

# WEBINAR DOENTES COM COVID-19

A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO NUTRICIONAL DA TEORIA À PRÁTICA

28 ABRIL 2020



**PALESTRANTE**  
**DR ANIBAL MARINHO**  
MÉDICO INTENSIVISTA CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DO PORTO  
PRESIDENTE DA APNEP

## INTRODUÇÃO AO WEBINAR E AO COVID-19

No dia 2 de março de 2020, surgiram os primeiros casos de infeção por COVID-19 em Portugal e a 18 de março de 2020 foi declarado o Estado de Emergência no nosso país. O SARS-COV-2, apresenta uma velocidade de propagação muito elevada e a sua taxa de mortalidade aumenta com a idade, podendo atingir 14-15% em pessoas com mais de 80 anos.

Devido à sua rápida taxa de propagação, os Serviços Nacionais de Saúde de todos os países afetados têm recebido um grande número de doentes, muito além da sua capacidade, havendo a necessidade de mobilizar todos os recursos disponíveis dentro dos hospitais para auxiliar no seu tratamento.

Com esta nova doença, os profissionais de saúde deparam-se com novos desafios, entre os quais a necessidade de minimização do contacto com os doentes, a preocupação aumentada com a sua segurança (medo/ansiedade/cansaço e falta de equipamento de proteção individual) e as questões éticas que necessitam de ponderar (decisão de não ventilar um doente por falta de equipamento).

Os doentes com COVID-19 que se encontram malnutridos (típico nos doentes idosos e com várias comorbilidades) são os que à partida apresentarão pior prognóstico e, dada a sintomatologia característica da doença, estes doentes apresentam um grande potencial de agravarem o seu estado nutricional. Aquando da sua alta, muitos destes doentes irão decerto bastante debilitados para o domicílio e necessitarão de suplementação nutricional como auxílio à sua reabilitação.



**PALESTRANTE**  
**DR RICARDO MARINHO** MÉDICO MEDICINA INTERNA CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DO PORTO

## RISCO DE DESNUTRIÇÃO EM DOENTES COM COVID-19.

A doença COVID-19 pode evoluir em 3 fases: A 1ª fase (infeção precoce), na qual ocorre o aumento progressivo da viremia e os sintomas são muito semelhantes a uma gripe (sintomas constitucionais, febre, tosse seca e dor de cabeça).

A 2ª fase (fase pulmonar), a qual conta já com algum contributo da resposta inflamatória e os sintomas progredem para dispneia e hipoxemia. E a 3ª fase (fase hiperinflamatória), na qual a sintomatologia se pode exacerbar para Síndrome da Dificuldade Respiratória Aguda (ARDS), Síndrome da Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS) e até disfunção cardíaca.

A principal causa de desnutrição no doente com COVID-19 é a sintomatologia com impacto no aporte alimentar (congestão nasal, tosse seca, cefaleias, febre alta, náuseas, vômitos, diarreia e anorexia). Desde o início do quadro, os doentes com COVID-19 apresentam uma anorexia marcada, podendo esta estar associada a sintomas sensoriais como perda do paladar e do olfato, as quais são prolongadas no tempo e conduzem a uma redução marcada do aporte alimentar.

Para além das causas acima mencionadas, outras assumem igual importância: o isolamento necessário, a capacidade reduzida de auxílio na ingestão alimentar e de vigia do aporte alimentar, a impossibilidade de visitas externas e da vinda de refeições do exterior e o facto das refeições hospitalares apresentarem uma confeção e apresentação limitada.

No doente com COVID-19, a presença de um quadro inflamatório exuberante contribui para o agravamento do estado nutricional. Com a presença de inflamação, ocorre uma inibição da produção de corpos cetónicos (o mecanismo que permitiria poupar o recurso a proteínas para produzir glicose numa situação normal) e a produção de glicose ocorrerá à custa das proteínas, potenciando o catabolismo proteico e conduzindo a uma degradação marcada, desproporcional e rápida do tecido muscular, com consequências para a autonomia e mobilidade do doente.



**PALESTRANTE**  
**DRª SOFIA DUQUE** MÉDICA MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL S. FRANCISCO XAVIER

## NUTRIÇÃO NUMA ENFERMEIRA SARS-COV2

Os doentes com infeção por SARS-CoV2 têm elevado risco de desnutrição e sarcopenia.

Doentes idosos, com multimorbilidade, com desnutrição e obesidade têm potencialmente mais complicações, pior prognóstico (deterioração da capacidade funcional e diminuição da qualidade de vida) e maior mortalidade.

A prevenção e o tratamento da desnutrição e sarcopenia potencialmente podem melhorar o prognóstico dos doentes com COVID-19.

A avaliação e intervenção nutricional não pode ser subestimada. Contudo, o ambiente especial das enfermarias COVID-19 implica uma metodologia de trabalho diferente, existindo a necessidade de minimizar o número de profissionais de saúde que têm contacto com o doente, para sua segurança. Neste sentido, estando limitado o contacto direto do nutricionista com o doente, existem competências do nutricionista que terão inevitavelmente de ser desempenhadas pelo médico/enfermeiro e para a operacionalização desta situação é muito importante a articulação contínua entre a equipa médica/de enfermagem com o Serviço de Nutrição através de telefone/vide-ochamadas e registos clínicos, bem como a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da Nutrição.

A articulação do médico com o doente COVID-19 pode ser auxiliada com o recurso a check-lists, de forma a ajudar o profissional de saúde a não se esquecer de

questionar parâmetros nutricionais importantes durante o período limitado de tempo em que se aproxima do doente, como por exemplo, o peso, as intolerâncias alimentares, as especificidades e necessidade de adaptação da dieta e a sintomatologia com impacto no estado nutricional (anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, disfagia, anosmia, disgeusia).

No que respeita ao exame objetivo realizado pelo médico e tendo em conta a necessidade de minimizar o toque, é importante dar atenção a zonas do corpo em que apenas com o olhar conseguimos identificar facilmente sinais clínicos de desnutrição. Por exemplo, a proeminência das clavículas, dos arcos costais e da arcada zigomática ou a atrofia dos músculos interósseos das mãos podem ser indicadores de depleção de tecido adiposo e muscular.

Sempre que possível e, principalmente em doentes com problemas cognitivos e psicológicos, é importante que se facilite e tente promover o contacto com os familiares utilizando as novas tecnologias (chamadas telefónicas/videochamadas).

A suplementação nutricional deve ser oferecida precocemente para garantir as necessidades nutricionais se a ingestão alimentar da dieta for insuficiente. Tendo em conta a anorexia sentida por estes doentes e o facto de não conseguirem ingerir grandes volumes sem que o seu cansaço aumente, os suplementos fornecidos devem ser de baixo volume e elevada densidade. Caso exista intolerância aos suplementos líquidos, pode recorrer-se a suplementos modulares.

Uma intervenção nutricional global só resulta se os doentes estiverem sensibilizados e, por isso, os profissionais de saúde devem incentivar os doentes à ingestão alimentar e suplementação.



**PALESTRANTE**  
**DR<sup>a</sup> LILIANA SOUSA**

**NUTRICIONISTA**

**UNIDADE LOCAL DE SAÚDE**  
**DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO**

## **DESAFIOS NUTRICIONAIS NO DOENTE CRÍTICO COM COVID-19**

No Hospital Pedro Hispano, de acordo com a experiência da Dr<sup>a</sup>. Liliana, têm conseguido iniciar suporte nutricional aos doentes nas primeiras 24h de admissão na Unidade de Cuidados Intensivos.

A doença COVID-19 apresenta uma evolução prolongada (de vários dias a semanas) e cursa com sintomas associados como febre alta, insuficiência respiratória progressiva e sintomatologia gastrointestinal, tendo grande impacto no estado nutricional dos doentes.

Como desafios nutricionais no doente crítico, deparamo-nos com:

- **Risco de Síndrome de Realimentação:** Antes de se iniciar o suporte nutricional deve ser feita uma verificação do perfil iónico (P, Mg e K) e respetiva reposição; o suporte nutricional deve ser iniciado em baixa dose (1/4 a 1/3 da dose-alvo nas primeiras 24 h); a progressão deve ser lenta e revista a cada 24 horas, com base na repercussão analítica; e o alvo nutricional deve ser atingido entre o 4<sup>o</sup> e 5<sup>o</sup> dia após o início do suporte.

- **Ventilação não invasiva /O2 de alto fluxo:** Os doentes estarão dependentes dos mecanismos de ventilação não invasiva por longos períodos de tempo, apresentando naturalmente por este motivo uma capacidade muito diminuída de conseguirem perfazer as suas necessidades por via oral. Contudo, nesta fase tem de se respeitar a priorização das necessidades clínicas, não sendo aconselhada a colocação de sonda nasogástrica (SNG), uma vez que iria impedir a selação entre a máscara de oxigénio e a face do doente, ocorrendo fugas de ar, com consequente prejuízo para a ventilação do doente. Durante este período, deve recorrer-se a Suplementação Nutricional Oral (SNO), aproveitando os períodos em que o doente se encontra sob cânula nasal com oxigénio de alto fluxo. E porquê a SNO? Porque permite num reduzido volume fornecer ao doente a concentração calórica e nutricional importante, para além de envolverem um menor esforço respiratório para o doente dado, pela sua consistência, não requerem de mastigação ou de outro tipo de esforço associado à deglutição. Nos casos em que a ventilação não invasiva não for suficiente, sendo necessário recorrer à ventilação mecânica invasiva, aquando da entubação do doente, deve ser colocada uma SNG e o suporte nutricional do doente passará a ser feito através de Nutrição Entérica Total.

- **Sedação com propofol:** Dado o mecanismo de entubação para ventilação mecânica invasiva ser agressivo, o doente necessitará de ser sedado com propofol, um sedativo que se apresenta sob forma de uma emulsão lipídica. Ao ser necessário doses muito elevadas deste sedativo, existe risco de Síndrome de Perfusão de Propofol (hipertrigliceridemia grave com complicações associadas). Neste sentido, deve evitar-se a sobrealimentação do doente e ponderar o risco/benefício do recurso à Nutrição Parentérica.

- **Curarização:** Os agentes curarizantes têm ação de relaxamento sobre toda a musculatura esquelética e, como tal, existe risco de paresia gástrica e intestinal e consequente intolerância à Nutrição Entérica (NE). Nesta situação, é importante otimizar a terapêutica procinética e recorrer à utilização de fórmulas entéricas concentradas, através das quais conseguiremos atingir mais facilmente as necessidades alvo do doente com menor volume e débito.

- **Decúbito ventral:** O decúbito ventral é uma estratégia de posicionamento utilizada nestes doentes que contribui para a otimização da capacidade de oxigenação pulmonar. Contudo, apesar de benéfica nesse sentido, esta posição causa um aumento da pressão intra-abdominal, aumentando o risco de intolerância à NE com aumento do risco de vômitos e eventuais pneumonias de aspiração. Apesar desta situação, a posição de decúbito ventral não constitui uma contraindicação à NE, deve sim ser verificado o resíduo gástrico antes de colocar o doente em decúbito ventral, não progredir na NE imediatamente antes ou durante o decúbito ventral e otimizar a terapêutica procinética.

- No que respeita ao cálculo das necessidades energéticas do doente crítico com COVID-19 para fornecimento de aporte nutricional através de fórmula entérica pela SNG, no Hospital Pedro Hispano tem sido utilizada a estimativa de 20 kcal/kg/dia durante a fase aguda e quando o doente começa a apresentar sinais de melhoria clínica, inicia-se a progressão até às 25 kcal/kg/dia. No que respeita às necessidades proteicas, os alvos médios estabelecidos têm rondado aproximadamente 1,2-1,5g/kg/dia.

- **Sendo ultrapassada a fase crítica, os desafios nutricionais continuam.** Mesmo após término da ventilação mecânica invasiva, os doentes continuam a necessitar de suporte sob ventilação não invasiva, durante vários dias. Nesta fase, opta-se por manter a SNG para NE, uma vez que é uma fase de recuperação e anabolismo, priorizando-se agora a tentativa de atingimento das necessidades nutricionais. Esta estratégia tem como objetivo assegurar o suporte nutricional enquanto se realiza uma transição para a alimentação via oral, à medida que o doente vai necessitando de menos períodos de ventilação. De notar e alertar que é frequente que exista o compromisso da deglutição após extubação, sendo nestes casos necessária a adaptação da consistência das dietas hospitalares, o recurso a espessante/água gelificada e a manutenção da SNO como suporte no início da ingestão alimentar que numa fase inicial pode não ser suficiente para suprir as necessidades nutricionais.