

Suporte nutricional: o regresso ao passado

Nutritional support: back to the past

“A necessidade não tem lei, mas a da fome sobre todas pode” — *adágio popular*

A prevalência de má-nutrição calórico-proteica em doentes hospitalizados tem permanecido elevada nos últimos quinze anos (50% Hill, 1977, 30 a 50% Wilmore, 1992). Se nalgumas circunstâncias a desnutrição é constatada no momento da admissão, noutras, particularmente nos síndromas sépticos e quadros traumáticos hipermetabólicos, desenvolve-se de modo rápido ou insidioso.

Os síndromas de subnutrição não são ocorrências clínico-laboratoriais irrelevantes. As suas consequências desfavoráveis estão confirmadas em experimentação animal e na clínica. A simples ausência de conteúdo alimentar no lúmen intestinal reduz o fluxo sanguíneo parietal, potencia a atrofia vilosa (por falta de estímulos tróficos directos e neurogénicos), favorece a hiperpermeabilidade da mucosa intestinal e acentua os fenómenos de translocação bacteriana (Zaloga, 1997). A insuficiência gastrintestinal (*gut failure*) tem outras consequências graves, como o aumento da incidência de processos infecciosos localizados ou sistémicos, que resultam da perda da competência imunológica da parede do tubo digestivo. Também está comprovada a associação entre a disfuncionalidade entérica e a ocorrência do *síndrome da disfunção múltipla de órgãos* (Lamache, 1996).

Alguns cenários clínicos são caracterizados por fenómenos anatomofisiológicos que inviabilizam a utilização do acesso alimentar normal – oclusão intestinal mecânica, ileus paralítico prolongado, diarreia não controlada, pancreatite aguda, perito-



nite difusa, fístula entero-cutânea de alto débito, síndrome do intestino curto. Nestes casos a instituição de protocolos de alimentação parentérica (pouco naturais e não fisiológicos) está justificada, o que não acontece em muitas outras situações de prescrição abusiva. Quantos doentes não atravessam as primeiras setenta e duas horas de internamento, ou de pós-operatório, com perfusões de dextrose a 5%, posteriormente comutadas para soluções compostas de glucose concentrada, aminoácidos e lípidos, sem que a funcionalidade do seu tubo digestivo seja elementarmente testada...

Não existem muitos estudos que comparem as vantagens e os inconvenientes das vias entérica e parentérica (aliás, são metodologicamente complexos), mas o conhecimento das consequências da não utilização do aparelho digestivo tem tornado prioritária a selecção da via entérica para suporte nutricional no internamento e no ambulatório. Certo está o aforismo britânico: *if the gut works, use it or lose it*. Esta tónica, longe de constituir uma das descobertas da Medicina moderna, tem estado na

base de práticas diversas que se iniciaram na Antiguidade Clássica. Os médicos da antiga Grécia prescreviam enemas em cuja composição entravam o vinho, o leite e a aveia, para o tratamento de diarreias. No século passado, empregavam-se seringas de madeira para fazer progredir retrogradamente (até ao cólon transverso) nutrientes como os caldos de galinha, a carne de vaca e mesmo extractos de pâncreas. Algumas variantes da técnicas de procto ou enteroclise foram utilizadas (particularmente para hidratação) até ao início da II Grande Guerra Mundial (Randall, 1991). A primeira aplicação de uma sonda gástrica para administração de alimentos foi descrita em finais do século XVI (Capivaceus, 1598), mas só nos meados do século passado se divulgaram as sondas orogástricas semi-rígidas que permitiam a descompressão gástrica, a remoção de substâncias tóxicas e a administração de preparados nutritivos (Kussmaul, 1867, Ewald, 1874). Datam do início do século XX as primeiras utilizações das sondas jejunais em doentes com exclusão anatómica ou funcional do estômago (Einhorn, 1910). Pretendia-se a passagem directa dos alimentos até ao duodeno ou jejuno proximal. As gastrostomias e jejunostomias cirúrgicas e, muito particularmente, a gastrostomia percutânea endoscópica permitem prescindir dos longos tubos sintéticos, quase sempre traumáticos e incómodos em aplicações de longa duração, mas são alternativas constantemente esquecidas.

Foi recentemente reavivada outra polémica: qual o momento ideal para o início da administração de uma dieta? Classicamente, era imposto aos doentes operados um período de jejum que atingia os quatro a cinco dias. Mas a consciência dos efeitos desfavoráveis da paragem prolongada do tubo digestivo e os transtornos do metabolismo interdiário que caracterizam a privação alimentar têm feito tornar mais precoce a nutrição. Se bem que esteja provada a existência de perturbações da motilidade gástrica nas primeiras trinta e seis horas, o intestino delgado funciona e é possível instituir uma dieta nas primeiras vinte e quatro horas a débito modesto de 20 a 30 ml/hm, se se tratar de preparados para sonda. Estes princípios não dife-

rem substancialmente das recomendações de Pareira (1959) que foi um dos pioneiros da alimentação entérica domiciliária por sonda, tendo-a aplicado nalguns dos seus doentes portadores de neoplasias em fase avançada.

A variedade de preparados para administração entérica por sonda tem tornado complexa a escolha por parte de quem está menos bem informado. Se as fórmulas poliméricas (ditas completas) são objecto de utilização mais extensiva, não está ainda definido o interesse prático de algumas variantes especiais – dietas de imunomodulação (enriquecidas em arginina, nucleótidos, ácidos gordos ómega 3), dietas de *stress* (hipercalóricas, hiperproteicas, incorporadas em aminoácidos ramificados e ácidos gordos de cadeia média), dietas com glutamina ou outros farmaconutrientes – por falta de estudos randomizados e controlados que permitam comprovar benefícios terapêuticos sustentados.

A prescrição de dietas e a verificação e monitorização do estado nutricional são tarefas da responsabilidade de médicos e cirurgiões. Este dogma da terapêutica geral é constantemente subvalorizado em favor da intervenção farmacológica ou cirúrgica. A existência de protocolos escritos tem efeitos claramente favoráveis sobre a qualidade do suporte nutricional em unidades de cuidados intensivos (Adam, 1997). Porém, a complexidade da matéria torna essencial a presença no terreno de *Task Forces* de nutrição, pluridisciplinares, a quem competem tarefas de ensino e de consultadoria. Deve por isso registar-se com satisfação a publicação, neste número da revista "Medicina Interna", de trabalhos produzidos por grupos cujo desempenho nesta área tem sido entusiasmado e competente.



João Sá