



Recomendações atuais para a Terapia Nutricional na UTI

Terapia Nutricional

A terapia Nutricional deve ser considerada para todos os pacientes que permaneçam em UTI, principalmente por mais de 48 h.

Quando iniciar a dieta enteral?

A dieta enteral deve ser iniciada precocemente sempre que a ingestão oral não for possível, sendo recomendada pelo **ESPEN, 2019**, iniciar dentro de 48h em pacientes críticos. Porém, é orientado o início ainda mais precoce pela **ASPEN, 2016** e **BRASPEN, 2018** que recomendam o início da dieta enteral dentro de 24h a 48h defendendo ainda a preconização do uso da nutrição enteral sob a nutrição parenteral em pacientes críticos que necessitam de terapia nutricional.

A dieta enteral deve ser iniciada a uma taxa lenta (10–20 ml/h), monitorando os sintomas abdominais/gastrintestinais, e aumentando lentamente com a melhora dos sintomas. Em casos de intolerância ou novos sintomas, dependendo da gravidade e suspeita da patologia, a EN* deve ser continuada lentamente ou suspensa. (**ESICM, 2017**)

É recomendado pela **ESPEN, 2019**, que a nutrição enteral precoce e progressiva deve ser usada em pacientes sépticos após estabilização hemodinâmica. Para evitar superalimentação, a nutrição enteral e a nutrição parenteral plenas não devem ser usadas precocemente em pacientes críticos, mas devem ser prescritas em 3 a 7 dias.

Já no cenário de comprometimento ou instabilidade hemodinâmica, **ASPEN, 2016** orienta que a nutrição enteral deve ser suspensa até que o paciente esteja totalmente ressuscitado e/ou estável e que o início da nutrição enteral pode ser considerado com cautela em pacientes submetidos à retirada do suporte vasopressor.

Como é determinado o gasto calórico?

A CI (Calorimetria Indireta) é o método padrão ouro para a avaliação do gasto energético de repouso dos pacientes críticos. (**ASPEN, 2016; BRASPEN, 2018 e ASPEN, 2018**)

*Nutrição Enteral

O que fazer quando CI não estiver disponível?

Na ausência de CI, pode-se utilizar uma equação preditiva publicada ou simplista baseada no peso (25 Kcal/Kg por dia) para determinar a necessidade energética. **(ASPEN, 2016)**

O uso do VO₂ (consumo de oxigênio) do cateter arterial pulmonar ou VCO₂ (produção de dióxido de carbono) derivado do ventilador fornecerá uma melhor avaliação do gasto energético do que as equações preditivas. **(ESPEN, 2019)**

Porém, segundo a **BRASPEN, 2018**, equações preditivas são imprecisas para os pacientes críticos, podendo subestimar ou superestimar as suas necessidades energéticas. Na ausência da CI, as equações preditivas devem ser utilizadas com cautela.

Qual a meta calórica para o paciente?

ESPEN 2019

É recomendado nutrição hipocalórica na fase inicial da doença aguda (não superior a 70% do gasto energético).

Após o dia 3, a entrega calórica pode ser aumentada em até 80 a 100% do gasto energético.

BRASPEN 2018

É recomendado iniciar com oferta energética mais baixa (15 a 20 kcal/ kg/dia) e progredir para 25 a 30 kcal/kg/dia após o 4º dia de recuperação.

Caso disponha de CI, ofertar na fase inicial entre 50 e 70% do gasto energético aferido.

Para pacientes de baixo risco, tanto a utilização da nutrição hipocalórica/trófica quanto da plena podem ser realizadas.

Pacientes desnutridos prévios ou de alto risco nutricional não devem receber nutrição hipocalórica/ trófica, desde que exista tolerância gastrointestinal.

ESICM 2017

A nutrição enteral precoce que excede o gasto energético real parece prejudicial e deve ser evitada, enquanto a nutrição enteral precoce hipocalórica pode ser segura.

ASPEN 2016

Há orientação que pacientes com alto risco nutricional ou desnutridos devem alcançar a meta em 24h a 48 h, de acordo com a tolerância, monitorando a síndrome de realimentação.

Esforços devem ser feitos para fornecer > 80% da energia e proteína estimadas. Alimentação trófica (10 a 20 kcal/h ou até 500 kcal/d) na fase inicial da sepse, avançando conforme tolerado após 24 a 48 horas para > 80% da meta de energia na primeira semana.

Qual é a meta proteica do paciente?

ESPEN, 2019

1,3 g/Kg de proteína equivalente por dia podem ser administrados progressivamente.

ASPEN, 2016

Dose suficiente (alta) de proteínas, na faixa de 1,2-2,0 g/Kg de peso corporal real por dia.

BRASPEN, 2018

Entre 1,5 e 2 g/Kg/dia de proteína.

A escolha para terapia nutricional do paciente crítico, nas fases aguda e crônica.

Para a fase aguda da doença crítica: combinação única de proteínas e calorias para atingir a meta proteica, sem risco de overfeeding.

Normocalórico: 1,0Kcal/ml
Hiperproteico: 92g/L (100% whey protein)
Baixo teor de carboidratos: 29%
Osmolaridade: 266 mOsm/L de água



NÃO CONTÉM GLÚTEN



NÃO CONTÉM GLÚTEN

Hipercalórico: 1,5Kcal/mL
100% whey protein (68g/L)
80% TCM (do total de gordura)

Para a fase crônica da doença crítica.

Mais soluções nutricionais de NHS para paciente crítico.



NÃO CONTÉM GLÚTEN

Referências: 1. Singer P, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clin Nutr. 2019;38(1):48-79. 2. McClave SA, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) [published correction appears in JPEN. 2016;40(8):1200]. JPEN. 2016;40(2):159-211. 3. Castro MG, et al. Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente Grave. BRASPEN J. 2018;33(Supl 1):2-36. 4. Reintam Blaser A, et al. Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines. Intensive Care Med. 2017;43(3):380-98.