

A IMPORTÂNCIA DO PREPARO IMUNOLÓGICO ANTES DA CIRURGIA



Toda cirurgia representa um stress significativo para o corpo. A recuperação vai demandar um sistema imunológico eficiente para auxiliar no combate de possíveis infecções e em uma cicatrização efetiva.

O ESTADO NUTRICIONAL

Estudos comprovam que pacientes com o estado nutricional prejudicado no pré-operatório, principalmente perda de peso, apresentam um risco nutricional maior no período pós-operatório, sendo a desnutrição um fator de risco significativo de complicações pós-operatórias, principalmente em operações abdominais.¹

Sabe-se que pacientes desnutridos apresentam maior risco de desenvolver complicações quando submetidos ao tratamento clínico e cirúrgico, tais como:²

- Infecções;
- Sepse;
- Pneumonia;
- Falha respiratória;
- Formação de abscesso;
- Dificuldade na cicatrização de feridas no pós-operatório;
- Morte;

NUTRIÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Para os pacientes que possuem recomendação, o preparo imunológico pode ser feito através de uma terapia nutricional com suplementos que contenham nutrientes que, além do benefício nutricional, tenham ação imunomoduladora, como ácidos graxos ômega-3 (ω -3), arginina e nucleotídeos. O preparo imunológico perioperatório realizado por meio da nutrição consiste no consumo de nutrientes imunomoduladores, sendo recomendado seu consumo de 5 a 7 dias antes da cirurgia.^{3,4}

A imunonutrição age atenuando a resposta inflamatória, fortalecendo o sistema imunológico e estimulando a cicatrização. A nutrição adequada é fortemente ligada à competência imunológica e redução de riscos para infecções.^{5,6}

OBJETIVO DO PREPARO IMUNOLÓGICO ⁷⁻⁹

- Diminuir as chances de complicação no pós-operatório;
- Reduzir o tempo de internação hospitalar;
- Ajudar na cicatrização do corte cirúrgico;
- Auxiliar na recuperação do paciente.

OTIMIZAÇÃO DO CONTROLE GLICÊMICO

Se o seu paciente possui diabetes, controlar os níveis de glicose antes da cirurgia pode melhorar a recuperação.

Nos pacientes cirúrgicos, a presença de diabetes mellitus (DM) ou hiperglicemia associa-se ao aumento da morbimortalidade, com taxa de mortalidade perioperatória até 50% maior do que na população não diabética.¹⁰ Em pacientes diabéticos, a cicatrização é mais lenta devido a diversos mecanismos como a produção excessiva de Espécies Reativas de Oxigênio (ROS), diminuição do Óxido Nítrico (NO), diminuição da resposta aos Fatores de Crescimento (GFs) e das proteínas da via de sinalização da insulina.^{10,11,12}

A ocorrência e a frequência de hiperglicemia devem ser questionadas, pois interferem na conduta das medicações pré-operatórias, além da frequência de internação hospitalar relacionada ao controle glicêmico (descompensações agudas). A capacidade do paciente para medir sua glicemia e entender os princípios da terapia do diabetes deve ser avaliada, já que influencia no manejo perioperatório desses pacientes.¹³

Outros pontos importantes para manter um bom estado imunológico e reduzir as complicações pós-operatórias são:

Revisão dos medicamentos em uso

O passo inicial e mais importante no manejo das drogas no pré-operatório é coletar uma minuciosa história farmacológica, abordando todos os comprimidos que os pacientes utilizam. Por questões culturais, os pacientes tendem a chamar de medicamentos apenas o que eles julgam servir para o tratamento de suas doenças, podendo omitir analgésicos e anti-inflamatórios tomados ocasionalmente para a dor, anticoncepcionais e terapias hormonais, bem como fitoterápicos. É importante conversar com o paciente sobre todo comprimido ingerido, bem como a frequência de utilização e se está sendo utilizado neste momento.¹⁴

Caso o medicamento não interfira na anestesia e nem no procedimento, pode ser mantido normalmente. Caso interfira, deverá ser avaliado o risco X benefício de sua retirada.¹⁵⁻¹⁷

Interrupção do tabagismo e consumo de álcool

É aconselhável a abstinência alcoólica antes da cirurgia. Já a interrupção do uso do tabaco vem sendo sugerida para reduzir o risco de complicações pós-operatórias na cicatrização de feridas cirúrgicas. Estudos demonstraram que suspender o tabagismo de 4- 6 semanas antes da cirurgia pode reduzir complicações pós- operatórias em até 40%.¹⁸⁻²⁰

A interrupção do cigarro no pré-operatório beneficia, sobretudo, o sistema cardiovascular e o aparelho respiratório, por isso, requer um intervalo de pelo menos 6 semanas.²⁰

Referências 1. Leandro-Merhi V, Aquino J, Chagas J. Risco nutricional no período pré-operatório. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2009 Sep; 22(3): 143-146. 2. Detsky AS, Smalley PS, Chang J. Is this patient malnourished? JAMA. 2004; 271 (1). 3. ESPEN Guidelines Oncology - Arends J et al, Immunonutrition (Arginine, N-3 fatty acids, nucleotides) in perioperative care. Clin Nutrition, 2016. 4. Moya P, Soriano-Irigaray L, Ramirez JM et al. Perioperative oral standard supplements versus immunonutrition in patients undergoing colorectal resection in an enhanced recovery (ERAS) protocol. Medicine (Baltimore) 2016, 95. 5. Cerantola Y, Hübner M, Grass F, Demartines N, Schäfer M. Immunonutrition in gastrointestinal surgery. Br J Surg 2011;98 (1):37-48. 6. Marimuthu K, Varadhan KK, Ljungqvist O, Lobo DN. A meta-analysis of the effect of combinations of immune modulating nutrients on outcome in patients undergoing major open gastrointestinal surgery. Ann Surg 2012; 255(6): 1060-68. 7. Braga M, Gianotti L, Vignali A, Carlo VD. Preoperative oral arginine and omega-3 fatty acid supplementation improves the immunometabolic host response and outcome after colorectal resection for cancer. Surgery 2002; 132:805-14. 8. Waitzberg DL, Saito H, Plank LD, et al. Postsurgical infections are reduced with specialized nutrition support. World J Surg. 2006; 30: 1592-1604. 9. Drover JW, Dhaliwal R, Weitzel L, et al. Perioperative use of arginine supplemented diets: a systematic review of the evidence. J Am Coll Surg. 2011; 212:385-399. 10. Frisch, P. Chandra, D. Smiley, et al. Prevalence and clinical outcome of hyperglycemia in the perioperative period in noncardiac surgery Diabetes Care. 2010;1783-1788. 11. Brem H, Tomic-Canic M. Cellular and molecular basis of wound healing in diabetes. J. Clin Invest. 2007;117(5):1219-22. 12. Kolluru GK, et al. Endothelial dysfunction and diabetes: effects on angiogenesis, vascular remodeling, and wound healing. Int J Vasc Med. 2012;2012:918267. 13. Joshi GP, Chung F, Vann MA et al. Society for ambulatory anaesthesia consensus statement on perioperative blood glucose management in diabetic patients undergoing ambulatory surgery Anesth Analg. 2010; 111 (6): 1378-87. 14. Garbero RF, Vieira LA. Fármacos no pré-operatório. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2007;6(2):28-37. 15. Mercado D. Perioperative medication management. Med Clin North Am 2003;87(1):41-57. 16. Smith MS, Muir H, Hall R. Perioperative management of drug therapy, clinical considerations. Drugs 1996;51:238. 17. Spell NO. Stopping and restarting medications in the perioperative period. Med Clin North Am 2001;85:1117. 18. Warner DO. Perioperative abstinence from cigarettes: physiologic and clinical consequences. Anesthesiology. 2006;104(2):356-67. 19. Wong J, Lam DP, Abrishami A, Chan MT, Chung F. Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. Can J Anesth. 2012;59(3):268-79. 20. Cavichio BV, et al. Tempo de cessação do tabagismo para a prevenção de complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(1):174-80.

A Nestlé Health Science está ativamente envolvida na pesquisa e desenvolvimento de Soluções Nutricionais para auxiliar nas situações clínicas, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.



NÃO CONTÉM GLÚTEN



Loja virtual da Nestlé:
www.nutricaoatevoce.com.br