

## TERAPIA NUTRICIONAL EM NEUROPATIA PEDIÁTRICA DECORRENTE DE MENINGITE MENINGOCÓCICA: RELATO DE CASO.

**COSTA, Caroline dos Santos<sup>1</sup>; MARMITT, Luana Patrícia; PASTORE, Carla Alberici<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup> Faculdade de Nutrição – UFPel; e-mail: [carolinercosta@gmail.com](mailto:carolinercosta@gmail.com)

<sup>2</sup> Nutricionista da Faculdade de Nutrição, Departamento de Nutrição – UFPel.

### 1 INTRODUÇÃO

O termo meningite expressa a ocorrência de um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro, e que compromete o sistema nervoso central. A doença meningocócica (causada pela presença do meningococo *Neisseria meningitidis* entre as meninges), em decorrência de sua magnitude, gravidade e potencial para ocasionar surtos e epidemias, apresenta grande importância em saúde pública. Geralmente causa sequelas, sendo as complicações da área neurológica (paralisias, paresias, abscesso cerebral, hidrocefalia, arterite) as mais frequentes (BRASIL, 2010).

Os distúrbios neurológicos, decorrentes das lesões no sistema nervoso, demonstram determinadas consequências de acordo com cada localização atingida, afetando as capacidades física e cognitiva necessárias para uma nutrição adequada. As lesões no tronco cerebral, por exemplo, podem infiltrar qualquer dos nervos cranianos, que inervam estruturas da face e cabeça, causando implicações à nutrição, devido ao fato de que o paciente frequentemente é incapaz de se alimentar sem correr o risco de aspirações de alimentos ou líquidos para os pulmões (MAHAN, ESCOTT-STUMP, 2005).

Os pacientes com doenças neurológicas agudas e crônicas apresentam disfagia, por não possuírem o reflexo de deglutição, tendo como resultado o alto risco de desnutrição. Dessa forma, podem se beneficiar do suporte nutricional, o qual ajuda a evitar as complicações de aspiração, pneumonia ou sepse, que podem compor os efeitos deletérios da doença. As alimentações por sondas enterais podem ser necessárias quando o risco de aspiração pela alimentação é alto ou o paciente não consome o suficiente para atingir as necessidades nutricionais.

Quando indicada para crianças, a Nutrição enteral tem por objetivo a manutenção do crescimento e desenvolvimento normal da composição corporal (WAITZBERG, 2000).

De acordo com a Portaria nº 337 da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), a nutrição enteral representa: *“Alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição química definida ou estimada, especialmente elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializados ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, usando a síntese ou manutenção de tecidos, órgãos e sistemas”*.

Quando comparada à nutrição parenteral (TNP), a nutrição enteral é mais fisiológica, pois a oferta de nutrientes se dá pela via gastrointestinal, além disso, a arquitetura e microflora do intestino mantêm-se normais, além de melhorar o estado do sistema imunológico intestinal, com menores custos ao sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Este estudo é um relato de caso sobre a abordagem de terapia nutricional em uma criança neuropata.

## 2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

Relato de Caso: Paciente R.L.S., sexo masculino, 5 anos e 3 meses de idade, natural de Pinheiro Machado. Paciente com história de sequela neurológica devido à meningite meningocócica, a qual ocorreu aos 21 dias de vida. Decorrente da neuropatia, a ausência do reflexo de deglutição acarretava quadros de broncoaspiração, com consequentes pneumonias aspirativas desde os 4 meses de vida. No momento da internação, apresentava rncos respiratórios, dispnéia intensa e tosse, além de esforço respiratório e crises convulsivas constantes.

Quanto à alimentação, foi realizado aleitamento materno exclusivo até 2 meses de vida, quando a mãe apresentou um problema de saúde e interrompeu o processo, sendo iniciada alimentação com fórmula infantil de partida para lactentes de 0 a 6 meses. Aos 4 meses, a fórmula foi substituída por leite de vaca e foram introduzidos outros alimentos, como frutas, papas salgadas e sucos. Entretanto, aos 4 anos de idade a alimentação por sonda foi indicada, por não ocorrer aproveitamento total da alimentação via oral, devido a vômitos e problemas de deglutição, consequentes da neuropatia. Inicialmente, a terapia de nutricional foi realizada com leite integral via sonda nasogástrica, evoluindo, após, para uma dieta enteral polimérica pediátrica, normocalórica e normoprotéica, em pó, indicada para crianças maiores de 1 ano.

Desde o princípio da utilização de sonda nasogástrica, o paciente vinha apresentando quadros pneumônicos mais frequentemente, usualmente tratados com antibióticos. Ao internar com o diagnóstico de neuropatia, foi realizada avaliação cirúrgica quanto à possibilidade de colocação de gastrostomia (Fig. 1). Tal cirurgia foi considerada devido ao fato de que o paciente, por ser uma criança neuropata, deve receber a terapia de nutrição enteral por um longo período de tempo, e a presença de sonda nasogástrica por períodos prolongados pode levar a complicações tardias. Estas incluem migração da sonda (especialmente para o esôfago), aspiração pulmonar das soluções infundidas, lesão da mucosa gastrintestinal pela ponta da sonda, infecções de vias aéreas e trato respiratório superior, estenose esofágica e paralisia de cordas vocais (WAITZBERG, 2000).



Figura 1: Terapia de Nutrição Enteral por Gastrostomia em criança neuropata.

O estado nutricional do paciente foi avaliado através de antropometria, apresentando 110 cm de altura, 22 kg de peso e Índice de Massa Corporal (IMC) de 18,18 kg/m<sup>2</sup>. De acordo com as curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), a variável “peso para idade” foi avaliada como risco para sobrepeso, e “altura para idade” foi considerada adequada, com percentis maior de 85 e entre 25 e 50, respectivamente. Já a variável “IMC para idade” mostrou-se com percentil maior que 97, apresentando obesidade e risco para obesidade grave. Em seguida, foram realizados os cálculos, a partir das necessidades calóricas preconizadas pela OMS, necessários para o peso no percentil 50 (peso ideal), resultando em 1500 kcal/dia. Após, realizou-se os cálculos da dieta de acordo com as características específicas da fórmula enteral pediátrica, em pó, indicada para crianças maiores de 1 ano (polimérica, normocalórica e normoprotéica), a qual representou a melhor opção de alimentação ao paciente.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar da avaliação antropométrica mostrar alguns valores superiores ao desejável, uma vez que “peso para idade” indicou risco para sobrepeso e “IMC para idade” indicou obesidade, a terapia nutricional por ostomia mostrou-se fundamental nesta patologia, por propiciar melhor qualidade de vida ao paciente, evitando os quadros de broncoaspiração e possíveis complicações, além do desconforto causado pela sonda nasogástrica.

Diante da necessidade de substituição da sonda nasogástrica e da apresentação de estabilidade e bom estado nutricional do paciente, este foi considerado apto à cirurgia de colocação de gastrostomia. A intervenção foi realizada e, após, o paciente mostrou agitação e alguns quadros convulsivos. Assim que se apresentou estável, a alimentação pode ser reiniciada, sendo instituído o mesmo valor calórico inicial, preconizado pela OMS, para o peso no percentil 50. A dieta deveria ser administrada oito vezes por dia, de 3 em 3 horas, e cada administração seria de 200 ml.

Inicialmente, a terapia nutricional foi realizada através de sonda nasogástrica, com volume de 50 ml, evoluindo para 100 ml no dia seguinte, e, após para 150 ml. A transição da sonda nasogástrica para a gastrostomia foi realizada de forma lenta, a fim de possibilitar uma boa adaptação do paciente à nova via de alimentação. Foram oferecidos mais 50 ml pela gastrostomia, porém a tentativa não foi tolerada, tornando-se a administrar somente 150 ml (três quartos do necessário) por sonda nasogástrica. Foi realizada uma segunda tentativa, porém novamente não houve boa aceitação da dieta pela gastrostomia. Na terceira tentativa, o paciente apresentou boa adaptação, sendo oferecido, portanto, 50 ml de dieta pela gastrostomia e 150 ml pela sonda nasogástrica, dessa forma atingiu o valor calórico total preconizado. À medida que o paciente foi apresentando melhor adaptação ao novo acesso, aumentou-se o volume de administração pela gastrostomia, primeiramente para 100 ml, além da sonda nasogástrica (100 ml), após para 150 ml pela gastrostomia e 50 ml pela sonda nasogástrica e, por fim, 200 ml somente pela gastrostomia, atingindo o objetivo desejado com boa adaptação.

O estado nutricional do paciente permaneceu o mesmo, com “peso para idade” maior que percentil 85 e “altura para idade” entre percentil 25 e 50, e “IMC para idade” maior que percentil 97, demonstrando que a criança não sofreu perda ponderal durante a internação hospitalar.

Os responsáveis pelo paciente foram orientados sobre os cuidados que deveriam ter com a gastrostomia da criança. A orientação quanto à dieta foi fundamental, enfatizando a administração da fórmula nos devidos horários e a diluição correta, pois, dessa forma, as necessidades calóricas diárias poderiam ser supridas, sem carências ou excessos. A administração de água pela gastrostomia também foi indicada, a fim de evitar a desidratação. Além disso, medidas de prevenção do refluxo gastroesofágico também foram orientadas, como por exemplo, manter a criança sentada em um ângulo de 90° no momento da alimentação e fazer com que ela durma com a cabeceira da cama elevada.

#### **4 CONCLUSÃO**

A terapia de nutrição enteral por gastrostomia mostra-se fundamental nos casos de neuropatias, tanto para contribuir com um estado nutricional adequado, como para manter a qualidade de vida.

Neste caso o paciente demonstrou total aceitação ao plano alimentar, atingindo o objetivo alcançado, possibilitando manutenção de um estado nutricional adequado.

#### **5 REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde: Glossário – Meningites. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1563](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1563)

MAHAN LK, ESCOTT-STUMP S. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11 ed. São Paulo: Roca, 2005. 1242 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria No. 337, de 14 de abril de 1999. D.O.U. Diário Oficial da União de 15/04/99. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/337\\_99.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/337_99.htm)

WAITZBERG D L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. 1858 p.