

CONFIRA A MATÉRIA EXCLUSIVA

concedida pela

**DRA. ROSA MARIA
GAUDIOSO CELANO**

para o Avante Nestlé,
onde ela responde
as principais dúvidas
de seus colegas de
profissão em relação a

**NUTRIÇÃO E DOENÇA
INFLAMATÓRIA INTESTINAL.**



A Dra. Rosa é graduada em Medicina, Especialista em Nutrologia-ABRAN com área de atuação em Nutrição Parenteral e Enteral pela SBNPE-BRASPEN. Além disso, é Mestre em Cirurgia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e palestrante. Como palestrante, pôde ao longo de sua trajetória esclarecer dúvidas de profissionais que atuam nessa área.

Junto ao Avante Nestlé e com o apoio de ModuLife®,
selecionamos 12 das dúvidas mais frequentes.

**CONFIRA A MATÉRIA A SEGUIR, ELABORADA
A PARTIR DESTA ENTREVISTA.**

1

Dra., no seu ponto de vista um paciente ao receber o diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal (DII) precisa passar por uma avaliação nutricional? Mesmo em ambiente hospitalar?

Muitos estudos epidemiológicos demonstram oscilações no intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo da DII, como por exemplo, no Registro Nacional de Doença Inflamatória Intestinal, feito pela Organização Brasileira de Doença de Crohn e Colite (GEDIIB) que mostrou um tempo de 3,85 anos. Já na pesquisa da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD), 26.7% levaram de 6 meses a 1 ano e 26.8% levaram menos de 6 meses.

Este intervalo compromete diretamente o estado nutricional, visto que o paciente limita sua ingestão alimentar por dor abdominal, diarreia, náuseas e vômitos, medo de comer, falha na prescrição nutricional, microbiota com disbiose acompanhada de alteração na permeabilidade e disabsorção, assim como efeitos adversos de medicamentos em uso. Outros aspectos não menos relevantes são a evolução crônica da doença associada a possíveis complicações que podem impactar também no desfecho nutricional.

Nas mais variadas publicações acerca da DII é possível notar que os pacientes ao longo da evolução da doença apresentam alteração no seu status nutricional, como por exemplo, na publicação feita pela ABCD, na 2ª Jornada do paciente com DII, que 41,0% dos entrevistados tiveram redução do peso e cerca de 38,3% tiveram ganho, no último ano devido à doença.

Em relação ao ganho de peso já citado, considerado como grave problema de saúde pública mundial, também se faz presente na DII, como foi demonstrado numa pesquisa em 2023, onde 15% a 40% dos pacientes são obesos nos países em desenvolvimento.

A triagem nutricional é uma ferramenta que a maioria das sociedades médicas e de nutrição recomendam, pois além de agregar valor de qualidade e segurança neste perfil de pacientes; é a partir dela que se definirá a necessidade de uma avaliação nutricional seguida de intervenção específica e individualizada.

REFERÊNCIAS:

Fiorino G; Danese S. Diagnostic Delay in Crohn's Disease: Time for Red Flags. Dig Dis Sci; 2016;3097-3098. Jornada do Paciente com DII 2017. Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. ABCD. Froes RSB, Andrade AR, Faria MAG et al. Clinical factors associated with severity in patients with inflammatory bowel disease in Brazil based on 2-year national registry data from GEDIIB. Sci Rep. 2024;14(1):4314. Jornada do Paciente com DII 2023. Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. ABCD. Magkios A, Strongylou DE, Gkikas k et al. Patient attitudes, perceptions, and beliefs on the role of diet and nutrition in inflammatory bowel diseases. A scoping review. Journal of Crohn's and Colitis; 2024; (18):1411-1413. Massironi S, Viganò C, Palermo A et al. Inflammation and malnutrition in inflammatory bowel disease. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2023; 579-590. Kim JH, Oh CM, Yoo JH. Obesity and novel management of inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2023; 1779-1794. Second Brazilian Consensus on the Management of Crohn's disease in adults: a consensus of the Brazilian Organization for Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB, 2022). Bischoff SC, Bager P, Escher J et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition. 2023; 352-379. Lomer MCE; Wilson B; Wall CL. British Dietetic Association consensus guidelines on the nutritional assessment and dietary management of patients with inflammatory bowel disease. J Hum Nutr Diet. 2023; 36:336-377. Hashash JG, Elkins J, Lewis JD et al. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. Gastroenterology 2024;166: 521-532.

2

Com relação às características do paciente, como poderia descrever o fenótipo da doença no momento do diagnóstico? E no momento da avaliação? Isso pode impactar para a decisão na conduta nutricional?

Vale comentar que a Doença de Crohn (DC) pode acometer qualquer parte do trato gastrointestinal, da boca ao ânus, no entanto, frequentemente os segmentos do íleo terminal e cólon são os mais acometidos.

O quadro clínico vai depender da região comprometida e do fenótipo predominante da doença, que pode ser: inflamatória, estenosante ou penetrante. Já a retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) se limita ao acometimento do cólon e reto, onde a diarreia é uma das principais queixas.

Por isso, a avaliação nutricional dependendo do momento em que se encontra o paciente, o tipo e tempo de sintomas, localização da doença, extensão comprometida, gravidade do quadro, presença ou não de complicações como estenose, fístulas, abscessos; as repercussões clínicas da doença poderão interferir no tipo de escolha do melhor tratamento pela equipe da Nutrição, sendo a conduta nutricional voltada para atender as necessidades do momento e dar o seguimento apropriado.

REFERÊNCIAS:

Martins AL, Volpato RA, Zago-Gomes MP. The prevalence and phenotype in Brazilian patients with inflammatory bowel disease. BMC Gastroenterology. 2018;18:87. Massironi S et al. Inflammation and malnutrition in inflammatory bowel disease. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2023; 579-590. El-Matary W, Carroll MW, Deslandres C et al. The 2023 Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: Special Populations—Children and Adolescents with IBD. Journal of the Canadian Association of Gastroenterology. 2023; 6, S35-S44. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, et al. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. Gut. 2006;55(6):749-53. Bechara CS, Filho AL, Ferrari MLA et al. Montreal classification of patient operated for Crohn's disease and identification of surgical recurrence predictors. Rev. Col. Bras. Cir. 2015; 42(2):97-105. Hashash JG, Elkins J, Lewis JD et al. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. Gastroenterology 2024;166: 521-532.

3

A Dra. vê algum impacto da nutrição nas DIIs?

Embora ainda não se tenha a etiologia exata da DII, sabe-se que a nutrição é um fator de risco envolvido na gênese da doença, por meio do tipo de aleitamento, perfil de dieta ingerida ao longo da vida, do impacto da alimentação na microbiota intestinal e na resposta imune. Atua também como possível gatilho das crises, na prevenção e tratamento, seja na fase ativa como de remissão.

Disto isto, a desnutrição está associada a resultados ruins, incluindo aumento do número de visitas às unidades de urgência e emergência, aumento no número e tempo de hospitalizações, cirurgias não eletivas, risco para infecções, piora da resposta imune e da cicatrização, complicações pós-operatórias, resposta reduzida à terapia medicamentosa, queda na capacidade funcional, na qualidade de vida e maior mortalidade.

Ao se avaliar, por exemplo, o estudo STRIDE II, que tem como objetivos de longo prazo mais importantes: remissão clínica, cicatrização endoscópica, restabelecimento da qualidade de vida e ausência de incapacidade, não há dúvidas do impacto e importância da nutrição na DII.

REFERÊNCIAS:

Jablonska B and Mrowiec S. Nutritional Status and Its Detection in Patients with Inflammatory Bowel Diseases. *Nutrients*. 2023; 20:15(8):1991. Massironi S et al. Inflammation and malnutrition in inflammatory bowel disease. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023; 579-590. Bischoff SC, Bager P, Escher J et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*. 2023; 352-379. Hashash JG et al. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. *Gastroenterology*. 2024;166: 521-532. Williams DGA, Molinger J, Wischmeyer PE. The malnourished surgery patient: a silent epidemic in perioperative outcomes? *Curr Opin Anaesthesiol*. 2019; 32(3):405-411. Brennan GT, Ha I, Hogan C, et al. Does preoperative enteral or parenteral nutrition reduce postoperative complications in Crohn's disease patients: a meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2018; 997-1002. Macedo da Silva SI, Cambi CMP, Magro DO et al. Perioperative Nutritional Optimization in Inflammatory Bowel Diseases: When and How? *J Coloproctol* 2021;41(3): 295-300. Yamamoto T, Shimoyama T, Umegae S, Kotze PG. Impact of preoperative nutritional status on the incidence rate of surgical complications in patients with inflammatory bowel disease with vs without preoperative biologic therapy: A case-control study. *Clin Transl Gastroenterol* 2019; 10(6):e00050. Turner D, Ricciuto A, Lewis A et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021 Apr;160(5):1570-1583.



4

Existe alguma dieta para DII?

Ainda não há uma “dieta oral específica para DII” que possa ser considerada padrão ouro para promover a remissão em pacientes com doença ativa, principalmente, devido à alta heterogeneidade dos dados e das dietas avaliadas pela literatura.

Mas, isto não exclui a indicação do profissional da nutrição para que as necessidades individuais de cada paciente, intolerâncias específicas, capacidade de absorção do trato gastrointestinal, perfil nutricional, inflamatório, metabólico e fase do tratamento possam ser definidas de forma mais assertiva.



Infelizmente, as orientações sobre dieta são frequentemente controversas e fonte de dúvidas para médicos, pacientes e familiares. Geralmente, recomenda-se uma dieta saudável e equilibrada de estilo mediterrâneo, rica em variedade de frutas e vegetais frescos, carboidratos complexos, gorduras monoinsaturadas e proteínas magras, pobre em açúcar adicionado, sal, carnes vermelhas e alimentos ultraprocessados.

A **Dieta Mediterrânea** quando comparada à ocidental apresenta efeitos opostos na composição da microbiota intestinal com consequentes modificações na produção de ácidos graxos de cadeia curta, além de ser associada com maior longevidade e redução da incidência de doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à idade.

Não se pode esquecer da **hidratação correta aos pacientes**, pois há muita preocupação especificamente com alimentos e a água, que também é um fator relevante, usualmente é preterida nos cuidados nutricionais.

Dietas do tipo: carboidratos específicos, paleolíticos, oligo-, di- e monossacarídeos e polióis de baixa fermentação (FODMAPs), anti-inflamatória, sem carragenina, sem lactose, pobre em carne vermelha, vegetariana e/ou enriquecidas com ômega-3, na fase ativa ou na indução de remissão, ainda precisam de mais estudos.

A dieta pobre em FODMAPs pode amenizar os sintomas em pacientes com DII com baixa ou nenhuma atividade da doença, particularmente naqueles com Síndrome do Intestino Irritável (SII) concomitante.

A **Dieta de Exclusão da Doença de Crohn (DEDC)** é uma dieta alimentar proposta para reduzir a exposição aos componentes dietéticos que são potencialmente inflamatórios, com impacto negativo na microbiota intestinal, na resposta imunitária e na barreira intestinal.

A DEDC associada à Nutrição Enteral Parcial (NEP) do tipo polimérica com TGF- β 2 é subdividida em 3 fases. A primeira fase (semanas 0-6) é altamente restritiva, excluindo todos os ingredientes potencialmente desencadeantes como aqueles com alto teor de gordura e de açúcar, laticínios, aditivos artificiais e emulsificantes e ao mesmo tempo enfatiza o consumo de fontes de proteína de alta qualidade (frango e ovos), batata e frutas como banana e maçã. A segunda fase (semanas 6-12) permite a introdução gradual de componentes anteriormente restritos como glúten, carne vermelha, feijão e óleo de peixe. A terceira fase (a partir da semana 13, por tempo indeterminado), possui uma abordagem mais individualizada, de forma sustentável e considerando caso a caso.

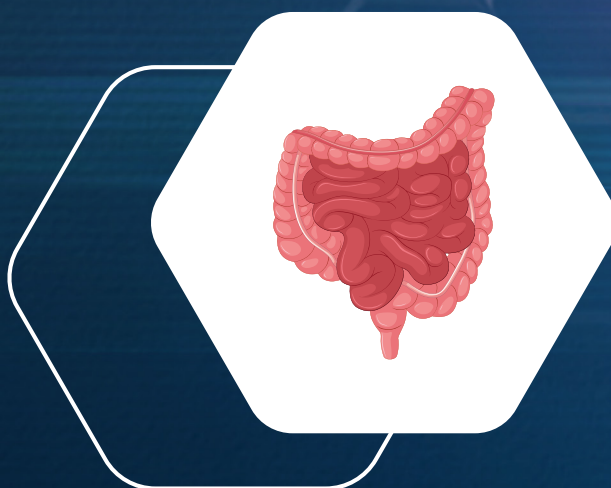
A DEDC + NEP demonstrou melhor tolerância do que a nutrição enteral exclusiva (NEE), resultando em maiores taxas de adesão, portanto, parece ser uma alternativa viável para a indução e manutenção da remissão na doença ativa tanto para crianças como para adultos com Doença de Crohn leve à moderada, além do que pode ser usada como tratamento de resgate para pacientes com Doença de Crohn que falharam na terapia biológica.

Na doença grave, fenótipos complicados ou com envolvimento extraintestinal, a DEDC deve ser considerada caso a caso, de acordo com o critério do médico e da nutricionista. Mais estudos são necessários para avaliar a eficácia em diferentes cenários.

Por fim, a implementação de estratégias nutricionais para o manejo da DII será individualizada, podendo ser indicada uma dieta oral associada à suplementação, dieta de exclusão com nutrição enteral parcial, nutrição enteral exclusiva, nutrição parenteral ou associação de vias.

REFERÊNCIAS:

Boneh RS, Westoby C et al. The Crohn's Disease Exclusion Diet: A Comprehensive Review of Evidence, Implementation Strategies, Practical Guidance, and Future Directions. *Inflamm Bowel Dis.* 2023;1-15. Correia I et al. Is There Evidence of Crohn's Disease Exclusion Diet (CDED) in Remission of Active Disease in Children and Adults? A Systematic Review. *Nutrients.* 2024, 1-20. Bischoff SC, Bager P, Escher J et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition;* 2023. 352-379. Hashash JG et al. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. *Gastroenterology* 2024;166: 521-532. Gerasimidis K, et al. Current recommendations on the role of diet in the aetiology and management of IBD. *Frontline Gastroenterology.* 2022; 13:160-167. Dominguez LJ et al. Impact of Mediterranean Diet on Chronic Non-Communicable Diseases and Longevity. *Nutrients.* 2021, 13:2028. DEHYDRATION. Crohn's & Colitis UK. www.crohnsandcolitis.org.uk. Edition 6 Last review: 2023.



5

E sobre fórmulas enterais e orais, optar por poliméricas ou oligoméricas? Quando, qual e como?

Quando a alimentação oral exclusiva não for suficiente para atender a demanda metabólica, a suplementação oral ou via enteral serão indicadas. O tipo de fórmula mais prescrita na maioria das vezes é do tipo polimérica. Porque, considerando as evidências científicas, o grau de hidrólise da proteína em si não demonstrou superioridade para melhorar o estado nutricional ou contribuir para ação anti-inflamatória de pacientes que não apresentam intolerância gastrointestinal.

Outro ponto favorável é que a dieta polimérica tem melhor aceitação devido à palatabilidade com melhor adaptação intestinal, contribuindo para o estímulo da microbiota intestinal, aumento da atividade anti-inflamatória, promoção e manutenção da função de barreira intestinal, com menor risco de disbiose.

Já as do tipo oligomérica são indicadas para manejo nutricional em situações clínicas específicas, como:



pacientes graves com intolerância gastrointestinal



jejum prolongado com síndrome de realimentação



diarreia grave



quadros de desmame de Nutrição Parenteral exclusiva

É importante enfatizar que o uso de fórmulas oligoméricas, a longo prazo, não oferece benefícios clínicos comprovados em populações de doenças crônicas ambulatoriais.

Sabe-se que as dietas oligoméricas apresentam uma palatabilidade menor, já que o sabor residual da proteína hidrolisada sobressai, o que pode interferir na aceitação oral e gerar maior necessidade de passagem de um dispositivo enteral.

A Nutrição Enteral exclusiva é usada como primeira opção como aliada para induzir a remissão em crianças e adolescentes com DC ativa leve a moderada. Nos adultos, no entanto, os efeitos são inferiores ao tratamento medicamentoso e, portanto, não é recomendado como primeira opção, mas isso não exclui o uso em casos selecionados de pacientes que não toleram o tratamento medicamentoso ou que o recusam. A terapia nutricional também pode ser eficaz em pacientes desnutridos antes de serem submetidos à cirurgia eletiva para a Doença de Crohn, para otimizar o estado nutricional e reduzir complicações pós-operatórias.

Muitas publicações demonstram benefícios no uso de Nutrição Enteral Exclusiva (NEE) na Doença de Crohn com fórmula polimérica enriquecida com TGF- β 2, e mais evidências apontam desfechos clínicos favoráveis com a Dieta de Exclusão da Doença de Crohn (DEDC) associada ao uso de Nutrição Enteral Parcial com fórmula polimérica com TGF- β 2, sendo alternativa à Nutrição Enteral Exclusiva em pacientes adultos e pediátricos com doença leve a moderada para indução de remissão, assim como para pacientes que não obtiveram sucesso com a terapia biológica.

REFERÊNCIAS:

Bischoff SC, Bager P, Escher J et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*. 2023; 352-379. Elizabeth A. Reznikov and David L. Suskind. Current Nutritional Therapies in Inflammatory Bowel Disease: Improving Clinical Remission Rates and Sustainability of Long-Term Dietary Therapies. *Nutrients*. 2023; 15, 668. Hashash JG et al. AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. *Gastroenterology* 2024;166: 521-532. Gerasimidis K, et al. Current recommendations on the role of diet in the aetiology and management of IBD. *Frontline Gastroenterology*. 2022; 13:160-167. Ferreira TMR, et al. Effect of Oral Nutrition Supplements and TGF- β 2 on Nutrition and Inflammatory Patterns in Patients With Active Crohn's Disease. *Nutr Clin Pract*. 2020;35(5):885-893. Budd GR et al. The effect of polymeric formula on enterocyte differentiation. *Innate immunity*. 2017; 23(3).



6

Componentes da dieta/alimentação podem interferir na permeabilidade da barreira intestinal?

É sabido que a alimentação desempenha um papel na modulação da permeabilidade intestinal. Alguns componentes podem afetar negativamente a barreira intestinal, podendo induzir à disbiose, aumentar a permeabilidade do epitélio intestinal e/ou interagir diretamente com o sistema imunológico.

O padrão alimentar das pessoas vem mudando nas últimas décadas com aumento do consumo de alimentos com grandes quantidades de açúcar, gorduras saturadas, sal e baixas quantidades de proteína, fibras, vitaminas e minerais.

Além disso, ingredientes e aditivos não nutricionais, como conservantes, estabilizadores e espessantes, emulsificantes como carboximetilcelulose, adoçantes artificiais e corantes têm sido relacionados ao surgimento de problemas de saúde, incluindo inflamação crônica e a DII representada pela doença de Crohn tem a associação mais forte. Portanto, é sensato aconselhar aos pacientes com DII a redução na ingestão de alimentos processados.

REFERÊNCIAS:

Bischoff SC, Bager P, Escher J et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition. 2023; 352-379. Vissers E; Wellens J; Sabino J. Ultra-processed foods as a possible culprit for the rising prevalence of inflammatory bowel diseases. Front Med (Lausanne).2022; 1-11.

7

Sabemos que o tema: probióticos, glutamina, ômega 3, glúten, lactose são muito comentados, como conduzir?

PROBIÓTICOS

Mesmo com os seus benefícios já estabelecidos, ainda não são recomendados para o tratamento da Doença de Crohn, nem na fase ativa, nem para prevenção de recidiva na fase de remissão ou recorrência pós-operatória da doença. Em pacientes com colite ulcerativa, pode ser uma alternativa à terapia padrão com ácido 5-aminossalicílico (5-ASA) caso este não seja tolerado para o tratamento de doença ativa leve ou moderada. Na bolsite, podem ser considerados para prevenção da inflamação.

REFERÊNCIAS:

Second Brazilian Consensus on the Management of Crohns disease in adults: a consensus of the Brazilian Organization for Crohns Disease and Colitis (GEDIIB). Bischoff SC, Bager P, Escher J et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition. 2023; 352-379.

GLUTAMINA

Até os dias atuais, não houve efeito comprovado no curso da doença, nas medidas antropométricas, permeabilidade e morfologia intestinal, atividade da doença, sintomas intestinais, parâmetros bioquímicos, estresse oxidativo e marcadores de inflamação em pacientes com DII, independentemente da via de administração, seja prescrita em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Isto se deve provavelmente à controvérsia sobre os efeitos, possivelmente devido à variabilidade nas doses e vias de administração, no tamanho das amostras e nos vieses encontrados em diferentes ensaios clínicos.

REFERÊNCIAS:

Severo JS, Silba Barros JV, Alves da Silva AC et al. Effects of glutamine supplementation on inflammatory bowel disease: A systematic review of clinical trial. Clinical Nutrition. 2021; 53-60. Bischoff SC, Bager P, Escher J et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition. 2023; 352-379. Akobeng AK, Elawad M, Gordon M. Glutamine for induction of remission in Crohn's disease. Database Syst Rev. 2016; 1-17.

ÔMEGA-3

Mesmo com efeitos anti-inflamatório, imunológico e na microbiota intestinal cientificamente comprovados, há ainda controvérsia sobre os efeitos na DII, possivelmente devido à variabilidade nas doses e vias de administração, no tamanho das amostras e nos vieses encontrados em diferentes ensaios clínicos.

REFERÊNCIAS:

Laing BB et al. Effects of an Omega-3 and Vitamin D Supplement on Fatty Acids and Vitamin D Serum Levels in Double-Blinded, Randomized, Controlled Trials in Healthy and Crohn's Disease Populations. Nutrients. 2020; 12(4), 1139. Ajabnoor SM, Thorpe G, Abdelhamid A, Hooper L. Long-term effects of increasing omega-3, omega-6 and total polyunsaturated fats on inflammatory bowel disease and markers of inflammation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Eur J Nutr. 2021;60(5):2293-2316. Bischoff SC, Bager P, Escher J et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition. 2023; 352-379. Yan D, Ye S, He Y et al. Fatty acids and lipid mediators in inflammatory bowel disease: from mechanism to treatment. Front Immunol. 2023;1-21.

GLÚTEN

Até o momento, não há evidências consistentes que apoiem a restrição do glúten em pacientes com DII na ausência de diagnóstico de doença celíaca ou suspeita de sensibilidade ao glúten. Não há comprovação do glúten como fator de risco para o desenvolvimento de DII, mesmo em indivíduos com predisposição genética. Os sintomas associados ao glúten são mais comuns entre os pacientes com Doença de Crohn estenosante ou mais grave e doença ativa.

REFERÊNCIAS:

Lopes EW, Lebowitz B, Burke KE et al. Dietary gluten intake is not associated with risk of inflammatory bowel disease in US adults without celiac disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022; 20(2): 303-313. Levine A, et al. Dietary Guidance From the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2020; 18:1381-1392. Jiang Y, Jarr K, Layton C, et al. Therapeutic Implications of Diet in Inflammatory Bowel Disease and Related Immune-Mediated Inflammatory Diseases. Nutrients 2021, 13, 890.

LACTOSE

Não há relação entre o seu consumo e o risco de desenvolvimento de DII. A atividade da doença pode afetar a digestão da lactose em alguns pacientes, em particular nos com envolvimento do intestino delgado. Há evidências sugestivas de que os laticínios podem ter benefícios na DII, por resultarem em aumento da microbiota intestinal, assim sendo, a restrição total pode ter impacto desfavorável. A maioria das pessoas intolerantes à lactose pode ingerir até 12 g de lactose/dia (250 ml de leite) sem apresentar sintomas adversos.

Até os dias atuais, não houve efeito comprovado no curso da doença, nas medidas antropométricas, permeabilidade e morfologia intestinal, atividade da doença, sintomas intestinais, parâmetros bioquímicos, estresse oxidativo e marcadores de inflamação em pacientes com DII, independentemente da via de administração, seja prescrita em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Isto se deve provavelmente à controvérsia sobre os efeitos, possivelmente devido à variabilidade nas doses e vias de administração, no tamanho das amostras e nos vieses encontrados em diferentes ensaios clínicos.

Portanto, naqueles pacientes sabidamente intolerantes é aconselhável durante a fase ativa da doença evitar alimentos lácteos a fim de não piorar a sintomatologia.

É fato de que mesmo não tendo sido correlacionada com a exacerbação da doença, alguns pacientes experimentaram alívio sintomático após uma dieta isenta de lactose, de baixa fermentação, oligo-, di-, monossacarídeos e polióis (FODMAP), assim como sem glúten, na fase ativa da doença. Importante respeitar e considerar o relato dos pacientes na condução do tratamento.

Na pesquisa da ABCD em 2023, 80,4% dos pacientes alteraram seu padrão alimentar com retirada de alguns alimentos após o diagnóstico.

REFERÊNCIAS:

Jornada do Paciente com DII 2023. Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. ABCD. Is dairy foods restriction mandatory for inflammatory bowel disease patients: a multinational cross-sectional study. Pezhman Alavinejad, Morteza Nayeibi Abasar P, Farnaz F. Arq Gastroenterol. 2022; 59(3):358-364. Bischoff SC, Bager P, Escher J et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition. 2023; 352-379. Szilagyi A, et al. Systematic review and meta-analysis of lactose digestion, its impact on intolerance and nutritional effects of dairy food restriction in inflammatory bowel diseases. Nutrition Journal. 2016; 15:67. Grace L. Su, Cynthia W.Ko, Bercik P et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Role of Probiotics in the Management of Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2020; 159:697-705.

8

Paciente DII em perioperatório pode se beneficiar de uma intervenção nutricional?



Citando a publicação de Wischmeyer de 2018, 2 em cada 3 pacientes que vão ser submetidos à cirurgia do Trato Gastrointestinal (TGI) **estão desnutridos no momento da cirurgia.**



Apenas 1 em cada 5 hospitais aplica triagem nutricional na admissão hospitalar.



Apenas 1 em cada 5 pacientes recebe alguma intervenção nutricional no pré-operatório.



O risco de complicações se desnutrido no momento da cirurgia é 3 vezes maior e 5 vezes maior a chance de ir a óbito quando comparados aos bem nutridos.



3 em cada 4 cirurgiões acreditam que a nutrição perioperatória reduz complicações pós-operatórias.



Cada 1 dólar gasto com Terapia Nutricional em pacientes hospitalizados economiza-se 52 dólares nos custos hospitalares.

A intervenção cirúrgica apresenta desafios, especialmente em casos de emergência, sendo as complicações pós-operatórias, uma grande preocupação. Uma ferramenta desenvolvida pela Universidade de Duke e proposta no artigo de Gillis e Wischmeyer, é o PONS (PeriOperative Nutrition Score), que tem como objetivo identificar o risco de desnutrição e direcionar para um programa de otimização nutricional para pacientes em risco de desnutrição perioperatória.

Pacientes desnutridos são beneficiados com terapia nutricional pré-operatória hiperproteica (sempre que possível) durante 7-14 dias, reposição de vitamina D para aqueles com deficiência comprovada, imunonutrição de 5 a 7 dias imediatamente antes da cirurgia, abreviação do jejum por ingestão de carboidratos e/ou proteínas de 2 a 3 horas antes da indução anestésica, conforme os programas multimodais para cuidados perioperatórios, como o ERAS e o ACERTO. Já no pós-operatório, seguem com a manutenção da imunonutrição por 5 a 7 dias, e mantém-se após o procedimento, com suplementação hiperproteica na recuperação pós-operatória tardia.

REFERÊNCIAS:

Wischmeyer P; Carli F; Evans DC et al. American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative Joint Consensus Statement on Nutrition Screening and Therapy Within a Surgical Enhanced Recovery Pathway. *Anesth Analg*. 2018; 1883-1895. Gillis C, Wischmeyer PE. Pre-operative nutrition and the elective surgical patient: why, how and what? *Anaesthesia*. 2019; 27-35. Aguilár-Nascimento JE. ACERTO: Acelerando a Recuperação Total Pós - Operatória. 4th ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2020. 0-512 p. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World J Surg*. 2019;43(3):659-95. Mowlah RK, Solder J. Risk and management of post-operative infectious complications in inflammatory bowel disease: A systematic review. *World J Gastrointest Surg*. 2023 15(11): 2579-2595. Bak M et al. Imaging-based preoperative body composition is associated with the risk of postoperative complications and postoperative endoscopic recurrence in patients with Crohn's disease. 2024. *Journal of Crohn's and Colitis* 18:i1521-i1522.

9

Ao seu ver, a abordagem na internação hospitalar tem características diferentes da ambulatorial?

Os dados sugerem que a desnutrição afeta uma grande parcela dos pacientes com doença inflamatória intestinal (DII), estimada em 65-75% dos pacientes com Doença de Crohn e em 18-62% dos pacientes com colite ulcerativa.

A assistência nutricional se faz necessária tanto em ambiente ambulatorial quanto hospitalar. Têm-se estudos mostrando o impacto da alteração do estado nutricional de até 70% em portadores de DII quando internados, dependendo do fenótipo e tipo de complicações presentes e de até 30% em atendimento ambulatorial.

Numa revisão sistemática com análise temporal das taxas de hospitalização por DII em todo o mundo no século XXI estratificados pelo estágio epidemiológico de uma região: prevalência composta (estágio 3) na América do Norte, Europa Ocidental e Oceania versus aceleração da incidência (estágio 2) na Ásia, Europa Oriental e América Latina versus emergência (estágio 1) nos países em desenvolvimento.



As taxas de hospitalização por DII estão a estabilizar nos países na fase 3, enquanto os países recentemente industrializados na fase 2 têm taxas de hospitalização rapidamente crescentes, contribuindo para uma carga crescente nos sistemas de saúde globais.

As taxas de hospitalização da DII podem impactar na qualidade de vida, no comprometimento da produtividade no trabalho e aumento dos custos ao sistema de saúde.

REFERÊNCIAS:

Scaldeferri F, Pizzoferrato M, Lopetuso LR et al. Nutrition and IBD: Malnutrition and/or Sarcopenia? A Practical Guide. *Gastroenterol Res Pract.* 2017; 1-11. Michael J. Buie, Joshua Quan, Joseph W. Windsor, Stephanie Coward, Tawnya M. Hansen, James A. King. Global Hospitalization Trends for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in the 21st Century: A Systematic Review With Temporal Analyses. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2023; 21:2211-2221. Santos LAA, Dorna MS, Vulcano DSB et al. Nutrition therapy in inflammatory bowel diseases: review article. *Nutrire.* 2015 Dec;40(3):383-396.

10

Gravidade da doença deve ser um critério de exclusão na intervenção nutricional?

Pelo contrário. Na gravidade da doença, o estado nutricional pode estar mais comprometido e uma intervenção nutricional deverá ser imposta o mais precocemente possível, excetuando nos casos de instabilidade hemodinâmica, quando comprovada.

Neste perfil, é prudente lembrar do risco da síndrome de realimentação, complicação esta, que ocorre após jejum prolongado em desnutridos, debilitados, com perda de peso acentuada, baixa aceitação alimentar, hipoalbuminemia, alterações eletrolíticas ou após processos catabólicos graves, geralmente nas primeiras 72 horas, após o início da dieta oral, enteral ou parenteral.

REFERÊNCIAS:

Da Silva JSV; Seres DS, Sabino K. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. Nutr Clin Pract. 2020;(2):178-195. Castro MG, Ribeiro PC, de Matos LBN et al. BRASPEN Guideline for Nutritional Therapy in the Critically Ill Patient. BRASPEN J. 2023;2-46.

11

No monitoramento devemos solicitar análise sobre o perfil de vitaminas e oligoelementos? Em que momento?

A prevalência relatada de deficiências de micronutrientes decorrente da perda intestinal por diarreia, má absorção, ingestão dietética inadequada devido à anorexia que acompanha a atividade da doença e efeito adverso de medicamentos, varia amplamente na literatura de 20 a 80%, provavelmente refletindo a heterogeneidade nas populações estudadas e falta de padronização das ferramentas usadas na triagem. Há correlação com o tempo do início dos sintomas e o diagnóstico, curso da evolução da doença, acesso e aderência ao tratamento.

Os níveis séricos podem aumentar ou diminuir, como parte da resposta inflamatória, por exemplo, a ferritina aumenta, mas folato e zinco diminuem na inflamação. Além disso, déficits podem estar presentes mesmo em indivíduos aparentemente bem nutridos, portanto, requerem ser examinados inclusive na fase de remissão, e déficits específicos devem ser adequadamente corrigidos.

Pacientes com DII, com doença ativa, sob tratamento com corticosteroides ou com suspeita de hipovitaminose D, devem ser monitorados quanto ao nível sérico de 25(OH) vitamina D e, se necessário, suplementação de cálcio/vitamina D deverá ser prescrita para prevenção de osteopenia, osteoporose e sarcopenia. Os suplementos de vitamina D estão disponíveis em diferentes formas de administração.

A reposição e via de administração devem ser adaptadas às características dos pacientes, como idade, IMC, gravidade da deficiência, comorbidade associada, etnia, exposição à luz solar e uso de outros medicamentos. A reposição diária parece ser mais eficaz e benéfica para melhorar os níveis, mas dosagens com intervalos mais longos devem ser propostos para aqueles com baixa adesão diária. O perfil do ferro também, já que a anemia é considerada a manifestação extraintestinal mais frequente da DII.



As principais formas de anemia são decorrentes da deficiência de ferro, de doença crônica ou de origem mista.



Para pacientes em remissão ou doença leve, são sugeridas dosagens do perfil do ferro a cada 6–12 meses. Naqueles com doença ativa, repetir a cada 3 meses.

Pacientes com doença ileal extensa ou cirurgia ileal prévia (ressecção ou bolsa ileal), com macrocitose devem ser monitorados quanto à deficiência de vitamina B12 e ácido fólico. A dose e via precisam ser ajustadas de acordo com a gravidade dos sintomas e a causa da deficiência.

A medição de zinco deve ser feita em pacientes com aumento de perdas gastrointestinais. A via de administração poderá ser oral, enteral e/ou parenteral, dependendo da capacidade absorptiva. É considerado como um preditor potencial do curso da doença.

No caso de uso de medicamentos que interfiram na absorção de micronutrientes a dosagem se faz necessária do micronutriente envolvido, por exemplo o corticoide e a Vitamina D.

REFERÊNCIAS:

Berger MM, Alan Shenkin A, Schweinlin A et al. ESPEN micronutrient guideline. Clinical Nutrition. 2022; 1357-1424. McDonnell M; Sartain S; Westoby C et al. Micronutrient Status in Adult Crohn's Disease during Clinical Remission: A Systematic Review. Nutrients. 2023; 14:15(22):4777. Goodhand JR et al. Iron deficiency anaemia and quality of life in Inflammatory Bowel Disease: Prospective cohort study of ferric derisomaltose on quality of life and work productivity in patients with IBD. Journal of Crohn's and Colitis. 2024. Consensus Statement on Vitamin D Status Assessment and Supplementation: Whys, Whens, and Hows. Endocrine Reviews. 2024; 1–30. Gold SL; Rabinowitz LG; Manning L et al. High Prevalence of Malnutrition and Micronutrient Deficiencies in Patients With Inflammatory Bowel Disease Early in Disease Course. 2023; 29(3):423-429. Gordon H, Burisch J, Ellul P et al. ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. Journal of Crohn's and Colitis. 2024; (18): 1–37. Obeid R, Andr  s E, Ceska R, et al. Diagnosis, Treatment and Long-term Management of Vitamin B12 Deficiency in Adults: A Delphi Expert Consensus. J. Clin. Med. 2024; 13:2176. Gioxari A, Amerikanou C, Papada E. Serum Vitamins D, B9 and B12 in Greek Patients with Inflammatory Bowel Diseases. Nutrients. 2020; 12(12):3734. Ao M, Tsuji H, Shide K et al. High prevalence of vitamin B-12 insufficiency in patients with Crohn's disease. J Clin Nutr 2017; 26(6):1076-1081. Vernia F, et al. Vitamin D in Inflammatory Bowel Diseases. Mechanisms of Action and Therapeutic Implications. Nutrients 2022. 14(2), 269.

12

Dra., e para finalizarmos, para aqueles profissionais que não tem em sua equipe um profissional da nutri  o, como devo agir? O que priorizar?



Se olharmos os resultados da 2   Jornada do Paciente com DII, feita em 2023 e publicada em maio de 2024, dos 3.554 participantes, 83% gostariam de um atendimento multidisciplinar e 58,6% relataram insatisfeitos com seu tratamento atual. Do total, 42,8% não tiveram acesso a outros profissionais que não o médico para tratamento da DII.

Nos dados apresentados no estudo epidemiológico avaliando pacientes da rede pública de 2012 a 2020, houve um aumento da prevalência das DII, principalmente no sul e sudeste, dados esses similares aos encontrados, na pesquisa da ABCD de 2023. Esses resultados denotam a importância dos profissionais da saúde, principalmente os médicos estarem atentos ao risco para DII (mesmo porque deixou de ser considerada doença rara no Brasil, desde 2020), sendo capacitados para o diagnóstico no tempo mais precoce para não perder a janela terapêutica e mitigar complicações.

Neste contexto, outro ponto que merece destaque é que **cerca de 75,1% da população brasileira é atendida no sistema público e 24,9% na rede privada**. Essa informação é crucial pois a grande maioria buscará atendimento na atenção primária e os profissionais da saúde precisam ficar atentos para a possibilidade da DII e que o risco nutricional faz parte da abordagem clínica dessa população.

Por fim, muitas vezes não há o profissional da nutrição disponível de imediato no serviço, noutras, o paciente tem dificuldades de acesso, ou o plano de saúde não contempla, ou o paciente se recusa. Isso traduz na responsabilidade do médico conduzir os cuidados nutricionais por conta própria. Importante que, após o diagnóstico feito, uma ferramenta de triagem e avaliação nutricional mínima sejam aplicadas para que alterações possam ser detectadas, corrigidas para impactar menos em complicações, orientações corretas sejam dadas, visto que a DII provoca no paciente e familiar muita dúvida frente à nutrição e compromete diretamente na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS:

Jornada do Paciente com DII 2023. Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. ABCD. A B Quaresma, A O M C Damiao, C S R Coy, D O Magro, D A Valverde, R Panaccione, S B Coward, S C Ng, G G Kaplan, P G Kotze, DOP41 Temporal Trends in the epidemiology of Inflammatory Bowel Diseases in the public healthcare system in Brazil: A large population-based study, Journal of Crohn's and Colitis, Volume 15, Issue Supplement_1, May 2021, Pages S079-S080, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/ijab073.080>. Wark G et al. The Role of Diet in the Pathogenesis and Management of Inflammatory Bowel Disease: A Review. Nutrients 2021, 13, 135. Liu C et al. Effect of Dietary Patterns on Inflammatory Bowel Disease: A Machine Learning Bibliometric and Visualization Analysis. Nutrients 2023, 15, 3442.

FONTE: <https://iess.org.br>



NHS24.0903

Acompanhe as novidades nas redes sociais:



AvanteNestlé



avantenestlebr



AvanteNestléBR



ModuLife Expert

Serviço de atendimento ao profissional de saúde: 0800-770-2461. Para solucionar dúvidas, entre em contato com seu representante. Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a distribuição aos consumidores

