

Parecer BRASPEN/AMIB para o Enfrentamento do COVID-19 em Pacientes Hospitalizados

Apoio institucional da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)

Leticia Fuganti Campos¹
Priscilla Alves Barreto²
Guilherme Duprat Ceniccola³
Rodrigo Costa Gonçalves⁴
Liane Brescovici Nunes de Matos⁵
Clarissa Martins Saraiva Figueira Zambelli⁶
Melina Gouveia Castro⁷

Unitermos:

Coronavirus, terapia nutricional, sugestões BRASPEN/AMIB

Keywords:

Coronavirus, nutritional therapy, BRASPEN/AMIB suggestions

Endereço para correspondência:

Melina Gouveia Castro
Rua Abílio Soares, 233 – cj 144 – Paraíso
São Paulo – SP – CEP: 04005-000
melinacastro@globo.com

Submissão

14 de março de 2020

Aceito para publicação

23 de março de 2020

O combate à pandemia do COVID-19 se tornou o grande desafio atual, e a terapia nutricional é parte fundamental do cuidado integral na atenção ao paciente crítico. A maioria dos pacientes contaminados tem sido tratados em casa, em isolamento domiciliar. Entretanto, uma parte destes pacientes complicam e necessitam hospitalização, e cerca de 5% precisam de terapia intensiva. Neste subgrupo, as complicações mais frequentes são a disfunção respiratória e seguida da disfunção renal.

Sendo assim, BRASPEN/AMIB divulgam, a seguir, sugestões para orientar as Equipes Multidisciplinares de Terapia Nutricional (EMTNs) no nosso país:

ORIENTAÇÕES QUANTO À TERAPIA NUTRICIONAL:

Risco nutricional do paciente com COVID-19:

Alinhados com diversas diretrizes de Terapia Nutricional (TN), recomenda-se a realização da triagem nutricional em até 48 horas após a admissão hospitalar em todos os pacientes. Considerando a pandemia atual do COVID-19, recomendamos, entretanto, evitar o contato físico do nutricionista com os pacientes, conforme detalhamos nas sugestões de mudança de rotina.

Sugerimos que durante a internação dos pacientes com COVID-19 sejam incluídas perguntas para triagem nutricional, segundo protocolo estabelecido pela instituição, sempre que possível.

Os pacientes que permanecerem por mais de 48 horas na UTI devem ser considerados em risco de desnutrição. Conforme a recomendação da ESPEN 2019, este paciente se beneficia de TN precoce e individualizada.

1. Presidente do Comitê de Nutrição da BRASPEN. Doutora em Clínica Cirúrgica pela UFPR. Mestre pela Faculdade de Medicina da USP. Especialista em Nutrição Clínica pelo GANEP e em Educação em Diabetes pela UNIP. Membro do Departamento de Nutrição da Sociedade Brasileira de Diabetes.
2. Especialista em Terapia Nutricional - UERJ. Título de especialista em Nutrição Parenteral e Enteral - BRASPEN. Título de especialista em Nutrição Clínica - ASBRAN. Membro do Comitê de Nutrição - BRASPEN. Membro do Comitê de Nutrição - BRASPEN/RJ. Coordenadora do Departamento de Nutrição - SOTIERJ.
3. Nutricionista do Hospital de Base do D.F. Especialista em nutrição parenteral e enteral pela BRASPEN. Mestre e Doutor em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília.
4. Título de Especialista em Medicina Intensiva, Nutrologia e Nutrição Parenteral e Enteral. Coordenador Clínico EMTN – Hospital HUGOL e Hospital Órion -GO. Presidente Comitê Terapia Nutricional – AMIB.
5. Hospital São Luiz Itaim e Vila Nova Star, São Paulo, SP, Brasil. Médica Intensivista pela AMIB e Especialista em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pela BRASPEN.
6. Especialista em Cirurgia Geral com área de atuação em Nutrição Parenteral e Enteral pela BRASPEN. Rede Mater Dei de Saúde. Hospital Luxemburgol.
7. Doutora em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo(2012). Especialista em Medicina Desportiva pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Nutrição Clínica pelo Grupo de Nutrição Humana. Especialista em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pela BRASPEN. Presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral -BRASPEN. Médica Nutróloga do departamento de Terapia Nutricional do Hospital Israelita Albert Einstein.

Via de alimentação:

A alimentação por via oral é a preferencial em pacientes não graves com diagnóstico de COVID-19, incluindo a utilização de suplementos orais quando a ingestão energética estimada for < 60% das necessidades nutricionais.

Em pacientes graves, a Nutrição Enteral (NE) é a via preferencial e sugerimos que seja iniciada entre 24 e 48 horas. No caso de contraindicação da via oral e/ou enteral, a Nutrição Parenteral (NP) deve ser iniciada o mais precocemente possível. Sugerimos considerar o uso de NP suplementar após 5 a 7 dias em pacientes que não conseguirem atingir aporte calórico proteico > 60% por via digestiva.

Aporte calórico na fase aguda:

Sugerimos iniciar com um aporte calórico mais baixo, entre 15 a 20 kcal/kg/dia e progredir para 25 kcal/kg/dia após o quarto dia dos pacientes em recuperação. Recomenda-se não utilizar calorimetria indireta pelo risco de disseminação da doença.

Sugerimos utilizar fórmulas enterais com alta densidade calórica (1,5-2,0kcal/ml) em pacientes com disfunção respiratória aguda e/ou renal, objetivando restrição da administração de fluidos.

Aporte proteico fase aguda:

Sugerimos que estes doentes recebam entre 1,5 e 2,0 g/kg/dia de proteína, mesmo em caso de disfunção renal.

Com a seguinte sugestão de progressão: <0,8 g/kg/dia no 1º e 2º dias, 0,8-1,2 g/kg/dia nos dias 3-5 e > 1,2 g/kg/dia após o 5º dia.

Fórmula especializada:

Sugerimos não utilizar fórmulas com alto teor lipídico/ baixo teor de carboidrato para manipular coeficiente respiratório e reduzir produção de CO₂ em pacientes críticos com disfunção pulmonar.

O uso de uma fórmula enteral com ômega 3, óleos de borragem e antioxidantes em pacientes com SDRA não está indicado.

Sugerimos evitar utilização de módulos pela maior manipulação do paciente e aumento do risco para equipe de enfermagem.

Monitoramento de fósforo sérico:

Sugerimos o monitoramento frequente do fósforo sérico em pacientes críticos e reposição adequada, quando indicado. A hipofosfatemia pode estar sinalizando síndrome de realimentação e a deficiência de fósforo pode contribuir para retardo no desmame ventilatório de pacientes críticos.

Sugerimos que a progressão calórica seja adiada em pacientes com níveis baixos de baixos de fósforo, potássio ou magnésio até a correção, com posterior aumento gradual.

TN e Hipoxemia:

Sugerimos que a NE seja mantida em caso de hipercapnia compensada ou permissiva. Suspende a dieta em caso de descompensada hipoxemia, hipercapnia ou acidose grave.

ORIENTAÇÕES PARA O USO DE DIETA ENTERAL EM POSIÇÃO PRONA:

Com a prevalente recomendação da posição prona em pacientes com COVID-19, sugerimos alguns cuidados adicionais com a TN:

- Sugerimos NÃO realizar Endoscopia Digestiva Alta nesta população pelo alto risco de contaminação
- Sugerimos que a NE seja continuada durante a posição prona. Destacamos o cuidado em pausar a dieta antes de movimentar o paciente para posição pronada, conforme o tempo sugerido por protocolo local
- Sugerimos utilizar fórmula hipercalórica hiperproteica sem fibras em volume trófico (até 20ml/h) durante todo o período de prona ou primeiros 6 dias.
- Manter cabeceira elevada em 25-30º (Trendelenburg Reverso)
- Sugerimos prescrever prócinético fixo (metoclopramida ou eritromicina)
- Ofertar NE de maneira contínua, em bomba de infusão
- Iniciar a dieta após a primeira hora e manter até 1 hora antes do retorno à posição supina.

Se já estiver em uso de TN:

- Sugerimos pausar a dieta enteral e abrir a sonda em sifonagem 2 h antes da manobra de pronar o paciente e reiniciar a NE 1 h após.
- Sugerimos não suspender nutrição parenteral para execução da manobra.

ALTERAÇÕES NA ROTINA DA EMTNS:

Segundo as práticas para atuação do nutricionista e do técnico em nutrição e dietética durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19) publicadas pelo Conselho Federal de Nutricionistas em 20 de março de 2020, para segurança dos profissionais e dos pacientes, a critério das unidades e em acordo com as EMTNs, é recomendável que seja evitado o contato físico do nutricionista e o técnico em nutrição com os pacientes, especialmente com suspeita ou confirmação de COVID-19.

Para avaliação, acompanhamento e evolução dos pacientes, o nutricionista pode utilizar-se de dados secundários de prontuário, contato telefônico e do intermédio de membros da equipe multiprofissional que já esteja em contato direto com os pacientes.

Ainda, pode-se adotar a modalidade não presencial de assistência ou considerar a possibilidade de seu uso para parte da equipe, em escala de revezamento, como forma de preservar os profissionais.

Conforme mencionado anteriormente, sugerimos que se não for possível realizar as triagens via contato telefônico ou por dados secundários de prontuários as mesmas podem ser suspensas durante a pandemia a fim de proteger os profissionais e pacientes, reduzindo o contato físico. Além disso, a supressão das triagens nutricionais pode reduzir a carga horária dos nutricionistas durante a pandemia.

Sugerimos, entretanto, que os nutricionistas e a EMTN estejam envolvidos no desenvolvimento dos protocolos de atendimento e a indicação de TN. Cabe recordar que os protocolos devem considerar aspectos gerais e locais de cada serviço. Ainda, o nutricionista e a EMTN devem estar sempre alinhados com os profissionais de saúde a fim de rastrear pacientes em risco nutricional sem suspeita de COVID-19.

Apesar das dificuldades da pandemia atual, é importante ressaltar que os pacientes acompanhados pela EMTN devem seguir recebendo o suporte nutricional e atenção que necessitam, sem nenhuma repercussão negativa em seu tratamento.

REFERÊNCIAS:

1. Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, Loeb M, et al. Intensive Care Medicine. Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Crit Care Med*, 2020. Updated: 3/20/2020.
2. Blaser AR, Starkopf J, Alhazzani W, Berger MM, Casaer MP, Deane AM, et al. Early enteral nutrition in critically ill patients: ESCIM clinical practice guidelines. *Intensive Care Med*, 2017; 45:380-398.
3. Castro MG, Ribeiro PC, Souza UAO, Cunha HFR, et al. Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente Grave. *BRASPEN J* 2018; 33(1):2-36.
4. da Silva JSV, Seres DS, Sabino K, Adams SC, et al. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. Parenteral Nutrition Safety and Clinical Practice Committees, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *Nutr Clin Pract*. 2020 Apr;35(2):178-195.
5. McClave AS, Taylor BE, Martindale RG, Warren MM, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill
6. Oliveira VM, Piekala DM, Deponti GN, Batista DCR et al. Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. *Rev Bras Ter Intensiva* 2017;29(2):131-41.
7. Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) *JPEN* 2016 (40):2, 159-211.
8. Recomendações do Conselho Federal dos Nutricionistas: Boas práticas para atuação do nutricionista e do técnico em nutrição e dietética durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19), 3 ed. 20 de março de 2020.
9. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition* 38 (2019) 48-79.

Local de realização do estudo: Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral - BRASPEN, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.