



SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA XXVIII SIC

paz no plural



Evento	Salão UFRGS 2016: SIC - XXVIII SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS
Ano	2016
Local	Campus do Vale - UFRGS
Título	MAIOR APORTE NUTRICIONAL PRECOCE DE PROTEÍNAS REDUZ A MORTALIDADE EM PACIENTES CRÍTICOS COM BAIXO PESO
Autor	VICENTE LOBATO COSTA
Orientador	MIRELA JOBIM DE AZEVEDO

MAIOR APORTE NUTRICIONAL PRECOCE DE PROTEÍNAS REDUZ A MORTALIDADE EM PACIENTES CRÍTICOS COM BAIXO PESO

Autor: Vicente Lobato Costa

Orientador: Mirela Jobim de Azevedo

Introdução

Pacientes críticos com baixo peso ($IMC < 20 \text{ kg/m}^2$) apresentam piores desfechos clínicos do que eutróficos ou com sobrepeso, possivelmente pelo baixo peso ser reflexo de má nutrição. Um maior aporte calórico-proteico poderia influenciar positivamente o prognóstico destes pacientes.

Objetivo

Avaliar o impacto do suporte nutricional (aporte calórico-proteico) em desfechos específicos - traqueostomia, reinternação em UTI, mortalidade intra-hospitalar- em pacientes críticos com baixo peso.

Método

Neste estudo prospectivo observacional (11/2015 a 03/2016) avaliaram-se os efeitos do aporte nutricional em pacientes críticos com $IMC < 20 \text{ kg/m}^2$ internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Hospital Nossa Senhora da Conceição. O controle do aporte nutricional ocorreu entre os dias 2 e 3 (Avaliação 1) e entre os dias 5 e 7 após primeira internação na UTI (Avaliação 2). Foram excluídos: pacientes sob cuidado paliativo, dieta via oral exclusiva, gestantes e expectativa de vida $< 24\text{h}$. Os pacientes foram divididos de acordo com os aportes calórico (kcal/kg/dia) (grupo A: < 20 ; grupo B: ≥ 20) e proteico (proteína/kg/dia) (grupo C: $< 1\text{g}$; grupo D: $\geq 1\text{g}$) e acompanhados até a alta hospitalar ou morte.

Resultados

A mortalidade hospitalar de 83 pacientes incluídos foi 55,4% após 17 (10-32) dias de acompanhamento. Na avaliação 1, os pacientes encontravam-se sob suporte nutricional enteral exclusivo ($n=65$), enteral+parenteral ($n=1$) e npo ($n=17$). Houve aumento no aporte calórico ($19,6 \pm 9,7$ para $27,6 \pm 11,2 \text{ Kcal/Kg/dia}$; $P < 0,001$) e proteico ($0,9 \pm 0,6$ para $1,33 \pm 0,71 \text{ g proteína/kg/dia}$; $P < 0,001$) entre Avaliações 1 e 2. Não houve diferença entre aporte calórico (kcal/kg/dia) nas avaliações 1 ($19,2 \pm 9,2$ vs. $16,3 \pm 10$; $P = 0,189$) e 2 ($27,8 \pm 10$ vs. $27,5 \pm 11,9$; $P = 0,916$) entre sobreviventes e não-sobreviventes. Na Avaliação 1 o aporte proteico foi maior nos sobreviventes ($0,96 \pm 0,56$ vs. $0,69 \pm 0,62 \text{ g/kg/dia}$; $P = 0,051$) e os pacientes que receberam $> 1\text{g}$ proteína/kg/dia (Grupo D) apresentaram menor mortalidade do que aqueles com $< 1\text{g}$ proteína/kg/dia (Grupo C): 43% vs. 65%. ($P = 0,049$). Também na Avaliação 1 a necessidade de traqueostomia foi maior nos pacientes que receberam mais calorias (Grupo B) (37,5% vs. 10,0%; $P = 0,030$) e proteínas (Grupo D) (35,3% vs. 10,4%; $P = 0,006$). Em regressão logística multivariada (OR, IC95%), com modelos ajustados para escore de gravidade clínica, receber $\geq 1\text{g}$ de proteína/kg/dia foi associado à mortalidade [proteína 0,43(0,18-0,99); SAPS3 1,07(1,02-1,11)] e necessidade de traqueostomia [proteína 3,06(1,03-9,07); SAPS3 0,94(0,90-9,99)]. Não houve diferença em relação à readmissão em UTI.

Conclusão

Em pacientes críticos com baixo peso um maior aporte proteico administrado precocemente em UTI tem papel protetor para mortalidade, embora associado a maior necessidade de traqueostomia.