



**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

## INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HÉRNIA INGUINAL: ESTUDO DE CASO<sup>1</sup>

**Viviane Spanenberg Boff<sup>2</sup>, Valéria Bortolotti<sup>3</sup>, Adriane Huth<sup>4</sup>, Karina Ribeiro Rios<sup>5</sup>.**

<sup>1</sup> Estudo de caso clínico realizado durante o Estágio Curricular de Nutrição Clínica – UNIJUI.

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Nutrição do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI, vivi\_boff@hotmail.com.

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Nutrição do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI, val.bortolotti@hotmail.com

<sup>4</sup> Nutricionista. Professora Mestre do Departamento de Ciências da Vida; Curso de Nutrição – UNIJUI, adriane.huth@unijui.edu.br

<sup>5</sup> Nutricionista. Professora Mestre do Departamento de Ciências da Vida; Curso de Nutrição – UNIJUI, karina.rios@unijui.edu.br

**Resumo:** Trata-se de um estudo de caso realizado com paciente do sexo masculino, hospitalizado para recuperação de cirurgia abdominal por laparotomia e enterorrafia, para correção de hérnia inguinal encarcerada. Este estudo tem como objetivo descrever a terapia nutricional relacionada às patologias advindas do pós-operatório tardio, propondo intervenção nutricional para melhora do quadro clínico. Pelo fato de ser intervenção cirúrgica de urgência, as complicações pós-operatórias são frequentes, o que justifica o fato de aprofundamento teórico e intervenção nutricional precoce. A terapia nutricional busca o bem estar físico e emocional do paciente, através da seleção dos alimentos que contenham os nutrientes adequados às necessidades de cada indivíduo, tendo como principal finalidade a manutenção ou recuperação do estado nutricional.

**Palavras-chave:** nutrição; terapia e acompanhamento nutricional; cirurgia.

### Introdução

A obstrução intestinal é uma afecção frequentemente encontrada em todo o mundo (SEID et al., 2007). Caracteriza-se pela oclusão parcial ou total do intestino impedindo a passagem de gases e fezes, ou seja, é quando a propulsão do conteúdo em direção ao ânus sofre interferência (RAMOS et al., 2009). Segundo Vidal Man (2005), em torno de 20% das cirurgias por quadros de abdome agudo são de pacientes com obstrução intestinal, ocorrendo ampla variação nas causas. Cerca de 60% dos casos de oclusão são secundárias de intervenções cirúrgicas, ou outras situações inflamatórias intra-abdominais. Outrora, a segunda causa mais comum é a hérnia inguinal estrangulada, seguida de neoplasia intestinal. Esses agentes etiológicos respondem por mais de 80% de todas as obstruções. A hérnia é considerada uma doença muito frequente, sua incidência ainda é desconhecida, mas estima-se que 5% da população desenvolverá uma hérnia da parede abdominal. A hérnia inguinal é





**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

uma condição na qual a gordura intra-abdominal ou parte do intestino delgado forma protuberância através de uma área fraca nos músculos abdominais inferiores. Esse tipo de hérnia é chamada inguinal porque a gordura ou parte do intestino desliza através de um orifício, nesse caso, o canal inguinal (ILIAS & KASSAB, 2009).

De acordo com Leme e Turatti (2010) acreditava-se que esta doença era devida a forças mecânicas, considerando-se que o trabalho diário e as variações da pressão intra-abdominal, forçariam o conteúdo abdominal contra a parede posterior do canal inguinal. No ano de 1960 alguns estudos analisaram o enfraquecimento do tecido colágeno, onde, era produzido um colágeno anormal e em quantidade menor. A idade, os hábitos de vida e o sexo masculino passaram a ser considerados fatores de risco para o aparecimento das hérnias, assim como há muito se sabe que a dieta inadequada, pobre em vitamina C, identificada como um co-fator para a síntese do colágeno está associado à dificuldade maior de cicatrização.

Este trabalho tem como objetivo descrever a terapia nutricional relacionada às patologias advindas do pós-operatório tardio, propondo intervenção nutricional para melhora do quadro clínico.

### Metodologia

Trata-se de um estudo de caso clínico realizado a partir do atendimento de um paciente hospitalizado, do sexo masculino, 84 anos de idade, que internou em unidade hospitalar apresentando náuseas, vômito fecalóide, dor abdominal e ausência de evacuações há 24 horas.

Paciente tem o diagnóstico inicial de obstrução intestinal e é submetido à cirurgia de urgência. O recurso utilizado foi a laparotomia explorada e consecutivamente a enterorrafia, devido à constatação de hérnia inguinal baixa, após correção da hérnia houve a sutura, sem indicação de re-intervenção.

Após a triagem nutricional que elencou o paciente em questão, partimos para as seguintes etapas do estudo: delineamento da terapia nutricional, avaliação nutricional, prescrição dietética, cálculo de plano alimentar, elaboração de orientações nutricionais e acompanhamento nutricional.

A terapia nutricional é definida como o conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente, tendo como finalidade prevenir o risco nutricional e também como demonstrativo da repleção nutricional (BRITO & DREYER, 2003).

O plano alimentar é realizado de acordo com as necessidades nutricionais e dietoterápicas, considerando o aporte oral, enteral ou parenteral, bem como, a avaliação os hábitos e condições alimentares do indivíduo.

O acompanhamento nutricional que tem como objetivo principal avaliar sistematicamente a aceitação e a adequação nutricional da dieta, assim como a evolução do estado nutricional e clínico do paciente, alterando, se necessária, a prescrição da dieta e demais condutas nutricionais visando a qualidade de vida do paciente (BRITO & DREYER, 2003).

Com base nos dados coletados, foi efetuada a prescrição da dieta fundamentada no diagnóstico nutricional, seguido da evolução no prontuário.

### Resultados e Discussão





**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

O paciente apresentou Índice de Massa Corporal – IMC de 24,22 kg/m<sup>2</sup>, encontra-se eutrófico, de acordo com as referências estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, que prevê eutrofia quando IMC entre 22 a 27 Kg/m<sup>2</sup> para idosos (OMS, 1995 e 1997).

Os sintomas apresentados pelo paciente foram: edema, baixa diurese e hiperglicemia. O diagnóstico clínico apontou hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus Tipo 2, insuficiência renal aguda e infecção respiratória.

Os medicamentos prescritos foram Butazona, indicada para tratamento de episódios de espondilite anquilosante, episódios agudos de gota e pseudogota, pode ocorrer interações medicamentosas por deslocar competitivamente outras drogas de suas ligações protéicas, ocorrendo o aumento da atividade e a duração do efeito de outros fármacos; Prometazina que é um antialérgico, indicado em casos de choque anafilático, reações alérgicas, reações medicamentosas, cinetose, potenciador dos depressores do Sistema Nervoso Central; Metoprolol e Enalapril indicados para o tratamento de todos os graus de hipertensão renovascular e todos os graus de insuficiência cardíaca; Isossorbida usado na profilaxia da dor isquêmica cardíaca associada à insuficiência coronariana tem a finalidade de reduzir a frequência, duração e intensidade das crises de angina. (BULÁRIO ELETRÔNICO da ANVISA, 2006).

Os exames laboratoriais mostraram que, quanto aos eletrólitos, o sódio encontrava-se levemente abaixo do recomendado com 3,1 mEq/L e potássio encontravam-se com valor normal 140 mEq/L. O sódio abaixo do normal pode vir a causar cefaléia, náuseas, vômito e mal-estar. A uréia e creatinina estavam elevadas, 51mg/dL e 2,42 mg/dL, o que confirma a patologia renal. Os valores de hemácias, hemoglobina e hematócrito encontram-se diminuídos o que pode indicar anemia (CARDOSO & MARTINS, 1998).

O pós-operatório tardio é o tempo de cicatrização e prevenção das complicações, este período pode durar semanas ou meses após cirurgia. A terapia nutricional visa o controle do quadro de eutrofia e também a avaliação e intervenção em relação às doenças secundárias que o paciente apresenta.

A terapia nutricional proposta para o paciente nestas condições é a seguinte: dieta pastosa normocalórica (30 Kcal/Kg/dia), proteína em torno de 1 a 1,3g/kg de acordo com as patologias do paciente. Carboidratos entre 50% a 60%, normoglicídica dando sempre a preferência para carboidratos complexos devido à possível ocorrência de hipertrigliceridemia e hiperglicemia. Normolipídica cerca de 25% a 35%. Uma dieta com restrição de sódio é recomendada para evitar o aumento da retenção hídrica. Como o paciente faz uso de diuréticos a recomendação de sódio dietético é de até 2 a 3g de Na/dia. Hipocalcêmica (2 a 3g/dia). O controle dos níveis séricos de potássio é essencial para determinar se existe necessidade de uma dieta rica ou pobre do mineral, ou de substituição do diurético utilizado. Cálcio de 1000 a 1500mg/dia e Fibras de 20 a 25g/dia ou 14g/1000Kcal (RIELLA & MARTINS, 2001).

Durante as primeiras 24 a 36 horas pós-cirurgia, muitos pacientes podem apresentar náuseas e vômitos. Neste caso, utilizou-se o método de nutrição enteral, com sonda nasogástrica (SNG). O peristaltismo normal retorna durante as primeiras 48 a 72 horas após a cirurgia, porém a função intestinal pode ser prejudicada pela imobilidade, manipulação dos órgãos abdominais, anestesia e uso de medicamentos para dor. O paciente em questão permaneceu com SNG, passou para dieta líquida e atualmente recebe dieta pastosa.



**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

A dieta pastosa tem por finalidade favorecer a quantidade de nutrientes ingeridos em situações especiais com acometimento de fases mecânicas do processo digestivo, como falta de dentes ou cirurgia bucal, dificuldades de deglutição ou engolir os alimentos de forma normal e ainda em fases críticas de doenças crônicas, como insuficiência cardíaca e respiratório. Seu principal objetivo é proporcionar um certo repouso digestivo ao paciente, a consistência deve ser em forma de mingau ou creme, onde os alimentos são processados mecanicamente (SERVIÇO DE GASTRONOMIA E NUTRIÇÃO, 2009). O suporte nutricional é benéfico para o paciente retornar a dieta livre, o mais breve possível após a cirurgia. Uma dieta normal promove o retorno precoce da função gastrointestinal uma vez que, a mucosa intestinal renova-se constantemente, sendo afetada pela disponibilidade de nutrientes e pelo fluxo sanguíneo intestinal, favorecendo, assim, a cicatrização da ferida cirúrgica; diminuindo o risco de translocação bacteriana, ou seja, passagem de bactérias e toxinas a partir da luz intestinal para linfonodos mesentéricos, circulação portal e órgãos sistêmicos.

### Conclusões

A assistência nutricional no pós-operatório é de fundamental importância dentro do contexto do atendimento multidisciplinar ao paciente grave. O tratamento deve incluir a terapia nutricional específica, uma vez que são pacientes com alto risco de complicações. Após estratificados os riscos, deve-se optar pela melhor via de terapia nutricional.

A terapêutica nutricional adequada irá resultar numa melhor evolução da doença de base com maior sobrevida e menor ônus hospitalar. Vale a pena ressaltar que a via oral é sempre a preferível, porém a indicação de nutrição enteral ou parenteral não deve ser retardada nos casos apropriados.

O suporte nutricional trará benefícios para o paciente, recuperando ou mantendo seu estado nutricional a medida que ocorrem a evolução das dietas modificadas (líquida restrita/líquida completa/pastosa/branda e normal). Uma dieta normal promove o retorno precoce da função gastrointestinal uma vez que, a mucosa intestinal renova-se constantemente, sendo afetada pela disponibilidade de nutrientes e pelo fluxo sanguíneo intestinal, favorecendo, assim, a cicatrização da ferida cirúrgica, diminuindo o risco de translocação bacteriana.

### Referências Bibliográficas

- BRITO, S.; DREYER, E. Terapia Nutricional: condutas do nutricionista. 2003. Acesso em 13 agost 2012. Disponível em: <<http://www.hc.unicamp.br/pdf>>.
- BULÁRIO ELETRÔNICO DA ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária - 2006. Acesso em: 13 agost 2012. Disponível em: <<http://bulario.bvs.br/index.php>. >
- CARDOSO, S.; MARTINS, C. Interação Droga-Nutriente, 1998.
- ILIAS, E. J.; KASSAB, P. O uso de telas resolveu o problema da recidiva na cirurgia da hérnia inguinal? Rev. Assoc. Med. Bras. 2009.
- LEME, P. L. S.; TURATTI, R. C. Quem fuma tem mais chance de apresentar hérnia inguinal? Rev. Assoc. Med. Bras. 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. Geneva, 1995 & 1997.





**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

RAMOS, A. et al. Oclusão Intestinal. 2009. Acesso em: 12 agos. 2012. Disponível em: <[http://cc03-09.med.up.pt/4ano/cirurgia/Oclusao\\_Intestinal.pdf](http://cc03-09.med.up.pt/4ano/cirurgia/Oclusao_Intestinal.pdf)>

RIELLA, M. C, MARTINS, C. Nutrição e o Rim. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.

SEID, V. E., et al. A videolaparoscopia no diagnóstico e tratamento da obstrução intestinal. Revista Brasileira de Coloproctologia, v.27 n.2 Rio de Janeiro abr./jun. 2007.

SERVIÇO DE GASTRONOMIA E NUTRIÇÃO. Manual para prescrição de dietas no Hospital Samaritano. São Paulo, maio de 2009. Acesso em: 13 agost 2012. Disponível em: <<http://espacom medico.samaritano.org.br>>.

VIDAL MAN. Obstrução Intestinal: Causas e Conduas. Rev. Bras. Coloproct., 2005.



Para uma VIDA de CONQUISTAS