

Tempo de jejum em pacientes internados em um hospital de atendimento terciário

Fasting time in inpatients in a tertiary care hospital

Claudiana Leite de Souza¹
Adélia Maria Rocha Soares²
Mayka Aguiar Brilhante³
Saara Leal da Silveira⁴

Unitermos:

Jejum. Terapia Nutricional. Pacientes Internados.

Keywords:

Fasting. Nutrition Therapy. Inpatients.

Endereço para correspondência:

Claudiana Leite de Souza
Rua Leonel Alencar, 293 – Centro – Jardim, CE, Brasil
– CEP: 63290-000
E-mail: claud.leite@hotmail.com

Submissão

15 de maio de 2018

Aceito para publicação

2 de setembro de 2018

RESUMO

Introdução: A terapia nutricional (TN) consiste na oferta de aporte calórico e nutricional para o indivíduo por via enteral ou parenteral. A indicação da via de administração da dieta dependerá da situação clínica do paciente. **Objetivo:** O estudo consiste em acompanhar e avaliar o tempo de jejum dos pacientes internados em um hospital de atendimento terciário, assim como, identificar os motivos de suspensão de dieta e avaliar a implementação de planos de ações para minimizar o tempo de jejum. **Método:** A amostra foi composta por todas as placas de zero preenchidas, no período de julho de 2014 a junho de 2015. Foram extraídos os motivos do jejum, tempo de jejum e foi considerado tempo de jejum inadequado superior a 12 horas. Ao estudo ainda foi agregada a análise dos relatórios bimestrais e intervenções contidas no mesmo, referentes ao tempo de jejum. **Resultados:** A média de tempo entre os meses de julho a dezembro de 2014 foi elevada e o maior percentual se concentra nos exames laboratoriais. Em 2015, com o objetivo de melhorar o acompanhamento dos motivos para suspensão da dieta, realizamos um planejamento para acompanhamento dos dados, distribuindo as análises por bimestre. **Conclusão:** O tempo de jejum adequado para exame, cirurgia ou por outra necessidade do paciente é crucial para evitar o catabolismo orgânico do paciente e fornecer suporte para reestabelecimento da saúde.

ABSTRACT

Introduction: Nutritional therapy (TN) consists of the supply of caloric and nutritional intake to the individual via enteral or parenteral. The indication of the route of administration of the diet will depend on the clinical situation of the patient. **Objective:** The study consists of monitoring and evaluating the fasting time of patients hospitalized in a tertiary care hospital. As well as, identify the reasons for diet suspension and evaluate the implementation of action plans to minimize fasting time. **Methods:** The sample consisted of all zero filled plaques, from July 2014 to June 2015, the reasons for fasting, fasting time, and inadequate fasting time of more than 12 hours were extracted. The study also included the analysis of the bimonthly reports and interventions contained therein, referring to the fasting time. **Results:** The mean time between the months of July and December 2014 was high and the highest percentage is concentrated in laboratory tests. In 2015, with the objective of improving the follow-up of the reasons for the suspension of the diet, we performed a planning to follow up the data, we distributed the analyzes by bimester. **Conclusion:** Adequate fasting time for examination, surgery, or other patient needs is crucial to avoiding patient catabolism and providing support for health reestablishment.

1. Bacharel em Enfermagem, UPE (Universidade de Pernambuco), Pós-Graduação em Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica e Central de Material e Esterilização, Grupo CEFAPP (Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional), Recife, PE. Enfermeira do Centro de Imagem, Ambulatório e EMTN (Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional) do HRC (Hospital Regional do Cariri), Juazeiro do Norte, CE, Brasil.
2. Graduada em Nutrição, Universidade Federal do Piauí. Especialização em Saúde da Família (em andamento), Especialização em administração hospitalar (em andamento). Gerente de Nutrição e Dietética do Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.
3. Farmacêutica Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica, Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.
4. Especialização em Prescrição de Fitoterápicos e suplementação clínica e esportiva. Hospital Regional do Cariri, Clínica-fogu e Home Care Cariri, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

A terapia nutricional (TN) consiste na oferta de aporte calórico e nutricional para o indivíduo por via enteral ou parenteral. A indicação da via de administração da dieta dependerá da situação clínica do paciente.

A TN tem por objetivo suprir as necessidades de macro e de micronutrientes do indivíduo. Quando essas necessidades não são supridas, ocorre a falta de energia e o organismo passa a utilizar suas reservas energéticas (tecido muscular), aumentando o risco para desnutrição. Já o excesso de aporte de nutrientes pode sobrecarregar órgãos e sistemas, o que também é prejudicial ao organismo¹.

Para uma TN completa, é necessário oferecer ao paciente alimentos ricos em proteínas, carboidratos, lipídios, fibras alimentares, vitaminas, oligoelementos, eletrólitos e água. No entanto, estas necessidades podem variar de um indivíduo para outro, de acordo com seu estado geral, comorbidades, tempo de internamento, restrição ao leito, entre outros¹.

Em diversas situações no ambiente hospitalar pode ocorrer a suspensão da TN, o jejum, seja para exames laboratoriais e de imagem, cirurgia, conduta médica ou por instabilidade clínica do paciente, entre outros.

No ambiente hospitalar, é frequente a suspensão da dieta por diversas situações. Desta forma, é essencial o acompanhamento do tempo de jejum para que o paciente não permaneça sem alimentação por tempo superior ao necessário. O jejum prolongado pode provocar alterações metabólicas e culminar em complicações clínicas para o paciente².

No jejum, logo após algumas horas, os níveis de insulina diminuem e os de glucagon aumentam, acarretando na utilização do pequeno reservatório de glicogênio, concentrado em maior parte no fígado. A gliconeogênese é ativada e a proteína localizada no músculo é consumida, produzindo glicose para os tecidos, ou seja, fonte de energia para o sistema nervoso central, medula renal e eritrócitos.

Em menos de 24 horas de suspensão da dieta, o glicogênio hepático é consumido por completo. Essa resposta ocasiona também maior secreção de ACTH (hormônio adrenocorticotrófico) pela hipófise, além de aumentar a secreção de cortisol pela suprarrenal. Por este motivo, quando os níveis séricos do hormônio do crescimento aumentam, logo ocorre hipoglicemia ou os ácidos graxos livres circulantes diminuem. O cortisol e a queda de insulina resultam no aumento dos hormônios adrenérgicos e tireoidianos, que são os responsáveis pelas reações catabólicas que fornecem aminoácidos³.

Em pacientes hospitalizados, a alta prevalência da desnutrição energético-proteica (DEP) foi estudada em meados da década de 70 do século passado. A DEP consiste na ingestão inadequada de nutrientes em relação às suas necessidades e evolui com alterações funcionais resultante de alterações na composição corporal⁴.

No ambiente hospitalar, a desnutrição é identificada com frequência, tais dados podem ser evidenciados no estudo realizado em 2001 por Waitzberg et al. (*apud* Franzosi et al.⁵) a prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados foi de 48% e 12,6% de desnutrição grave. Durante a internação, a desnutrição chegou a atingir 61%, quando a internação ultrapassou 15 dias.

Nas regiões mais pobres, como Norte e Nordeste, a prevalência da desnutrição foi maior, 68% a 78%. Foi identificado que 33,2% dos pacientes avaliados, com até dois dias de internação, já apresentaram algum grau de desnutrição. Diante dessa evidência, o referido estudo sugere que este é um processo que antecede à internação, sendo consequência das condições socioeconômicas precárias, a ingestão inadequada e insatisfatória de nutrientes e a desnutrição primária, que ainda são frequentes, inclusive nas regiões mais pobres.

A evolução clínica do paciente pode ser prejudicada pela desnutrição, prolongando a permanência hospitalar, pois pode repercutir em infecções e complicações pós-operatórias, provocando ainda retardo da cicatrização de feridas e mortalidade^{6,7}.

O objetivo desse estudo consiste em acompanhar e avaliar o tempo de jejum dos pacientes internados em um hospital de atendimento terciário. Além de identificar e quantificar o tempo de jejum dos pacientes internados, identificar os motivos de suspensão de dieta e avaliar a implementação de planos de ações para minimizar o tempo de jejum.

MÉTODO

Estudo de caráter descritivo, abordagem quantitativa, realizado no Hospital Regional do Cariri (HRC), localizado no interior do Ceará, em Juazeiro do Norte.

Para o estudo, foram utilizadas como ferramenta as placas de zero, criada pela EMTN (Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional). Nessas placas constam: nome, data de nascimento, prontuário, unidade, leito, motivo do jejum, data e hora do início do jejum, além de data e hora do término do jejum.

A amostra foi composta por todas as placas de zero preenchidas, no período de julho de 2014 a junho de 2015. Foram extraídos os motivos do jejum, tempo de jejum e foi considerado tempo de jejum inadequado superior a 12 horas. Ao estudo ainda foi agregada a análise dos relatórios bimestrais e intervenções contidas no mesmo referente ao tempo de jejum. Foram excluídas as placas com preenchimento incompleto que não contenham o motivo do jejum, tempo de início jejum e término do jejum.

Na compilação dos dados foram utilizadas planilhas, gráficos e tabelas feitas no Microsoft Excel. Todas as informações utilizadas já faziam parte da rotina da EMTN.

O desenho do estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URCA (Universidade Regional do Cariri) – CE/ Brasil, sob o número 5055 e está registrado na Plataforma Brasil, sob o número 49899215.2.0000.5055.

RESULTADOS

As placas de zero sinalizam o jejum do paciente, o qual pode ser mensurado pela data e hora do início e término do jejum. Em 2014, identificamos que, em todos os meses, o maior percentual de pacientes em dieta zero é para cirurgia e exame, fato que está relacionado ao HRC ser referência no

atendimento em trauma e acidente vascular cerebral (AVC) (Figuras 1 e 2).

A média de tempo entre os meses de julho a dezembro de 2014 foi elevada. Tomamos como base o intervalo de tempo mínimo e máximo, ao estipular o tempo máximo de 12 horas de jejum.

Diante do número elevado de pacientes com jejum prolongado para exames laboratoriais, esse foi o motivo eleito para ser acompanhado e avaliadas as situações de jejum a partir do mês de junho. Foi identificado preenchimento incompleto e baixa adesão à utilização das placas de zero.

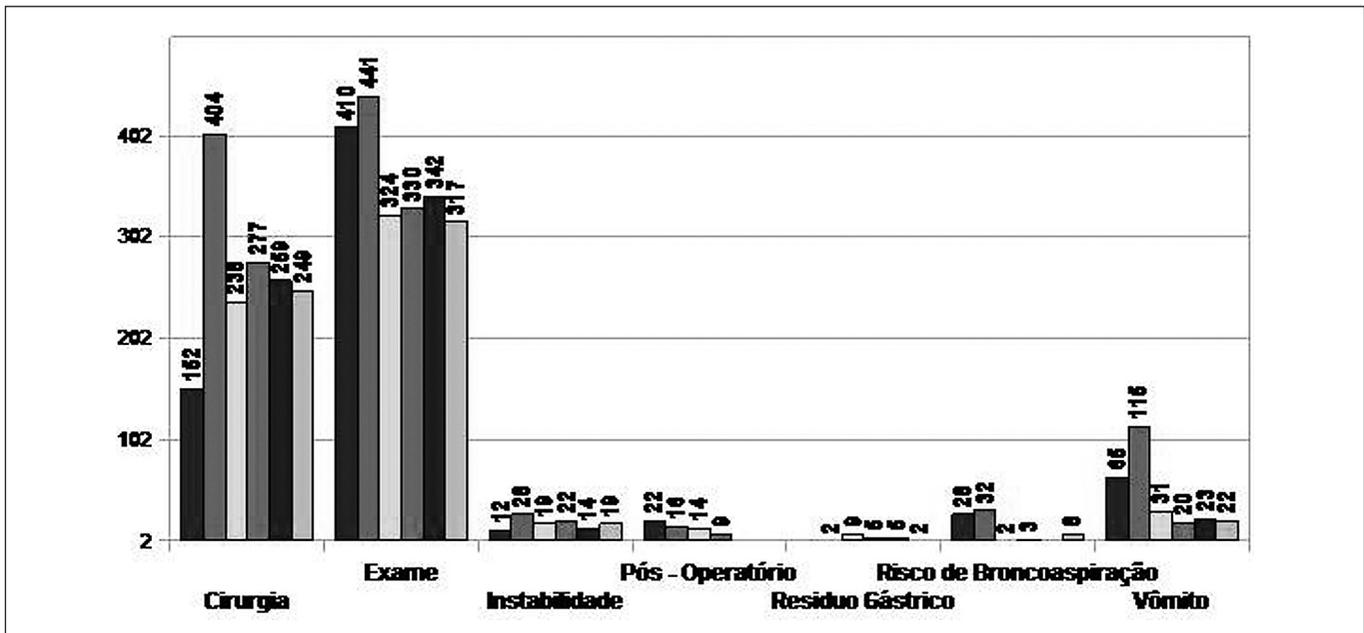


Gráfico 1 - Número de pacientes com sinalização de dieta zero – 2014. Fonte: Hospital Regional do Cariri, 2014.

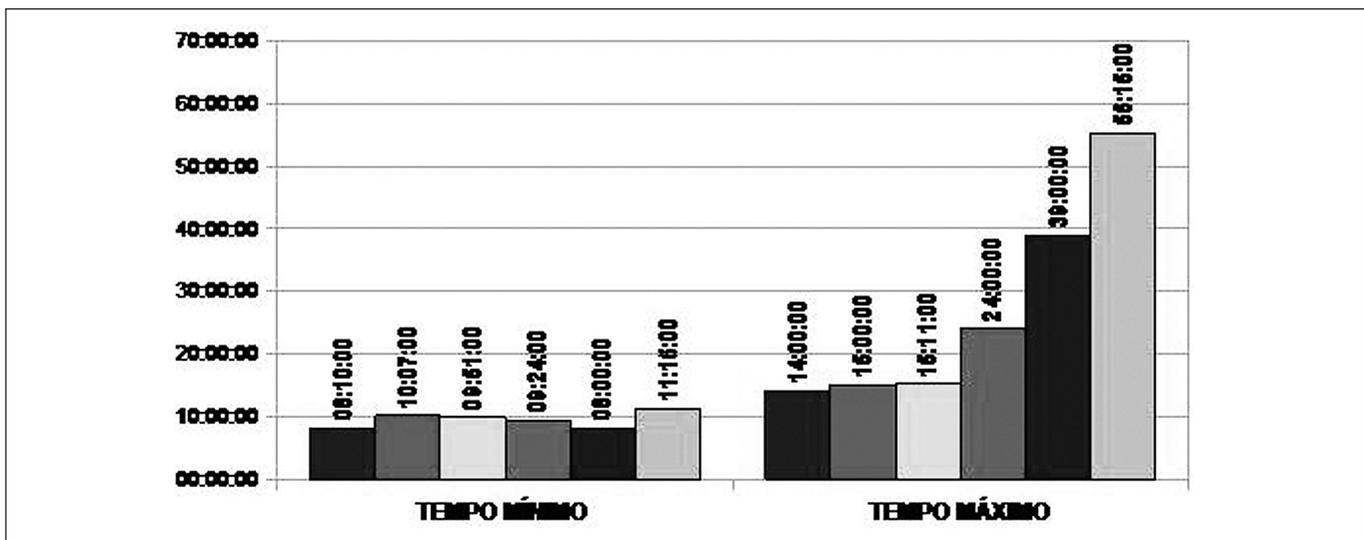


Gráfico 2 - Média de tempo de dieta zero – 2014. Fonte: Hospital Regional do Cariri, 2014.

Em 2015, com o objetivo de melhorar o acompanhamento dos motivos para suspensão da dieta, realizamos um planejamento para acompanhamento dos dados, distribuindo as análises por bimestre. No primeiro, segundo, quinto e sexto bimestres, análise do motivo de suspensão de dieta exames e, no terceiro e quarto bimestres, cirurgia (Tabela 1).

O motivo de dieta zero com maior percentual de pacientes foi para exames (Figura 3).

A suspensão de dieta zero ainda apresenta valores elevados em comparação a 2014, pois apresentamos tempos superiores principalmente em maio e junho de 2015, com 122 horas e 46 horas de 20 minutos, respectivamente (Figura 4).

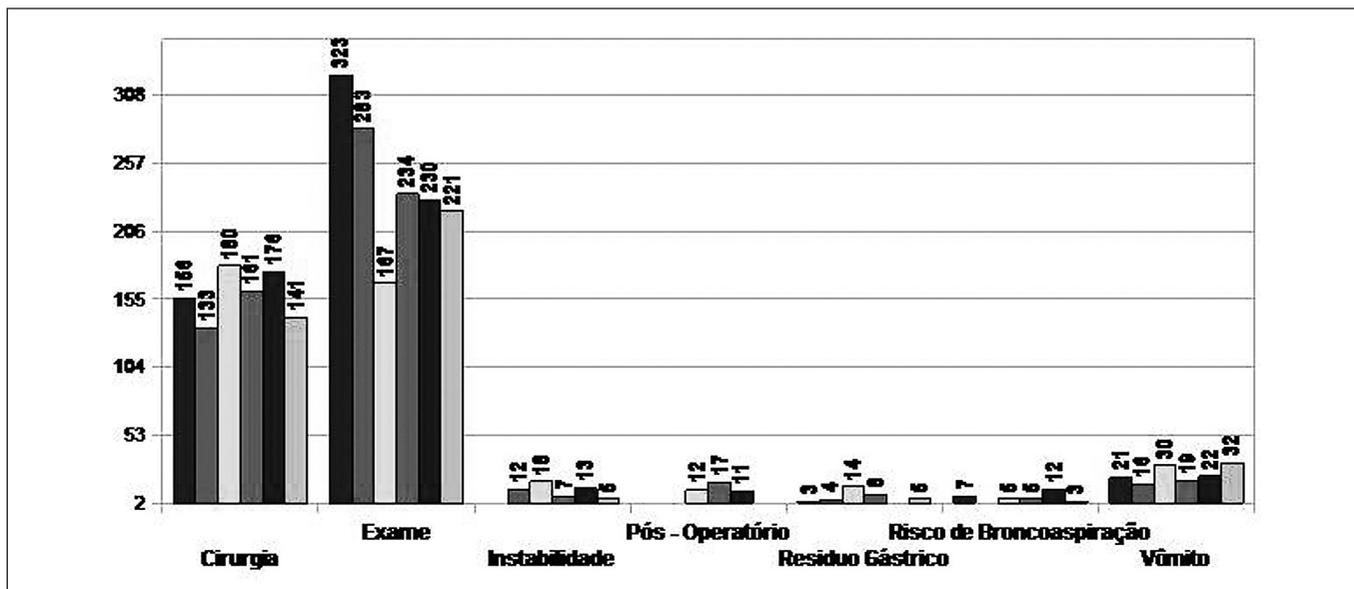


Gráfico 3 - Número de pacientes com sinalização de dieta zero – 2015. Fonte: Hospital Regional do Cariri, 2015.

Tabela 1 – Distribuição dos meses para análise do tempo de dieta zero.

| Meses 2015 | Janeiro/ Fevereiro | Março/ Abril | Maios/ Junho | Julho/ Agosto | Setembro/ Outubro | Novembro/ Dezembro |
|--|--------------------|--------------|--------------|---------------|-------------------|--------------------|
| Acompanhamento e avaliação da justificativa/ motivo: | Exames | Exames | Cirurgias | Cirurgias | Exames | Exames |

Fonte: Hospital Regional do Cariri, 2015

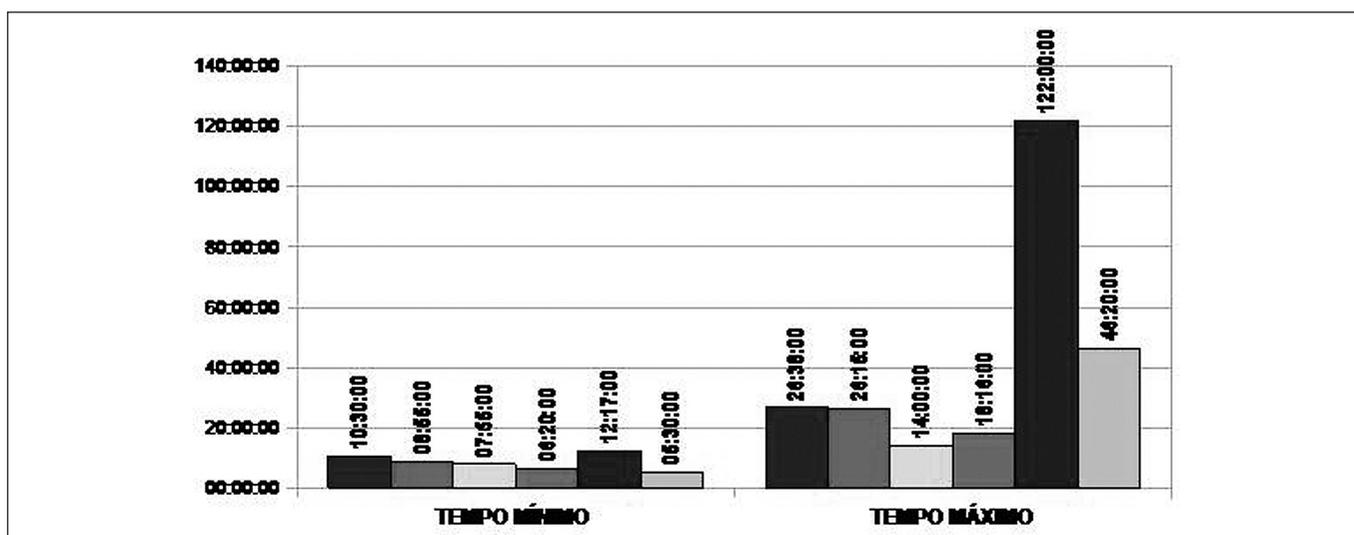


Gráfico 4 - Média de tempo de dieta zero – 2015. Fonte: Hospital Regional do Cariri, 2015.

DISCUSSÃO

As medidas de ação para reduzir o tempo de dieta zero em 2014 consistiram em verificar as atribuições acordadas na interação realizada pela EMTN, Centro de Imagem e Laboratório, a fim de adequar o tempo de jejum para exame, informar às unidades a quebra de jejum, quando houver a necessidade de cancelamento do exame, minimizando os riscos e danos ao paciente.

O jejum pré-operatório foi implementado no início das práticas anestésicas, a fim de proporcionar o esvaziamento do conteúdo gástrico, dessa forma, evitar broncoaspiração, vômitos, regurgitação, administração de várias drogas e para reduzir a acidez gástrica. Protocolos de jejum pré-operatório sugerem períodos menores de jejum, principalmente para líquidos, permitindo mais conforto aos pacientes e menor risco de hipoglicemia⁸.

O HRC tem implantado o protocolo de abreviação de jejum pré-operatório, que visa minimizar as complicações causadas pela desnutrição e melhorar a qualidade do atendimento, segurança e saúde do paciente e, em contrapartida, reduzir o tempo de jejum.

Em 2015, os valores de tempo de dieta zero foram crescentes. Considerando a relevância do uso da terapia nutricional como alternativa terapêutica para as afecções, faz-se necessária uma sensibilização junto à equipe assistencial para decréscimo desse tempo de jejum.

CONCLUSÃO

O tempo de jejum adequado para exames, cirurgia ou por outra necessidade do paciente é crucial para evitar o

catabolismo orgânico do paciente e fornecer suporte para reestabelecimento da saúde.

Ao acompanhar e intervir no tempo de jejum prolongado, aumentamos as chances do paciente em obter sucesso na sua recuperação, além de diminuir o tempo de permanência hospitalar. Dessa forma, é necessária educação em saúde contínua, para que as equipes sinalizem o tempo de jejum, quando esses forem superiores a 12 horas sem justificativa.

REFERÊNCIAS

1. Coppini LZ, Sampaio H, Marco D, Martini C; Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Sociedade Brasileira de Clínica Médica; Associação Brasileira de Nutrologia. Recomendações nutricionais para adultos em terapia nutricional enteral e parenteral. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Nacional de Medicina; 2011.
2. Imbelloni LE, Nasiane IAP, Moraes Filho GB. A diminuição do tempo de jejum melhora o conforto e satisfação com anestesia em pacientes idosos com fratura de quadril. *Rev Bras Anesthesiol*. 2015;65(2):117-23.
3. Aguilar-Nascimento JE, Perrone F, Prado LIA. Jejum pré-operatório de 8 horas ou de 2 horas: o que revela a evidência? *Rev Col Bras Cir*. 2009;36(4):350-2.
4. Malafaia G. A desnutrição proteico-calórica como agravante da saúde de pacientes hospitalizados. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2009;34(2):101-7.
5. Franzosi OS, Abrahão CL, Loss SH. Aporte nutricional e desfechos em pacientes críticos no final da primeira semana na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(3):263-9.
6. Garcia RWD, Leandro-Merhi VA, Pereira AM. Estado nutricional e sua evolução em pacientes internados em clínica médica. *Rev Bras Nutr Clin*. 2004;19(2):59-63.
7. Isidro, Marília Freire, Lima DSC. Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes cirúrgicos. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(5):580-6.
8. Ludwig RB, Paludo J, Fernandes D, Scherer F. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros? *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2013;26(1):54-8.

Local de realização do estudo: Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.