

TERAPIA NUTRICIONAL NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Liliane Castro

Graduanda em Nutrição,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS)

Melissa Siketo

Graduanda em Nutrição,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS)

Willian Pereira Gomes

Químico, Mestre e Doutorando em Ciência dos Materiais – UNESP;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Deigilam Cestari Esteves

Biomédica; Mestre em Meio Ambiente – UNOESTE;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

As doenças inflamatórias intestinais, por envolverem diretamente o sistema digestório, apresentam comumente como conseqüência direta muitas complicações nutricionais, como a desnutrição protéico-energética (DPE) e retardos do crescimento, da puberdade e da maturação óssea em crianças. Assim, torna-se fundamental o tratamento nutricional na DII. A terapia nutricional (TN) adequada às necessidades do indivíduo pode atuar diretamente sobre o estado nutricional, mantendo-o e/ou recuperando-o, com conseqüente benefício na evolução e tratamento da DII. Por outro lado, a TN também representa um tratamento principal ou coadjuvante na indução e manutenção da remissão da DII, por meio do fornecimento de nutrientes com funções fisiológicas específicas. O objetivo do artigo é discutir o papel da Terapia Nutricional nas Doenças Inflamatórias Intestinais de acordo com suas indicações e contra-indicações e avaliar a qualidade de vida dos portadores de doenças inflamatórias intestinais. O trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica, utilizando-se de artigos científicos e dissertações, nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Lilacs (Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) no período de agosto de 2015 a junho de 2016.

PALAVRAS-CHAVE: terapia nutricional; nutrição; doenças inflamatórias intestinais.

INTRODUÇÃO

Doenças inflamatórias intestinais (DII) são doenças crônicas que acometem o trato gastrointestinal. As duas apresentações mais comuns são a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI). A DC caracteriza-se por envolvimento transmural e descontínuo, podendo atingir todo o trato gastrointestinal. Seus principais sintomas são diarreia, dor abdominal e perda de peso, podendo

causar sintomas sistêmicos como mal-estar, anorexia, emagrecimento e febre. (BIONDO-SIMÕES et al., 2003; SMITH, 2008).

A RCUI consiste na inflamação da mucosa do cólon e do reto, causando lesões erosivas e sangramento intestinal. Seus principais sintomas são diarreia sanguinolenta, tenesmo, eliminação de muco, cólicas abdominais e urgência para evacuar. A etiologia dessas doenças é multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais (BURGOS et al., 2008).

A nutrição adequada contribui para o melhor prognóstico dos pacientes. O cuidado nutricional é importante nas DII tanto na prevenção como no tratamento da desnutrição, das deficiências específicas de nutrientes (ALASTAIR; GOLDES-GEYME; PAULO, 2011).

O objetivo do artigo é discutir o papel da terapia nutricional nas doenças inflamatórias intestinais de acordo com suas indicações e contraindicações e avaliar a qualidade de vida dos portadores de doenças inflamatórias intestinais.

2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS DOENÇAS INTESTINAIS INFLAMATÓRIAS

Segundo Pinto (2008), as DII ocorrem em todo o mundo e representam sério problema de saúde, pois atingem preferencialmente pessoas jovens, possuem períodos de recidivas frequentes e exibem formas clínicas de alta gravidade. A faixa etária mais susceptível compreende de dez a quarenta anos. Conforme Zaltman (2007) e Diestel, Santos e Romi (2012), não há predominância de sexo, mas uma possível associação com grupos étnicos específicos.

As DII são mais comuns no norte da Europa e nos Estados Unidos, onde são diagnosticados de 5.000 a 10.000 novos casos por ano. No entanto, importantes trabalhos retrospectivos demonstraram a noção de que está havendo uma tendência mundial para o aumento da incidência da doença (ANDERSEN et al., 2012). As doenças inflamatórias intestinais foram consideradas raras nos países da América do Sul, porém estudos recentes apresentaram o aumento do número de casos no sudeste do Brasil (BIONDO-SIMÕES et al., 2003; SMITH, 2008).

2.1 Qualidade de Vida em Pacientes com DII

Conforme Flora (2006) conceitua, qualidade de vida como quão bem as pessoas desempenham suas funções na vida diária e a avaliação pessoal do seu

bem estar. Qualidade de vida relacionada à saúde é definida como os domínios físico, psicológico e social da saúde que são influenciados por experiências pessoais, crenças, expectativas e percepções.

Uma das principais características da Dii é a sua imprevisibilidade e conviver com uma doença implica adaptar-se a ela, as pessoas com DII relatam menor satisfação geral com a vida. Observou-se que a doença promove alterações negativas, principalmente na vitalidade, no estado geral de saúde (BURGOS et al., 2008).

A importância da qualidade de vida relacionada à saúde, nas DII, medida quantitativamente, como parâmetro da sua evolução pela abordagem terapêutica, e qualitativamente, através a descrição das preocupações vivenciadas pelos doentes, permite ao médico uma apreciação mais ampla da doença e instituir possíveis intervenções psicossociais (CHIBA; ABE, 2010).

Adquirir informações sobre a doença ajuda os pacientes a manterem o controle emocional, uma vez que o mesmo pode fluir o curso da doença (DAY et al., 2008; REGUEIRO, 2009).

2.2 Avaliação Nutricional e Principais Déficits Nutricionais nos Portadores de DII

Estudos realizados com portadores da doença, comprovam que a avaliação nutricional assume extrema importância no tratamento e acompanhamento dos pacientes e deve fazer parte rotineira da consulta, principalmente entre as crianças e os adolescentes, favorecendo melhores resultados para o tratamento, quando analisada individualmente e corrigida de modo adequado (FLORA, 2006).

Conforme Alastair, Goldesgeyme e Paulon (2011), a avaliação nutricional detalhada e com combinação de diferentes métodos deve ser parte integrante da avaliação clínica dos pacientes com DII em todas as consultas.

A manutenção do estado nutricional adequado com o fornecimento de dieta adequada às necessidades do indivíduo, traz importantes benefícios para a evolução e tratamento da DII. Por outro lado, a terapia nutricional (TN) também pode representar um tratamento principal ou coadjuvante na indução e manutenção da remissão da DII, apresentando, portanto, um efeito direto na atividade da doença (DAY et al., 2008).

Lucendo (2009) relatara que a má nutrição é comum na DII, especialmente em indivíduos na fase ativa da doença. Vários estudos documentam perdas de peso de 70-80% em indivíduos hospitalizados com DII, e perdas de 20-40% em doentes de consulta externa (ZALTAN, 2007; DIESTEL; SANTOS; ROMI, 2012).

A má nutrição característica da doença tem como principais causas: diminuição da ingestão energética, presença de inflamação ativa e perdas gastrointestinais de nutrientes. Derivadas da absorção intestinal comprometida em ambas as fases da doença (ativa e remissiva) (DIESTEL; SANTOS; ROMI, 2012) afirmam que a anorexia, consequência da diminuição da ingestão alimentar, pode resultar não só do receio do aparecimento de sintomas como enjoos e desconforto abdominal, mas também pelo aumento dos níveis de citocinas pró-inflamatórias e adipocinas do tecido adiposo branco, com possíveis alterações nos níveis de serotonina a nível hipotalâmico.

A correta gestão clínica da DII exige a escolha de uma terapia nutricional adequada a cada situação, como tal, a avaliação do estado nutricional deve resultar do estudo conjunto da história alimentar, exame físico, parâmetros laboratoriais e análise clínica (CHIBA; ABE 2010).

2.3 Desnutrição Proteico-Energética

Segundo Alastair, Goldesgeyme e Paulon (2011), a DPE afeta 20-80% dos doentes com doenças inflamatória intestinal. É considerado o terceiro sintoma clínico mais comum, superado apenas pela diarreia e dor abdominal. Está associado a uma perda de peso na ordem dos 62%, perda essa presente tanto na fase ativa como na fase inativa da doença (SILK; PAYNE-JAMES, 1989).

O aumento das necessidades nutricionais em resposta à febre, infecção, formação de abscesso e fístula, retratados na doença, podem aumentar o gasto energético, parecendo ser a atividade da doença o fator determinante para o aparecimento de hipermetabolismo energético e proteico. De um modo geral, segundo Pinto MA (2008), o gasto de energia em repouso não difere do normal em pacientes com a doença inativa, mas pode superar os valores previstos na presença de febre e sepses.

2.4 Hidratos de Carbono e Lípidos

Regueiro (2009) disse que os novos hábitos alimentares envolvem um elevado consumo de açúcar e hidratos de carbono refinados. Estudos atuais confirmam que o alto consumo desses produtos é considerado fator de risco nas DII, os Hidratos de Carbonos provenientes da dieta são assimilados no intestino delgado proximal, onde é iniciado o processo absorptivo. Os Hidratos de carbono que não foram absorvidos sofrem fermentação bacteriana no cólon, resultando na formação de gás e ácidos gordos voláteis (ZALTAR, 2007; DIESTEL; SANTOS; ROMI, 2012; LUCENDO; REZENDE, 2009).

Flora e Dichi (2005), afirmam que é possível através da prova da D-xilose comprovar a existência de má-absorção em indivíduos com DII. Com frequência, ocorre má absorção de ácidos biliares quando o íleo terminal está extensamente irritado ou face à recessão intestinal, podendo provocar por consequência uma absorção reduzida de gorduras e vitaminas lipossolúveis (VASCONCELOS, 2013; GOH; MORAIN, 2003). Segundo Alastair, Goldesgeyme e Paulon (2011), a esteatorreia resulta desse déficit absorptivo, encontrando-se a sua gravidade dependente do grau de severidade da doença.

2.5 Deficiência de Fluídos e Eletrólitos

De acordo com Flora e Dichi (2005), o déficit de fluídos e eletrólitos provém da sintomatologia da doença, especificamente, da diarreia ou esteatorreia. Indivíduos submetidos a recessão cirúrgica encontram-se mais susceptíveis a esta deficiência. A OMS declarou as soluções de reidratação oral (SRO) como tratamento recomendado para qualquer tipo de diarreia, apresentando atualmente a composição de aproximadamente 90mmol/L glicose, 45mmol/L cloreto de sódio, 45mmol/L citrato de sódio e 20mmol/L de potássio. As concentrações dos compostos de sódio não devem ser inferiores a 90mmol/L (JEEJEEBHOY, 2002); SILK; PAYNE-JAMES, 1989).

2.5.1 Ferro

Conforme Zaltan (2007) e Diestel, Santos e Romi (2012), cerca de 74% padecem de anemia crônica, proveniente da deficiente captação de Fe^{2+} . O seu valor plasmático é inferior em indivíduos com a doença na fase ativa

comparativamente com os que se encontram na fase remissiva. Este déficit é dificilmente corrigido exclusivamente a partir da dieta, apresentando-se a suplementação com ferro, apresentando-se a suplementação de ferro, através da utilização de sulfato ferroso ou gluconato ferroso, uma prática adicional. No entanto, fontes alimentares ricas em vitamina C são consideradas promotoras do aumento da biodisponibilidade deste mineral (VASCONCELOS, 2013; KASPERET, 2010).

Pacientes com DII sofrem de distúrbios gastrointestinais, proveniente do uso desta suplementação via oral, tendo como alternativa a administração de ferro por infusão intravenosa (LOMER; SYMPOAIUM, 2011; GOH; MORAIN, 2003).

2.5.2 Cálcio e Vitamina D

Segundo Neuman e Nanau (2012), estudos comprovam que indivíduos que padecem de DII possuem um risco aumentado de 40% de virem a desenvolver fraturas comparativamente com a população em geral, proveniente da deficiente ingestão ou má absorção de cálcio e Vitamina D (JEEJEEBHOY, 2002).

Além da carência de cálcio e Vitamina D, o envelhecimento, perda de peso superior a 10%, IMC < 20 e uso de corticóides também contribuem para o aparecimento de osteoporose (NEUMAN; NANAU, 2012). A corticoterapia inibe a absorção intestinal de cálcio e atua a nível renal diminuindo a sua reabsorção sete tubular induzindo o organismo a um estado de resistência relativamente à Vitamina D (FLORA; DICHI, 2005).

Um estudo experimental realizado sobre a Vitamina D mostrou que a sua deficiência pode acelerar a evolução da doença, com aparecimento precoce de diarreia e caquexia, além de estar associada a uma maior mortalidade (ZALTAN, 2007).

Diestel, Santos e Romi (2012) cogitam que uma ingestão diminuída de produtos lácteos, resultante de dietas restritivas em lactose, pode potenciar esta deficiência. Deste modo, todos os doentes com DII devem consumir uma dieta rica em cálcio, recorrendo somente à suplementação com cálcio e Vitamina D quando o consumo alimentar não for adequado.

2.5.3 Selênio, Magnésio e Zinco

Segundo Neuman e Nanau (2012), as deficiências em magnésio, selênio e zinco são comuns em pacientes com DII, podendo apresentar como principais

causas do seu déficit perdas em nível do trato gastrointestinal, redução da ingestão alimentar e má absorção. O selênio é considerado um cofator da glutathione peroxidase (DIESTEL; SANTOS; ROMI, 2012).

Lucendo e Rezende (2009) afirmam que o estresse oxidativo é um dos fatores que perpetua a resposta inflamatória na DII, sendo de extrema importância garantir uma ingestão suficiente de agentes antioxidantes tais como a vitamina A, C, E e selênio. Este micronutriente encontra-se inversamente correlacionado com os níveis pró-inflamatórios plasmáticos.

Em relação ao magnésio, a sua suplementação pode ser realizada por via entérica ou parentérica. No entanto, a sua absorção poderá ser afetada pelo pH gastrointestinal, conteúdo de gordura presente na dieta e tempo de trânsito intestinal (NEUMAN; NANAU, 2012),

Conforme Lucendo e Rezende (2009), as necessidades de zinco podem estar aumentadas uma vez que o volume e/ou frequência de dejeções também o estão. O zinco é um elemento vital para a cicatrização de feridas, estando o seu déficit relacionado com o aparecimento de fístulas. Considerado um cofator da superóxido dismutase, atua como protetor contra danos celulares causados por radicais livres (DIESTEL; SANTOS; ROMI, 2012).

2.5.4 Vitamina B12

Os autores Lucendo e Rezende (2009) afirmam que dos indivíduos com doenças inflamatórias intestinais, 20-60% possuem deficiência em vitamina B12. A suplementação com vitamina B12 por via parentérica está indicada para doentes com recessões ileais, pois o complexo fator intrínseco-vitamina B12 é apenas absorvido no íleo distal. Neuman e Nanau (2012) relatam que a via mais comum para efetuar suplementação é a intra-muscular, contudo é possível considerar a via oral, exigindo neste caso doses elevadas de vitamina B12 sintética.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há alterações nutricionais nas doenças inflamatórias intestinais. Os comprometimentos nutricionais relatados são mais expressivos nos pacientes portadores de doença de Crohn, e sobrepeso e obesidade mais frequentes na

retocolite ulcerativa. A manutenção do estado nutricional com o fornecimento de dieta adequada às necessidades do indivíduo traz importantes benefícios para a evolução e tratamento da DII.

A terapia nutricional pode representar o tratamento principal ou auxiliar na indução e manutenção da remissão da doença, apresentando, portanto, um efeito direto na atividade da mesma. A dieta de exclusão mostra-se eficaz na manutenção do período de remissão da doença inflamatória intestinal, sendo necessária especialmente naqueles pacientes que estão constantemente com a doença ativa. Face às consequências da DII, é necessário que as deficiências nutricionais sejam detectadas o mais cedo possível, traçando-se um plano alimentar individualizado de acordo com o estado nutricional do paciente, tipo de doença e sua gravidade tendo como objetivo primordial melhorar a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALASTAIR F, GOLDESGEYME E, PAULO E. Nutrition in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2011; 35(5):571-580.

ANDERSEN V, OLSEN A, CARBONNEL, TJONNELAND A, VOGEL U. Diet and risk of inflammatory bowel disease. *DigestiveandLiverDisease*.2012; 44:185-194.

BIONDO-SIMOES, M. de L. P.; MANDELLI, K. K.; PEREIRA, M. A. C.; FATURI, L.. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. *Revista Brasileira de Colo-Proctologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 172-182, 2003.

BURGOS, M. G. P. A.; SALVIANO, F. N.; BELO, G. M. S.; BION, F. M.. Doenças inflamatórias intestinais: o que há de novo em terapia nutricional? *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, v. 23, p. 184-189, 2008

CHIBA M, ABE T. et al. Lifestyle-related disease in Crohn's disease: Relapse prevention by a semi-vegetarian diet. *World Journal of Gastroenterology*. 2010; 28;16(20):2484-2495.

DAY AS, WHITTEN KE, SIDLER M, LEMBERG DA. Systematic review: nutritional therapy in paediatric Crohn's disease. *AlimentPharmacolTher*.2008; 27:293-307.

DIESTEL, C. F.; SANTOS, M. C.; ROMI, M. D. Tratamento nutricional das doenças inflamatórias intestinais: revista universitária Pedro Ernesto, 52p. 2012

FLORA, A. P. L. DICI, I..Aspectos atuais na terapia nutricional da doença inflamatória intestinal. Revista Brasileira nutrição clinica, 2006. 131 p.1

GOH J, O' MORAIN CA. Review article: Nutrition and adult inflammatory bowel disease. Aliment PharmacolTher. 2003; 17(3):307-320.

JEEJEEBHOY KN. Clinical nutrition: 6. Management of nutritional problems of patients with Crohn's disease. CMAJ. 2002; 166(7):913-918.

KASPERET al., Harrison Manual de Medicina Interna.17ª ed.: McGraw Hill; 2010

LOMER MCE. SYMPOSIUM 7: Nutrition in inflammatory bowel disease Dietary and nutritional considerations for inflammatory bowel disease. Proceedings of the Nutrition Society.2011; 70:329-335.

LONGMORE M. et al., Manual Oxford de Medicina Clinica.8ª ed.: Euromedice; 2011

LUCENDO AJ, DE REZENDE LC. Importance of nutrition in inflammatory bowel disease. World Journal of Gastroenterology. 2009 May 7; 15(17):2081-2088.

NEUMAN MG, NANAU RM. Inflammatory bowel disease: role of diet, microbiota, life style. TranslationalResearch. 2012; volume 160, Number1

PINTO MA. A Biologia Molecular das Doenças Inflamatórias Intestinais, RevBrasColoproct. 2008; 28(1):119-123. .

REGUEIRO M. Management and Prevention of Postoperative Crohn'sDisease.Inflamm Bowel Dis. 2009; 15:1583-1590.

SILK DB, PAYNE-JAMES J. Inflammatory bowel disease: nutritional implications and treatment. ProcNutr Soc. 1989; 48(3):355-61.

SMITH PA. Nutritional therapy for active Crohn's disease. World Journal of Gastroenterol. 2008; 21;14(27):4420-4423.

VASCONCELOS, M. I. L. Saiba se alimentar corretamente, tanto durante as crises quanto fora dela, para ter uma vida com qualidade. ABCD em Foco, revista da associação brasileira de colite ulcerativa e doença de crohn, 14 p. 2013

ZALTMAN, C.; COSTA, M. H. M.; DIESTEL, C. F.. Tratamento Clínico. In: Flavio Quillici. (Org.). Guia Prático: Doença Inflamatória Intestinal. 1ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007, v. 1, p. 105-143.