mostraram estabilidade da função hepática e renal. A CBM reduziu para 13,9 cm e a PCT aumentou para 14 mm, mas a CB e PG ainda indicavam desnutrição grau III. A paciente relatou melhora progressiva na cognição e na força motora, permitindo a progressão da dieta parenteral. O questionário SF-36 mostrou melhora na percepção da condição de saúde, com alguns quesitos de força ainda limitados. A interação social melhorou e as dores intensas agora são

moderadas. Houve aumento na vitalidade, energia e diminuição do nervosismo e da depressão.

Durante o mesmo mês, paciente referiu episódio de cefaleia tratado com analgésico comum, e episódio alérgico, tratado com corticoide (paciente alérgica a anti-histamínicos). A causa da alergia foi inicialmente atribuída a troca do lipídio, sendo suspenso o lipídio da bolsa de NPA para investigação e observada a tolerância da paciente à nova composição, que ocorreu de forma satisfatória. Neste mesmo mês, paciente iniciou acompanhamento com psicologia e fisioterapia, estas integrando a equipe multidisciplinar que acompanhava a paciente na NPA.

Após 2 meses de parenteral, a paciente apresentou ganho de 1,8Kg de massa magra (já aferidos pela bioimpedância), além de melhora significativa da força motora e da capacidade cognitiva. Ao questionário SF-36, a paciente referiu que sua saúde estava boa, e já referia melhora do seu estado geral em relação ao ano anterior. Respondeu já conseguir executar atividades de moderada intensidade com alguma limitação, enquanto para atividades de baixa intensidade já não apresentava dificuldade.

Outro ponto de melhora significativa foi a quantidade de evacuações que antes do tratamento chegavam a 40 episódios por dia, e, no final do mês de junho a paciente referia 8 episódios. Como queixa, a paciente relatou presença de flatus, sendo ajustada a dieta com restrição para glúten, proteína do leite e alimentos inflamatórios, associados a melhora da mastigação, orientada pela nutrição clínica, com melhora dos sintomas.

Na primeira semana do mês de julho de 2021 a paciente já apresentava melhora significativa dos episódios de diarreia, e a progressão da dieta parenteral acontecia sem intercorrências. Devido a episódio de sangramento no cateter PICC (paciente anticoagulada com enoxaparina), foi realizada a substituição pelo Acesso Hickman sem intercorrências. A progressão da NPA aconteceu de forma satisfatória. Iniciado neste mês atividade física leve, com boa tolerância. Ao final do mês de julho de 2021, a paciente já

atingia a marca dos 60,6 kg, à custa de massa magra 25,7 kg e massa gorda 13,7 pela bioimpedância, com ganho ponderal de 2 kg, a CBM reduziu para 13cm, aumento da PCT para 19 mm e CB aumentou para 19 cm e o PG aumentou para 26%, mantendo a classificação de Desnutrição grau III. Estava monitorando a glicemia por dispositivo eletrônico subepitelial, e referiu dois episódios isolados de hipoglicemia na madrugada, em dias distintos, sem maiores repercussões.

No mês de agosto de 2021, a NPA aconteceu por cateter Hickman sem intercorrências. Ainda no início do mês, a paciente referia episódios de hipoglicemia, que foram corrigidos na dieta oral com mais carboidrato. Do ponto de vista psicológico, a paciente apresentou queixa sobre a dependência da parenteral, haja vista sua condição crônica decorrente da sua doença. A equipe de psicologia reforçou o atendimento à paciente. O questionário SF-36 aplicado no final do mês de agosto não revelou piora do estado emocional, mas evidenciou melhora da força física e funcional da paciente. Pela bioimpedância, chegou ao peso de 61,1 kg, com ganho ponderal de 1,6 kg, a CBM diminuiu para 13,1 cm, aumento da PCT para 19,2 mm e CB aumentou para 19,5 cm e o PG aumentou para 26,6%, mantendo a classificação de Desnutrição grau III.

No início do mês de setembro do mesmo ano, a paciente ainda apresentava alguns episódios de hipoglicemia, apesar da correção do carboidrato da dieta. Em 21 de setembro, após uso de NPP padronizada devido a necessidade da paciente em viajar e não suspender o tratamento, a paciente apresentou episódios de vômitos e taquicardia, sendo suspensa a parenteral padronizada e retornada a NPP individualizada, que progrediu até o final do mês sem intercorrências. Pela bioimpedância, chegou ao peso de 63,4kg, com ganho ponderal de 2,3 kg, a CBM aumentou para 13,2 cm, aumento da PCT para 22 mm e CB aumentou para 20cm e o PG aumentou para 28%, mantendo a classificação de Desnutrição grau III.

No início do mês de outubro de 2021 foi diminuído o aporte proteico-calórico, devido a

necessidade de desmame por período de recesso de 5 dias, já retornando a NPA após a viagem, sem intercorrências. Neste mês, a paciente apresentou pela bioimpedância peso de 63,8kg, com ganho ponderal de 0,4 kg, a CBM aumentou para 13,2 cm, aumento da PCT para 23 mm e CB aumentou para 20,4cm e o PG aumentou para 28,9%, mantendo a classificação de Desnutrição grau III.

A NPA prosseguiu nos meses de novembro e início de dezembro sem intercorrências. No final do mês de novembro, a paciente apresentava pela bioimpedância peso de 63,6kg, com perda ponderal de 0,2 kg e a CBM aumentou para 14,8 cm, manutenção da PCT em 23 mm, CB aumentou para 22cm e o PG diminuiu para 28,6%, mantendo a classificação de Desnutrição grau III. O questionário SF-36 nos meses de setembro, outubro e novembro revelou estabilidade nas respostas, com melhora progressiva da força física, sendo a parte emocional a que mais variou, apresentando em novembro aumento da variação do humor.

Em dezembro de 2021 a paciente foi para São Paulo para realizar enteroscopia alta assistida por duplo balão e colonoscopia, com polipectomia sem critérios de malignidade à biópsia. Após os exames, o comprimento total intestinal da paciente restou em cerca de 2 metros, confirmando a síndrome do intestino curto por redução da massa funcional intestinal. Neste mês, a paciente não realizou NPA em Brasília, e sua TN ficou a cargo do hospital das Clínicas de São Paulo, onde recebeu a orientação da equipe de TN de que não seria mais necessária a terapia parenteral, e que somente com a alimentação via oral conseguiria manter seu peso e funcionalidade com dieta específica.

No retorno a Brasília, já em janeiro de 2022 a apresentava pela bioimpedância peso de 60.9kg, com perda ponderal de 2,5 kg CBM diminuiu para 13,9 cm, diminuição da PCT para 21 mm, CB diminuiu para 20,5cm e o PG diminuiu para 26.3%, mantendo a classificação de Desnutrição grau III.

Seguindo a orientação recebida em São Paulo a NPA foi suspensa e, após a suspensão total a paciente apresentou queixa de astenia, prostração, dificuldade cognitiva e

motora aos pequenos exercícios, retorno da caquexia e sarcopenia, com necessidade de uso de bengala, inclusive (os mesmos sinais e sintomas apresentados no início do tratamento da NPA, em 2021). O questionário SF-36 revela piora da percepção do estado de saúde, também em relação ao ano anterior, com muita limitação para atividades intensas, moderadas e leves. Retornou ao estado de não conseguir desempenhar atividades laborais, não somente no quesito força física e preservação da atenção à realização de tarefas. Referiu que a saúde física e emocional voltou a interferir significativamente no relacionamento interpessoal com a família e amigos, inclusive a limitação de atividade social. Refere piora das dores (abdominais relacionadas a endometriose), de grande intensidade, a limitando para a atividade laboral. Por fim, a paciente assinalou ausência de vitalidade, ânimo, tranquilidade e energia e constante nervosismo, depressão, estafa e cansaço. Quanto à percepção de saúde, a paciente assinalou que se percebia adoecer mais facilmente e ter menos saúde que as demais pessoas, com baixa perspectiva de melhora da sua condição, inclusive que sua saúde iria piorar.

Diante do retorno do quadro, por solicitação da própria paciente e após nova avaliação da equipe multidisciplinar do hospital dia especializado em nutrologia, em fevereiro de 2022 foi reiniciado o tratamento, com o mesmo cuidado do início do tratamento, iniciado por períodos de hidratação que precederam a nutrição parenteral em nível ambulatorial para a paciente, de forma progressiva, conforme tolerância, sendo solicitado nova instalação de cateter central.

A progressão da NP foi aconteceu sem intercorrências nos meses seguintes, com ganho de peso e retorno às atividades rotineiras, inclusive atividade física com musculação. Não houve alterações laboratoriais no período do retorno da NPA.

O retorno total da NPA se deu no mês de maio de 2022, e a paciente apresentou pelos dados antropométricos e de AGS evidenciam melhora da força motora e do cognitivo, bem como da massa magra e do ganho ponderal com a CBM aumentou para 15,8 cm, CB

aumentou para 23,5 cm e o PG aumentou para 27,1%, mantendo a classificação de Desnutrição grau III.

Em junho de 2022 a paciente retornou à atividade física (musculação e aeróbico) sem intercorrências, inclusive é candidata em concurso de fisiculturismo (wellness). Os últimos dados revelam peso de 63,9 (ganho de 2,3 kg), a CBM aumentou para 17,1 cm, aumento da PCT para 25 mm, CB aumentou para 25 cm e o PG aumentou para 28%, sendo reclassificada em Desnutrição grau II.

Durante todo o período de revisão de prontuário, não foi registrada qualquer infecção de cateter, bem como nos registros de exames laboratoriais não houve indícios de infecção: ao contrário, mostraram estabilidade dentro dos valores de referência. A paciente foi hospitalizada duas vezes para troca colocação de cateter. Atualmente segue em NPA, fala em ter filhos (pensa em adoção), pratica serviço voluntário às comunidades carentes do DF, faz planos para o futuro e se sente parte do programa de NPA, onde encontra sua rede de apoio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A bioética busca orientar as práticas de saúde e medicina de forma ética e moral, para garantir o tratamento digno e respeitoso ao paciente. Os cuidados paliativos visam aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Pacientes com SIC que têm alterações de absorção, principalmente em relação ao colón, podem enfrentar problemas gastrointestinais graves. A filosofia dos cuidados paliativos pode ser essencial para proporcionar um tratamento humanizado e personalizado ao paciente, levando em conta suas necessidades e preferências.²⁸ A abordagem multiprofissional dos cuidados paliativos pode ajudar pacientes com SIC a aproveitar a vida da melhor forma possível, respeitando seus valores, crenças e hábitos. É fundamental que o tratamento siga princípios éticos, considerando a dignidade e o bem-estar do paciente.²⁸

A combinação de bioética e cuidados

paliativos pode ser de grande ajuda para melhorar a qualidade de vida do paciente com SIC e de sua família, oferecendo conforto físico, emocional e espiritual durante um momento difícil. É crucial que os profissionais de saúde envolvidos no tratamento desses pacientes sejam capacitados a criar um ambiente de apoio e conforto, levando em conta as particularidades de cada caso e respeitando a autonomia do paciente.

A paciente deste estudo de caso foi submetida à amputação de grande parte do intestino delgado e grosso, restando apenas 1,8 metros, contribuindo para a estatística de SIC secundária à ressecção cirúrgica. Ela sofria cerca de 40 episódios de diarreia por dia, além de desidratação e estado de sarcopenia e caquexia, limitando suas atividades diárias. O fato de ela precisar de uma bengala para caminhar, apesar de não ter limitações antes dos procedimentos cirúrgicos, é um sinal da limitação física e da caquexia causada pela desnutrição. Apesar disso, o peso registrado no prontuário da paciente não a classificou como desnutrida, com IMC superior a 19.

Isso evidencia a importância de utilizar outros parâmetros além da balança ou bioimpedância no acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes com SIC, como os dados antropométricos que indicavam sinais de desnutrição e a perda rápida de peso. Esses fatores destacam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar que compreenda as consequências da desnutrição para o paciente. Durante o início do tratamento proposto com nutrição parenteral, a paciente precisou de ciclos de hidratação venosa e controle glicêmico com soro glicosado devido às alterações de glicemia, o que exigiu a suspensão da infusão da NPA. A correção glicêmica só foi possível porque a paciente realizava a NP em ambulatório com a assistência de um EMTN.

Os dados respondidos no questionário SF-36 correspondente ao período avaliado por este estudo são representados pelo gráfico abaixo:

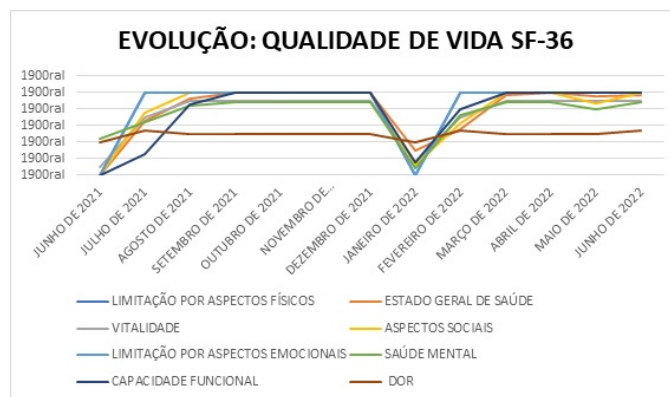


Figura 1 qualidade de vida de junho de 2021 a junho de 2022

O questionário SF-36 mostrou que a desnutrição causou grandes limitações físicas e emocionais, além de afetar a resistência à dor, o estado geral, a vitalidade e a saúde mental da paciente. É alarmante que o tratamento só tenha sido iniciado quando a paciente já estava gravemente desnutrida, apesar do risco nutricional após a cirurgia. Um acompanhamento nutricional adequado por uma equipe multidisciplinar poderia ter prevenido essa situação.

O questionário SF-36 revela que após a introdução da TNP em nível ambulatorial a paciente apresentou melhora significativa dos parâmetros por ele avaliado, à exceção da dor, que teve melhora discreta ao longo do período avaliado. Observa-se uma queda abrupta dos indicadores de QV no mês de janeiro, retornando aos valores iniciais ao tratamento. No mês de janeiro de 2022, observa-se perda ponderal abrupta de 2,5 kg e suspensão da NP desde a segunda quinzena de dezembro de 2021. A piora da QV também foi expressa pelo retorno do uso da bengala pela paciente.

Ressalta-se que os aspectos “saúde mental” e “social” da paciente também foram afetados de forma significativa e negativa, o que expõe quanto o estado nutricional afeta a vida da paciente, não só com a limitação física causada pela caquexia aguda, mas também na repercussão da desnutrição nos outros aspectos da paciente. Por isso, avaliar a paciente além da balança se mostrou tão pertinente e necessária.

Avaliando de outro prisma, esses dados também revelam que a dependência e tratamento com NP deve ser acompanhada

por EMTN, uma vez que assim que os sintomas de desnutrição reapareceram, as medidas de reversão foram iniciadas imediatamente. No caso da NPA, por ter equipe EMTN acompanhando a paciente, mesmo quando a NP estava suspensa, os sinais e sintomas de desnutrição e caquexia foram observados precocemente e tratados.

Logo após o retorno da NPA em 2022 foi observado melhora significativa dos parâmetros da QV avaliados pelo questionário SF-36, inclusive mantendo estabilidade da QV. Um fato interessante é que a paciente retornou à atividade física regular, com atividade de musculação. Observa-se que no mesmo período, houve melhora significativa das medidas da CBM e dobras cutâneas.

A evolução da circunferência do músculo braquial do final do período observacional revela um aumento de 23% em relação ao valor inicial, conforme gráfico abaixo,

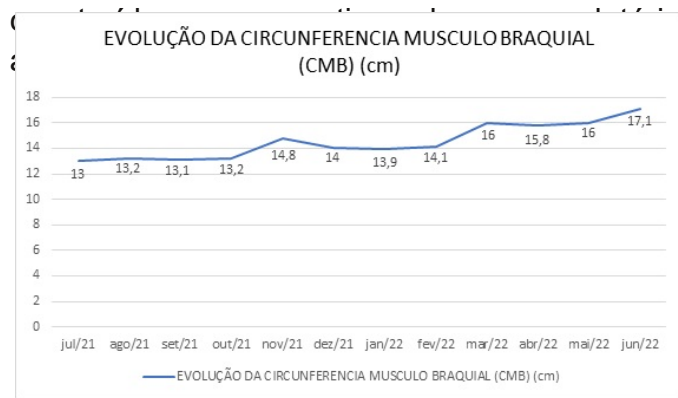


Figura 2: evolução da CMB de julho de 2021 a julho de 2022

A partir dos dados da CBM, pode-se observar que o ganho maior em centímetros do músculo do braço se deu após a paciente iniciar atividade física regular com musculação. Assim, é um tanto curioso de como a NPA pode tirar uma paciente que voltou a usar bengala no início de 2022 para alguém que consegue não somente realizar atividades cotidianas (o que já seria um ganho enorme para a autonomia e qualidade de vida) mas atingir um nível de esforço maior exigido por uma atividade física de musculação.

O gráfico que segue mostra a evolução do peso da paciente no período de estudo deste trabalho:

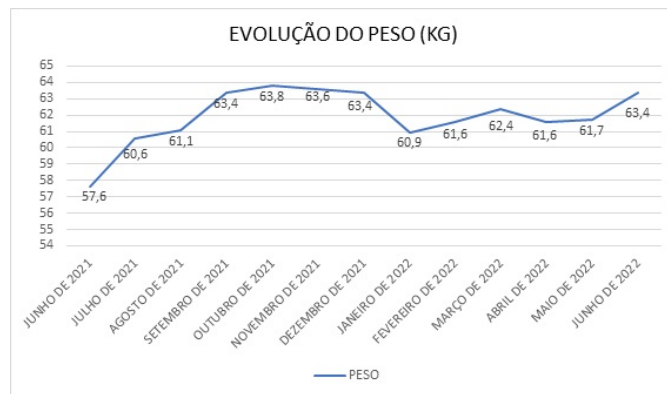


Figura 3: evolução do peso em Kg da paciente de junho de 2021 a junho de 2022

Em relação ao peso, observa-se ganho de total de 5,8 kg no período observado, sendo o peso inicial de 57,6 Kg e peso final de 63,4 às custas de ganho de 2,7kg de massa magra e 1,5 kg de massa gorda. Observa-se que a paciente já havia atingido o peso de 63,4 anteriormente no mês de dezembro de 2021, mas em janeiro de 2022, perdeu abruptamente 2,5 kg. Esse período coincide com a parada da NPA após a ida a São Paulo, na segunda quinzena de dezembro, para realização e exames. Nesta ocasião, foi orientada pela equipe de São Paulo a suspender a NP, apesar do diagnóstico de SIC, por julgarem que a paciente tinha via oral competente e intestino remanescente suficiente para manutenção do metabolismo somente com a alimentação VO.

No entanto, o que pode ser observado foi que no mês seguinte (janeiro de 2022) a paciente retornou aos mesmos sintomas apresentados antes do tratamento com NP, com diarreia e caquexia, inclusive retornando ao uso da bengala. A repercussão na qualidade de vida da paciente dessa perda ponderal pode ser quantificada pelo questionário SF-36.

Em relação à infecção de cateter, principal acometimento em pacientes com uso de acesso central que necessitam de terapia parenteral, observa-se que não houve registros de internações ou de infecções associada ao cateter.

Esse dado é de extrema relevância, pois espera-se realmente que pacientes com maior acompanhamento e controle da manipulação do cateter ao instalar a NP pudesse reduzir o

risco de infecção associado a esse tipo de dispositivo. Na mesma toada, observa-se que não houve internações referentes a NP. As internações da paciente foram atribuídas a instalação e troca do cateter, de forma eletiva. O acompanhamento laboratorial também revelou que não houve no período avaliado de prontuário qualquer sinal de infecção de qualquer outro tipo, o que pode endossar que o a exposição da paciente a patógenos hospitalares foi menor em relação àqueles apresentados em um tratamento de nutrição parenteral que necessite de internação.

Da mesma forma, não foram observadas alterações laboratoriais ao longo do período registrado em prontuário. Esse acompanhamento dos resultados laboratoriais também reforça a superioridade do acompanhamento ambulatorial da NP em detrimento a domiciliar, pois com consultas rotineiras e seguimento com equipe EMTN, ainda que a paciente apresentasse qualquer alteração, esta poderia ser corrigida e diminuiria os possíveis efeitos colaterais dos eventos adversos.

Para manter a qualidade de vida dos pacientes com síndrome disabsortiva, é necessário fornecer cuidados paliativos e nutricionais adequados, levando em consideração suas necessidades individuais. Isso inclui avaliar a capacidade do paciente de comer e digerir alimentos, desenvolver um plano de alimentação personalizado e considerar as restrições alimentares do paciente. Os cuidados paliativos devem ser realizados em conjunto com uma abordagem nutricional adequada, atendendo às necessidades calóricas, proteicas e vitamínicas específicas do paciente. Tudo isso deve ser feito de acordo com a bioética, visando manter a qualidade de vida dos pacientes em todas as fases do tratamento, incluindo o final da vida.^{23,24,25}

Para garantir o sucesso da terapia nutricional, é essencial que a equipe de cuidados monitore regularmente o paciente e adapte o plano de alimentação de acordo com o progresso. Além disso, é importante que essa implementação seja realizada de forma ética, levando em consideração a autonomia do paciente, suas crenças e desejos. Isso

inclui uma comunicação clara e efetiva com o paciente e sua família, fornecendo informações precisas e envolvendo ativamente o paciente no processo de tomada de decisão.^{23,24,25}

É indispensável manter ou ganhar peso saudável em pacientes com síndrome do intestino curto (SIC) para melhorar sua qualidade de vida e prevenir complicações graves de desnutrição, como comprometimento imunológico e cognitivo. Além disso, a equipe médica deve ser qualificada para fornecer cuidados humanizados e paliativos, especialmente porque muitos pacientes com SIC dependem de cuidadores e familiares.

A qualidade de vida de pacientes com SIC pode ser melhorada por meio de uma dieta equilibrada, controle de sintomas gastrointestinais, suplementação nutricional, acompanhamento médico regular e suporte emocional. É importante garantir a ingestão adequada de nutrientes por meio de uma dieta equilibrada e suplementação nutricional. Controlar sintomas como náuseas, vômitos e diarreia também é essencial. É recomendado o acompanhamento regular de um médico especialista em gastroenterologia e nutrição para monitorar a saúde geral e ajustar o tratamento. Além disso, o suporte emocional pode ser benéfico para lidar com o estresse e ansiedade. Com essas medidas, a qualidade de vida de pacientes com SIC pode ser melhorada, permitindo que levem uma vida saudável, ativa e independente.

CONCLUSÃO

Um estudo retrospectivo de caso de paciente com SIC mostrou que a superfície intestinal remanescente de 1,8 metros não era suficiente para garantir a absorção adequada de nutrientes através de alimentação oral, levando a uma perda gradual de peso após cirurgia de ressecção intestinal. A alimentação parenteral ambulatorial foi segura e eficaz, sem infecções de cateter ou internações relacionadas à terapia nutricional ou à SIC. A terceira internação ocorreu para investigar uma possível TVP, que foi descartada após exames de imagem e ajuste da dose da

enoxaparina.

No início do tratamento, a paciente estava em estado caquético e com sua qualidade de vida (QV) comprometida em todos os parâmetros avaliados pelo questionário evolutivo SF-36. O início da nutrição parenteral (NP) melhorou significativamente a QV da paciente, mostrando a importância do estado nutricional na vida da paciente. A avaliação do risco nutricional da paciente não se limitou apenas ao peso e à bioimpedância, mas também incluiu medições de pregas cutâneas e circunferências do músculo braquial, destacando a importância de avaliar o paciente com vários recursos para direcionar a melhor terapia nutricional necessária.

Da mesma forma, o uso de ferramentas como o questionário SF-36 que avalie a qualidade de vida se mostrou de extrema relevância, pois avaliar o paciente de forma holística é uma necessidade para um tratamento de excelência, pois demonstra que a desnutrição afetou a paciente em diversos aspectos além da capacidade física e permitiu entender melhor o sofrimento causado pelas restrições e impactos da falta de nutrientes no corpo para a paciente.

A inserção ou suspensão da TNP deve ser acompanhada por EMTN. Isso pode ser observado quando no início da NPA, quando as primeiras alterações glicêmicas puderam ser corrigidas de forma efetiva, bem como o retorno da caquexia pode ser observado quando houve a suspensão da TN. Neste aspecto, ressalta-se a superioridade da NPA em detrimento a TNPD, pois devido ao retorno dos sintomas avaliados após a paciente ter parado a TNPA, logo foi possível reverter o estado nutricional da paciente, não esperando que saúde dela fosse deteriorada pela falta de nutrientes no corpo e com isso, conclui-se que a NPA se mostrou uma boa alternativa para pacientes que necessitem de TNP, como desta paciente com SIC.

Pacientes que passam por cirurgia de ressecção intestinal precisam de acompanhamento nutricional especializado, mesmo antes de apresentar sintomas de desnutrição, devido à complexidade da absorção de nutrientes. Um local especializado no tratamento de SIC e outras

doenças raras que requerem terapia nutricional parenteral é importante para formar uma rede de apoio para pacientes e familiares, permitindo o compartilhamento de experiências e evolução no tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências

1. Marchini JS, Unamuno MRDL, Carneiro JJ, Pallone A, Lemos Jr PAG, Ruiz CMCD, Oliveira JED. Três anos de experiência e seguimento de pacientes portadores de Síndrome do Intestino Curto e/ou Síndrome de Má Absorção Grave, Portadores de Desnutrição Refratária a Dietoterapia Via Oral (DRD). *Rev Bras Nutr Clin.* 1996;11(1):27-42.
2. Klish WJ, Putnam TC. The short gut. *Am J Dis Child.* 1981;135(11):1056-1061.
3. Thompson JM, Brett A, Rose SJ. Dietary management of intestinal lymphangiectasia complicated by short gut syndrome. *Hum Nutr Appl Nutr.* 1986;40:136-140.
4. Ryan JA Jr, Adye BA, Weinstein AJ. Enteric Fistulas. In: Rombeau JI, Caldwell MD, editors. *Clinical Nutrition.* Philadelphia: WB Saunders; 1986. p.419-436.
5. Franzon O, Suzuki H, Sato KM, Piccoli MC, Volpato MG. Síndrome do intestino curto: uma nova alternativa de tratamento cirúrgico. *ABCD arq bras cir dig.* 2010 Jan-Mar;23(1):51-55.
6. Massironi S, Cavalcoli F, Rausa E, Invernizzi P, Braga M, Vecchi M. Understanding short bowel syndrome: Current status and future perspectives. *Dig Liver Dis.* 2020 Mar;52:253-261.
7. Iacone R, Scanzano C, Santarpia L, Cioffi I, Contaldo F, Pasanisi F. Macronutrients in Parenteral Nutrition: Amino Acids. *Nutrients.* 2020 Mar 14;12(3):772.
8. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors. *Home Care Standards.* ASPEN. NCP. 1999;14:151-62.
9. Mueller C, Compher C, Ellen DM, and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2011 Jan;35(1): 16-24.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 23 abr. 1998.*
11. COMPÊNDIO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL. 2a ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2018.
12. Bering J, DiBaise JK. Home Parenteral and Enteral Nutrition. *Nutrients.* 2022 Jun 21;14(13):2558.
13. Krahn M. Principles of economic evaluation in surgery. *World J Surg.* 1999 Sep;23(9):1242-8.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 13 de maio de 1998. Seção I, p.133-35.*
15. Cândido RBR, Souza WA, Podestá MHMC, et al. Avaliação das infecções hospitalares em pacientes críticos em um Centro de Terapia Intensiva. *Rev. Univers. Vale do Rio Verde.* 2012;10(2):148-163. doi: 10.5892/ruvrv.2012.102.148163.
16. DeLegge MH, Ireton-Jones C. Home care. In: Gottschlich MM, DeLegge MH, Mattox T, Mueller C, Worthington P, editors. *The ASPEN nutrition support core curriculum: a case-based approach - the adult patient.* Silver Spring: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition; 2007. p. 725-39.

17. Van Gossum A, Vahedi K, Abdel M, Staun M, Pertkiewicz M, Shaffer J, et al. Clinical, social and rehabilitation status of long-term home parenteral nutrition patients: results of a European multicentre survey. *Clin Nutr.* 2001 Jun;20(3):205-10.
18. Coruja MK, Steemburgo T. Estado nutricional e tempo de internação de pacientes adultos hospitalizados com diferentes tipos de câncer. *BRASPEN J.* 2017;32(2):114-8.
19. Minkler M. Building supportive ties and sense of community among the innercity elderly: the Tenderloin Outreach Project. *Health Educ Q.* 1985;12(4):303-14.
20. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Grupos de Apoio para Pacientes com Câncer se Proliferam na Internet – Ajuda de Semelhantes [Internet]. [acesso em outubro/2022]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media_root/rrc-22-social-ajuda-de-semelhantes.pdf.
21. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
22. Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4ª edição. São Paulo: Editora Atheneu; 2009.
23. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. London: NICE; 2017.
24. World Health Organization. Palliative care. [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Available from: https://www.who.int/health-topics/palliative-care#tab=tab_1. Accessed on: March 22, 2023.
25. Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. Fifth edition. Washington, DC: United States Conference of Catholic Bishops; 2009.
26. Souza MAM, Messias ALB, Cruz ES, Ribeiro ES. Bioética na prática dos cuidados paliativos: Bioethics in the practice of palliative care. *Braz J Health Rev.* 2022;5(4):16844-16845. doi: 10.34119/bjhrv5n4-237.
27. REIS RD, DA SILVA JV, E SILVA FCSD, DA SILVA RR. Bioética como estratégia condutora da Ortotanásia aos profissionais médicos com pacientes em situação de cuidados paliativos. *Brazilian Journal of Development* [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 23];9(2):8631–32. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/57595>.
28. ALMEIDA FG, ALBUQUERQUE GG, NASCIMENTO BCM. ATENÇÃO HUMANIZADA E PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA AO PACIENTE SOB CUIDADOS PALIATIVOS. *Rev Ibero-Am Humanidades Cienc Educ* [Internet]. 2023 [citado em 23 mar. 2023]; 9(1):423-444. DOI: 10.51891/rease.v9i1.8232. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/8232>.