

RELATO DE CASO: PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA INTERNADA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PELOTAS/RS

NÖRNBERG, Fabrícia Rehbein¹; MARQUES, Camila Lemos¹; VALLE, Sandra Costa²

¹Nutricionista - Universidade Federal de Pelotas

²Orientadora - Universidade Federal de Pelotas – Nutrição
fabricia.rehbein@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) é uma doença crônica de etiologia desconhecida que possui duas formas principais de apresentação: a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) (FLORA e DICH, 2006). A retocolite compromete principalmente a mucosa do reto e cólon esquerdo; pode, contudo, estender-se a outros segmentos do cólon, bem como comprometer todas as camadas da parede do órgão, o que leva à exacerbação da sintomatologia (STENSON, 2001).

Atualmente, se aceita que sua origem seja multifatorial, envolvendo agentes genéticos, imunes, ambientais (possivelmente microbiológicos), alimentares e alterações na permeabilidade da barreira do epitélio colônico. Os principais sintomas são: diarreia, enterorragia, tenesmo, eliminação de muco e dor abdominal tipo cólica. A doença é caracterizada por períodos de recidiva sintomática e remissões e os sintomas, em geral, permanecem por semanas e até meses (SALVIANO, 2007).

Estudos epidemiológicos retrospectivos firmam atualmente a tendência mundial para o aumento da incidência de Doenças Inflamatórias Intestinais, inclusive nos países da América do Sul, que eram considerados países com baixo número de casos diagnosticados. Este fato confirma a necessidade de estudos sobre opções dietoterápicas para o melhor controle da doença (FLORA e DICH, 2006).

A retocolite ulcerativa, pelo seu envolvimento do trato gastrointestinal e seus efeitos sobre a ingestão alimentar, é comumente associada à deficiência nutricional, podendo esta variar desde alterações discretas dos níveis dos oligoelementos até estados de desnutrição severa, com grande perda de peso. A desnutrição aguda observada durante os surtos de atividade da doença, e cujas manifestações clínicas principais são a perda de peso, anemia e hipoalbuminemia, pode se associar à uma desnutrição crônica (BIONDO-SIMÕES, 2001; FLORA e DICH, 2006).

As principais causas da desnutrição na RCUI é a ingestão inadequada causada pela dor abdominal, diarreia, náuseas, anorexia, e também pelo aumento das necessidades energéticas no estado hipermetabólico, bem como pelo uso de medicamentos que podem interferir na biodisponibilidade de nutrientes, e pelo aumento das perdas, decorrente da eliminação entérica de proteínas, sangue, minerais, eletrólitos e elementos-traço do intestino durante períodos de inflamação ativa (MAHAN, 2011),

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi monitorar a evolução do estado nutricional de uma paciente com RCUI internado em um hospital universitário da cidade de Pelotas/RS no mês de julho de 2010.

2 METODOLOGIA

Foi feito um estudo descritivo do tipo relato de caso de um paciente com diagnóstico de RCUI internado em um hospital universitário da cidade de Pelotas/RS. O plano de cuidados nutricionais iniciou com uma avaliação do risco nutricional, através de uma triagem nutricional (KONDRUP, 2003) realizada no primeiro dia de internação. Nessa triagem se avaliou diagnóstico clínico inicial, história clínica, sinais e sintomas na internação, co-morbidades associadas, história familiar de doenças crônicas, uso de medicação anteriormente à internação, investigação de hábitos de vida, avaliação de aspectos antropométricos, anamnese alimentar, hábito intestinal, intolerância e sintomas relacionados à alimentação.

Para aferição de peso foi utilizada balança portátil. No exame clínico foram considerados sinais de facies, anemia, desidratação, análise da musculatura temporal, da bola gordurosa de Bichart e do sinal da “asa quebrada”, alterações na cavidade oral, verificação das massas musculares no pescoço, tórax, dorso e membros superiores e pesquisa de edema, conforme indicado pela literatura para avaliação geral do paciente hospitalizado. Foi monitorado o peso com frequência diária e realizada Avaliação Subjetiva Global (ASG) e recordatório alimentar de 24 horas. Foram também avaliados parâmetros bioquímicos, história de doença familiar e pessoal.

A prescrição nutricional foi calculada de acordo com as necessidades impostas pela fase da doença, com a estatura e com o estado nutricional atual do paciente. Foi respeitada a recomendação de literatura especializada para determinação das necessidades de acordo com a patologia.

3 RESULTADOS

- História do paciente e sinais e sintomas na internação

Paciente do sexo feminino, 54 anos, divorciada, interna com crise de diarreia com presença de muco e enterorragia intensa, náuseas e vômitos. Foi diagnosticada com retocolite ulcerativa em fase aguda e classificada como colite esquerda. Apresenta história prévia de trombose, obstipação crônica e depressão. Paciente teve duas internações prévias em 2009 (setembro e outubro), devido a fase aguda de RCU. Mãe apresentava hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, sendo que a paciente não apresenta esses diagnósticos. Foi fumante por 25 anos.

- Avaliação nutricional e evolução do quadro clínico

Ao realizar a triagem nutricional, verificou-se perda de 5,35% de seu peso habitual em 10 dias anteriores à internação. Apresentava-se inapetente. Altura: 1,58m IMC: 22,42kg/m². Referiu apresentar intolerância ao leite, pois este lhe causava diarreia e mal estar. Paciente obstipada desde criança, descobriu a doença porque passou a ter diarreias com presença de sangue. Durante anamnese alimentar se constatou que a paciente não realizava plano de controle alimentar.

Ao internar no hospital relatou ingestão alimentar de 0-25% da quantidade habitual devido dores, náuseas e vômitos. Segundo recordatório alimentar de 24 horas, aplicado por três dias durante período de internação, sua ingestão era de aproximadamente de 23,77% da dieta ofertada. Paciente referia inapetência e aversão à dieta hospitalar por frequentes episódios de náuseas, vômitos e hiporexia. Durante o período em que esteve internada (21 dias), apresentou perda de 10,16% de seu peso inicial da internação, se caracterizando uma perda de peso grave. A partir dos dados objetivos (bioquímicos, antropométricos, clínicos e consumo alimentar) e subjetivos (história de peso corporal, avaliação subjetiva global e exame físico) classifica-se a paciente como desnutrida grave.

• Parâmetros bioquímicos

Tabela 1. Valores dos parâmetros bioquímicos encontrados em exames laboratoriais no início da internação.

| Parâmetros | Início internação |
|----------------|-------------------|
| Hemácias | 2,89 |
| Hemoglobina | 8,8 |
| Hematócrito | 26,7% |
| VCM | 92 |
| Plaquetas | 436000 |
| Albumina | 2,2 |
| K | 2,7 |
| Fosfatas e al. | 252 |

Os indicadores da série vermelha demonstram uma anemia normocítica, que pode ser decorrente da perda crônica de sangue, inflamação crônica, hemólise e uso de medicamentos. A hipoalbuminemia pode ser atribuída a fatores como a perda de proteína para o lúmen, a baixa ingestão alimentar e ao próprio processo inflamatório. O aumento da fosfatase alcalina indica que tecidos danificados estão liberando enzimas no sangue. Observa-se também a trombocitopenia pelo processo inflamatório e enterorragia presente, fatos que podem favorecer a formação espontânea de coágulos, que provocam a obstrução do fluxo sanguíneo. A hipocalemia deve-se à diarreia e aos vômitos frequentes, sendo intensificada pela administração de glicocorticóides, uso de diuréticos e baixa ingestão alimentar.

• Conduta Nutricional

Diante dos resultados da avaliação nutricional realizada, conclui-se que essa paciente encontra-se desnutrida grave, sendo necessário intervenção nutricional para garantir um adequado aporte nutricional. Para isso, a paciente entrou em acompanhamento nutricional. Foi calculada sua necessidade energética diária e elaborada dieta de acordo com a patologia apresentada, levando em consideração os parâmetros bioquímicos.

O plano alimentar administrado na fase aguda foi com uma dieta branda restrita (restrição sacarose, lactose, gorduras e baixo teor de fibras), fracionada em seis refeições/dia contendo 1680 Kcal (30 Kcal/kg), hiperprotéica com 112 gramas de proteína (2g/kg PA), normoglicídica com 54% de carboidratos (complexos, com controle de mono e dissacarídeos), hipolipídica, com menos que 20% de lipídeos e 7g de fibras solúveis. Conforme houve remissão da doença, se evoluiu progressivamente o teor de fibras da dieta, sendo estas modificadas pelo calor (dieta branda), e foi elevada a quantidade de lipídeos, de forma gradativa. Foi necessário o manejo da dieta visando uma ingestão mais adequada. Para isso, foram introduzidos de maneira gradativa alimentos que melhor apetessem à paciente, visando um maior aporte calórico-protéico, lembrando que, os limites impostos pela patologia sempre foram levados em consideração.

Visando um aporte calórico e protéico adequado, a dieta foi enriquecida com albumina, glutamina (15g/dia) e maltodextrina. A glutamina é considerada um aminoácido condicionalmente essencial em situações de hiper-catabolismo, e é fonte importante de energia para os enterócitos e para a integridade e função da mucosa intestinal. Deste modo, o aminoácido faz parte da terapia nutricional das

patologias intestinais com o objetivo de preservar estruturalmente a parede das mucosas do aparelho digestivo (ALBERTINI e RUIZ, 2001).

Durante período de remissão da doença, seus sintomas amenizaram e com isso sua ingestão alimentar obteve uma pequena melhora, no entanto, distante da ingestão preconizada para atingir suas necessidades nutricionais adequadas. Diante disso, com redução do quadro de diarreia e manutenção do estado nutricional, a paciente teve alta hospitalar com intuito de melhorar aptidão alimentar em sua residência.

4 CONCLUSÃO

A manutenção do estado nutricional com o fornecimento de dieta adequada às necessidades do indivíduo traz importantes benefícios para a evolução e tratamento da RCUI. Diante da dificuldade do manejo dietoterápico na fase aguda, devido ao quadro de anorexia e sintomas desagradáveis após a ingestão dos alimentos, é necessário que as deficiências nutricionais sejam detectadas o mais cedo possível, traçando-se um plano alimentar individualizado de acordo com o estado nutricional do paciente. Assim, os efeitos deletérios da doença poderão ser atenuados, proporcionando a recuperação e/ou manutenção do estado nutricional do paciente e melhorando a sua qualidade de vida.

5 REFERÊNCIAS

ALBERTINI, Silvia M.; RUIZ, Milton A. O papel da glutamina na terapia nutricional do transplante de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. São José do Rio Preto, v.23, n.1. 2001.

BIONDO-SIMÕES, Maria de Lourdes Pessole.; MANDELLI, Karina Khristine.; PEREIRA, Marcela Abou Chauri.; FATURI, José Leandro. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. **Rev bras Coloproct**, Curitiba, 2003; 23(3):172-182.

FLORA, ANA PAULA LEITE; DICH, ISAIAS. Aspectos atuais na terapia nutricional da doença inflamatória intestinal. **Revista Brasileira Nutrição Clínica**, Paraná. 2006; 21(2):131-7.

MAHAN, L. Kathleen. Krause - **Alimentos, Nutrição & Dietoterapia**. 12.ed. Elsevier, 2010.

KONDRUP J, ALLISON S P, ELIA M, VELLAS B, PLAUTH, M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. **Clinical Nutrition** (2003) 22(4): 415–421r 2003.

SALVIANO, FLÁVIA NUNES; BURGOS, MARIA GORETTI PESSOA DE ARAÚJO; SANTOS, EDUILA COUTO. Perfil socioeconômico e nutricional de pacientes com doença inflamatória intestinal internados em um hospital universitário. **Arq. Gastroenterol**. São Paulo, 2007. vol.44 no.2.

STENSON, WF. Doença intestinal inflamatória. In: **Bennet A, Goldman L.Cecil: Tratado de Medicina Interna**. 21. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2001, p.801-9.