

# ALIMENTAÇÃO ORAL PRECOCE É BEM TOLERADA PELOS PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA COLORRETAL ELETIVA

RENATO ARAÚJO BONARDI, TSBCP

BONARDI RA - Alimentação oral precoce é bem tolerada pelos pacientes submetidos a cirurgia colorretal eletiva. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(3): 147-148

Reissman P, Teoh T-A, Cohen Sm, Weiss EG, Nogueras JJ, Wexner SD - Is early oral feeding safe after elective colorectal surgery? A prospective randomized trial. *Ann Surg* 1995; 222(1): 73-77.

## Abstrato

Estudos recentes mostraram que a alimentação precoce após a colectomia laparoscópica eletiva é segura e bem tolerada pela maioria dos pacientes. Este protocolo deverá beneficiar pacientes submetidos a outros procedimentos cirúrgicos de mesma magnitude. Reissmann e colaboradores analisaram prospectivamente a segurança, tolerabilidade e resultado da nutrição enteral precoce após a cirurgia colorretal abdominal.

Os autores randomizaram, em dois grupos, 161 pacientes consecutivos submetidos tanto a ressecção do cólon ou do delgado. Os pacientes do Grupo 1 (n = 80; 34 homens e 46 mulheres) receberam uma dieta líquida no primeiro dia de pós-operatório e avançaram para uma dieta geral nas próximas 24 a 48 horas, a menos que apresentassem vômitos ou distensão abdominal. Os pacientes do Grupo 2 (n = 81; 43 homens e 38 mulheres) permaneceram em jejum absoluto até a resolução do íleo pós-operatório (evacuação na ausência de distensão abdominal ou vômitos), após este período receberam dieta líquida e a seguir dieta geral. Todos os pacientes tiveram a sonda nasogástrica removida imediatamente após o término da cirurgia. Os pacientes foram monitorizados com relação a vômitos, evacuações, reinserção da sonda nasogástrica, período até a ingesta da dieta geral, complicações e período de hospitalização. Se o paciente vomitasse mais do que 100 ml duas ou mais vezes e que não apresentasse uma evacuação, a sonda nasogástrica seria reintroduzida. Em ambos os grupos, os pacientes receberam alta somente após uma evacuação e tendo tolerado uma dieta geral pelo menos por 24 horas.

Sessenta e três pacientes no Grupo 1 (79%) toleraram o esquema de alimentação precoce e se adiantaram para uma dieta geral em 24 ou 48 horas. Não houve diferença signifi-

ficativa entre os esquemas de alimentação precoce e de jejum com relação a vômitos (21% vs 14%), reinserção da sonda nasogástrica (11% vs 10%), duração do íleo (3,8 vs 4,1 dias), período de hospitalização (6,2 vs 6,8 dias) ou complicações (7,5% vs 6,1%). Entretanto, os pacientes do Grupo 1 toleraram uma dieta geral significativamente mais precocemente do que os do Grupo 2 (2,6 vs 5,0 dias). Não houve diferenças significativas na morbidade geral entre ambos os grupos.

Os autores concluem que após a cirurgia colorretal eletiva, a alimentação enteral precoce é segura e bem tolerada pela maioria dos pacientes. Isto pode se tornar uma norma bem estabelecida no manuseio pós-operatório desses pacientes.

## COMENTÁRIO

Estimulados por recente demonstração de que a alimentação pós-operatória precoce tem sido bem tolerada pelos pacientes submetidos a diversos procedimentos laparoscópicos, Reissmann e colaboradores reexaminaram o tradicional método de alimentação após a resolução do íleo pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgia abdominal aberta. Este estudo prospectivo randomizado representa o seguimento de um estudo prévio conduzido também na Cleveland Clinic Flórida<sup>(1)</sup>, que procurou comparar a tolerância à alimentação, complicações pós-operatórias e período de hospitalização para os pacientes alimentados precocemente versus aqueles submetidos aos parâmetros tradicionais de aguardar a resolução do íleo.

Ambos os grupos de pacientes foram submetidos a cirurgias intestinais de grande porte e foram comparados com relação a idade e tipo de procedimento. Os critérios de uso de sonda nasogástrica e alta hospitalar foram comparáveis nos dois grupos. A maioria dos pacientes (79%) alimentados precocemente toleraram este procedimento muito bem. Embora 21% dos pacientes deste grupo vomitaram comparados aos 14% do grupo controle, esta diferença não foi estatisticamente significativa. De maneira semelhante, a reintrodução da sonda nasogástrica (11% vs 10%), período até a primeira evacuação (3,8 vs 4,1 dias), período de hospitalização (6,2 vs 6,8 dias) e morbidade pós-operatória

(7,5% vs 6,1%) não houve diferença entre o Grupo I e o Grupo controle. Infelizmente, a readmissão por sintomas obstrutivos não foi analisada neste estudo.

Os autores concluíram que nos pacientes submetidos a cirurgia colorretal eletiva de grande porte, o início da alimentação oral já no primeiro dia de pós-operatório é segura e bem tolerada por quase 80% dos pacientes. Isto confirma a impressão de muitos cirurgiões, inclusive a nossa, de que os pacientes submetidos a laparotomia com uma recuperação sem anormalidades, podem ser alimentados antes da eliminação de gases ou de uma evacuação. Resultados semelhantes foram demonstrados na literatura obstétrica, com a alimentação precoce de pacientes submetidas a cesariana<sup>(2)</sup>, bem como para os pacientes submetidos a colecistectomia por minilaparotomia<sup>(3)</sup>. Infelizmente, este estudo não demonstra que a alimentação precoce se traduz em um período de hospitalização mais curto ou

a uma alta hospitalar mais precoce. Isto se deve ao fato, aparentemente, de que no protocolo em estudo houve necessidade de uma evacuação antes da alta. Os autores sugerem, entretanto, que possa haver a possibilidade de uma alta hospitalar antes da primeira evacuação ou mesmo antes da alimentação com dieta geral ou sólida.

Parece nos provável, baseados neste e em outros estudos com resultado semelhante, que a prática da utilização de rotina da sonda nasogástrica deva ser abandonada, e a alimentação precoce possa vir a ser o lugar comum no pós-operatório da cirurgia colorretal eletiva de grande porte.

**Endereço para correspondência:**

Renato A. Bonardi  
Rua Olavo Bilac, 680  
80440-040 - Curitiba - PR