

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DE PACIENTES COM CIRROSE
ATENDIDOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - DADOS
PRELIMINARES

Camille Feitosa Almeida

Porto Alegre – RS

2023

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DE PACIENTES COM CIRROSE
ATENDIDOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - DADOS
PRELIMINARES

Camille Feitosa Almeida

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico.

Orientadora: Prof^a Dr^a Valesca Dall'Alba

CIP - Catalogação na Publicação

Almeida, Camille Feitosa
PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DE PACIENTES COM
CIRROSE ATENDIDOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO
ALEGRE - DADOS PRELIMINARES / Camille Feitosa Almeida.
-- 2023.
37 f.
Orientadora: Valesca Dall'Alba.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência
Integrada Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre,
BR-RS, 2023.

1. avaliação nutricional. 2. cirrose hepática. 3.
desnutrição. 4. ingestão alimentar. I. Dall'Alba,
Valesca, orient. II. Título.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	6
2.1 Cirrose e desnutrição	6
2.2 Triagem nutricional	7
2.3 Avaliação nutricional	8
3. OBJETIVOS	10
3.1 OBJETIVO GERAL	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4. RESULTADOS	11
4.1 ARTIGO ORIGINAL	11
5. CONCLUSÃO	29
6. REFERÊNCIAS	30
7. ANEXO	32

1. INTRODUÇÃO

A cirrose hepática é um processo de cicatrização patológica resultante de uma agressão hepática crônica do parênquima hepático, a qual leva ao comprometimento das funções orgânicas (Foseca et al., 2022). Estima-se que a cirrose e outras doenças hepáticas crônicas atinjam, aproximadamente, 1 bilhão e 500 milhões de pessoas em todo o mundo (JAMES et al., 2018) com uma prevalência de 1 milhão e 322 mil mortes no ano de 2017 (ROTH et al., 2018).

As principais doenças hepáticas crônicas (DHC) são: hepatite viral, alcoólica ou autoimune, doença hepática gordurosa associada a disfunção metabólica (MAFLD), cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. A cirrose, é considerada a fase final e irreversível da doença, responsável pela alteração estrutural e funcional do órgão (JESUS et al., 2011; SHERGILL et.al, 2018).

A história natural da doença é caracterizada inicialmente por uma fase assintomática, conhecida como cirrose compensada até avançar para uma fase sintomática, denominada cirrose descompensada. Pacientes com cirrose descompensada possuem retenção hídrica, com a presença de ascite e edema periférico, associada à hipoalbuminemia e à desnutrição (EASL, 2018).

As DHC, independente da etiologia geram anormalidades nutricionais, devido às alterações metabólicas, visto que o fígado é órgão responsável pela homeostasia metabólica do corpo, que inclui o processamento de aminoácidos, lipídios, carboidratos, vitaminas e da síntese de proteínas plasmáticas, e por consequência a deficiência nutricional (DUTRA; BASSO, 2016).

A desnutrição é uma característica crucial, assim como uma complicação importante da doença. Isto implica que o diagnóstico de desnutrição não é apenas relevante como uma das características clínicas da cirrose, mas também precisa ser considerado como uma complicação que não pode ser minimizada, que justifica terapia oportuna e apropriada para melhorar o prognóstico (TRAUB et al., 2021).

Tratamento da desnutrição podem melhorar o estado nutricional em pacientes com doença hepática, reduzir complicações, as hospitalizações e seus custos e melhorar a qualidade de vida.

Os pacientes com cirrose necessitam de uma atenção nutricional especializada que possa contribuir no seu prognóstico. No primeiro ano da

Residência Multiprofissional no Programa de Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o atendimento aos pacientes com doenças hepáticas integra o itinerário do residente nutricionista, que atuará acompanhando esses pacientes a nível ambulatorial e na internação. Conhecer e identificar o público a ser atendido se faz importante para proporcionar um atendimento eficaz e mais assertivo, assim como estar concentrado nas principais atualizações assistenciais da área.

Questão norteadora: Qual o perfil clínico e nutricional dos pacientes com cirrose atendidos no hospital de clínicas de Porto Alegre ?

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Cirrose e desnutrição

A cirrose é uma doença hepática crônica caracterizada pela alteração da arquitetura normal do fígado em decorrência de fibrose avançada (NUSRAT et al., 2014). A fibrose hepática é uma consequência da resposta repetida na cicatrização de feridas à lesão hepática em andamento. Geralmente progride lentamente, ao longo de décadas, até ocorrer aumento da resistência intra-hepática e desenvolvimento de hipertensão portal, levando à diminuição da função hepática e a complicações potencialmente fatais (MUIR, 2015). Dados do *Institute for Health Metrics and Evaluation*- IHME demonstram que a cirrose está entre as 10 principais causas de morte no Brasil, com um aumento de 24,6% em 10 anos (2007-2017).

Os mecanismos de desnutrição na cirrose e na doença hepática crônica são complexos e multifatoriais (PALMER et al., 2019). A desnutrição em pacientes com cirrose pode advir de diversos fatores, entre eles, os que resultam em uma ingestão alimentar insuficiente. A baixa ingestão alimentar pode ser decorrente de condições como, diminuição do apetite, disgeusia, saciedade precoce, náuseas e vômitos, que podem ser secundárias a elevação dos níveis de citocinas pró-inflamatórias, deficiência de micronutrientes (zinco e magnésio) e presença de ascite e encefalopatia hepática. Fatores externos também contribuem para uma baixa ingestão oral, como, por exemplo, longos períodos de jejum, pelo qual os pacientes são frequentemente submetidos para realização de procedimentos, assim como,

restrições alimentares que resultam em dietas menos palatáveis (PALMER et al., 2019; PÉREZ-REYES et al., 2016).

Apesar de acometer com frequência pacientes com doença hepática, a desnutrição ainda é frequentemente subestimada e/ou não detectada (BORHOFEN et al., 2016). É diagnosticada em 5 a 99% dos indivíduos com cirrose, dependendo dos métodos de avaliação utilizados (TANDON et al., 2017). Em pacientes cirróticos, uma intervenção nutricional baseada na avaliação prévia do risco nutricional parece prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida e as taxas de sobrevivência desses pacientes (BORHOFEN et al., 2016).

2.2 Triagem nutricional

Entre os pacientes com cirrose há uma alta prevalência de desnutrição e sarcopenia, afetando mais de 50% a 60% dos pacientes, associada a taxas mais altas de morbidade e mortalidade. A sarcopenia, definida por um declínio progressivo da massa e função muscular esquelética, é um componente importante da desnutrição e está associada a uma maior taxa de complicações nos pacientes com doenças hepáticas (ZELBER-SAGI et al., 2021).

Como estas complicações são potencialmente modificáveis com identificação e início de terapia precoces, é essencial que sejam compreendidas e tratadas tendo em vista o seu papel no prognóstico e da doença (TANDON et al., 2021).

A triagem nutricional é definida pela Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (ASPEN) como um processo para identificar um indivíduo em risco de desnutrição a fim de determinar se há indicação de uma avaliação nutricional detalhada (MUELLER; COMPHER; ELLEN, 2011). Nesse contexto, a Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) descreve a triagem nutricional como uma etapa obrigatória, uma vez que é reconhecido por unanimidade que pacientes afetados por doenças agudas e crônicas apresentam alto risco de desenvolver comprometimento nutricional (CEDERHOLM et al., 2015).

A diretriz da ESPEN (2019) sobre nutrição clínica na doença hepática recomenda, com forte consenso, que pacientes com doença hepática devem ser rastreados quanto ao risco de desnutrição e destaca a RFH-NPT (*Royal Free*

Hospital-Nutritional Prioritizing Tool) como a melhor opção disponível (PLAUGH et al., 2019). A RFH-NPT considera a retenção de líquidos e discrimina pacientes em categorias de baixo, médio e alto risco. A EASL (*European Association for the Study of the Liver*) (2019) também recomenda a RFH-NPT como método de triagem nutricional em pacientes com doença hepática crônica avançada (MERLI et al., 2019).

Desde a divulgação da ferramenta RFH-NPT pela autora Arora et al. em 2012, ela vem sendo comparada com outros instrumentos de triagem nutricional. Recentemente foi realizada a tradução e adaptação transcultural da versão original em inglês do instrumento de triagem RFH-NPT para o português, Triagem Nutricional – Royal Free Hospital (Tri-RFH) pela nutricionista Glasenapp et al., 2023, apresentando alta confiabilidade e alcançando resultados satisfatórios, sendo esta versão utilizada em nosso trabalho.

Borhofen *et al.* (2016) avaliaram em seu estudo a deterioração clínica e a sobrevida em pacientes com doença hepática crônica. Os autores destacam que a RFH-NPT está correlacionada com deterioração clínica, qualidade de vida e várias complicações específicas da cirrose, além da mortalidade ou necessidade de transplante de fígado, porém, destacam que o pequeno tamanho do estudo limita seu poder preditivo, especialmente em análises prognósticas, mas que várias associações foram encontradas, onde os resultados parecem ser promissores (BORHOFEN et al., 2016).

2.3 Avaliação nutricional

A avaliação do estado nutricional dos indivíduos portadores de doenças hepáticas crônicas deve ser realizada sistematicamente, uma vez que possibilita o diagnóstico nutricional, embasando a conduta nutricional adequada à correção ou manutenção do estado nutricional, equilibrando as deficiências e melhorando o prognóstico (NUNES, et al., 2012).

O método de avaliação nutricional rotineiro na maioria dos hospitais é a chamada Avaliação Subjetiva Global (ASG), proposta por Detsky et al. (1987). É um método essencialmente clínico, em forma de questionário, considerado um método simples, de baixo custo e de grande aceitação na prática clínica. É composto por

dados que descrevem a perda de peso nos últimos seis meses e as alterações nas últimas duas semanas, mudança na ingestão alimentar, presença de sintomas gastrintestinais significativos, avaliação da capacidade funcional do paciente, demanda metabólica de acordo com o diagnóstico e exame físico (perda de gordura subcutânea, perda de massa magra, edema e ascite) (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008).

Esse método de avaliação, que tem sido utilizado com sucesso para avaliar o estado nutricional em pacientes clínicos gerais e cirúrgicos, apresenta boa a excelente reprodutibilidade interobservador, e boa validade convergente quando comparado com medidas antropométricas medidas (HIRSCH et al., 1991).

A *Royal Free Hospital Global Assessment* (RFH-GA) é um esquema de avaliação alternativo que incorporou uma avaliação da ingestão alimentar e duas medidas antropométricas, Índice de Massa Corporal (IMC) e Circunferência Muscular do Braço (CMB). Essas variáveis antropométricas foram selecionadas por estarem fortemente associadas à sobrevida nessa população de pacientes (ALBERINO, 2001). Ao final da avaliação os pacientes são alocados em uma das três categorias nutricionais: nutridos adequadamente; desnutridos graves ou desnutridos ou moderadamente desnutridos. A ferramenta apresentou boa concordância interobservador e validação interna em relação às variáveis objetivas contribuintes IMC e CMB relativa (MORGAN et al., 2006).

O estudo de Santos et al. (2018) comparou diferentes métodos de avaliação nutricional em pacientes portadores de doenças hepáticas crônicas, apresentando uma prevalência variada de desnutrição entre os métodos de avaliação, o que pode expressar a dificuldade em analisar o estado nutricional desse público. Dentre os métodos de avaliação nutricional, o que apresentou maior sensibilidade ao diagnosticar desnutrição foi a RFH-GA, seguida da prega cutânea tricípital e da ASG.

A ASG, apesar de ser amplamente utilizada em pacientes com doenças hepáticas, mostra-se mais eficaz quando utilizada em pacientes hospitalizados (BUNCHORNTAVAKUL, 2016). Enquanto que a RFH-GA é um bom método de avaliação nutricional, pois foi o que mais identificou pacientes desnutridos. Além dessa alta sensibilidade, o mesmo é caracterizado por ter baixo custo e utilizar a

combinação de métodos objetivos e subjetivos para realização do diagnóstico nutricional (SANTOS, 2018).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever o perfil clínico e nutricional de pacientes com cirrose atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a prevalência de desnutrição através das ferramentas RFH-GA e ASG
- Avaliar a ingestão alimentar através do recordatório de 24 horas e escala visual de ingestão

5. CONCLUSÃO

As taxas de desnutrição encontradas foram altas, principalmente ao se utilizar uma ferramenta que é considerada padrão ouro para pacientes com cirrose. Ainda, a ingestão alimentar dessa população esteve aquém das necessidades tanto pelo R24h, quanto pela escala visual de ingestão alimentar.

Dada a importância da avaliação nutricional para realização do correto diagnóstico e tomada de decisões para promover intervenções precoces, este estudo corrobora para a necessidade de utilização de ferramentas adequadas ao perfil dos pacientes.

O Serviço de Nutrição do HCPA conta com uma profissional responsável para o cuidado desses pacientes e isso é de grande relevância uma vez que o hospital é um dos centros de referência para pacientes que realizam transplante hepático. É parte da rotina do nutricionista da equipe acompanhar os pacientes em várias etapas do tratamento, seja em nível ambulatorial, hospitalar, no pré e pós transplante. Durante a residência, o nutricionista R1 tem a oportunidade de acompanhar esta área e atuar nos cuidados destes pacientes.

Foram apresentados dados parciais que fazem parte de um projeto maior a ser desenvolvido no mestrado acadêmico com intuito de elucidar as melhores ferramentas e condutas para pacientes com cirrose.

6. REFERÊNCIAS

ALBERINO, F. et al. Nutrition and survival in patient with cirrhosis. **Nutrition**, [s. l.], v. 17, n. 6, p. 445-450, 2001.

ARORA, S. et al. The Development and Validation of a Nutritional Prioritising Tool for Use in Patients With Chronic Liver Disease. **Journal of Hepatology**, [s. l.], v. 56, p. S241, 2012. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8278\(12\)60621-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8278(12)60621-7)>

BORHOFEN, S. M. et al. The Royal Free Hospital-Nutritional Prioritizing Tool Is an Independent Predictor of Deterioration of Liver Function and Survival in Cirrhosis. **Digestive Diseases and Sciences**, [s. l.], v. 61, n. 6, p. 1735–1743, 2016.

BUNCHORNTAVAKUL, C.; SUPANUN, R.; ATSAWARUNGRUANGKIT, A. Nutritional status and its impact on clinical outcomes for patients admitted to hospital with cirrhosis. **Journal of the Medical Association of Thailand**, [s. l.], v. 99, s. 2, p. 47-55, 2016.

CEDERHOLM, T. et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. **Clinical Nutrition**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 335–340, 2015.

DETSKY, A. S. et al. What is subjective global assessment of nutritional status?. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 8-13, 1987.

DUTRA, C. N. N.; BASSO, C. Alterações nutricionais em portadores de Hepatite C. **Disc. Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 7, n. 1, p. 109-120, 2006.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. **Journal of Hepatology**, v. 70, n. 1, p. 172-193, 2018.

FONSECA, G et al. Liver cirrhosis and main etiologies: A review. **E-acadêmica**, [s.l.], v. 3 , n. 2, p. 1-11, 2022.

GLASENAPP, J. H.; ZUCHINALI, P.; DALL'ALBA, V. Translation and cross-cultural adaptation of the Royal Free Hospital-Nutritional Prioritizing tool (RFH-NPT). **Arquivos de Gastroenterologia**, [s.l.], vol.60, n.1, p. 84-90, 2023.

HIRSCH S, et al. Subjective global assessment of nutritional status: further validation. **Nutrition**, [s.l.], v. 7, p. 35-8, 1991.

JAMES, S. L. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, [s. l.], v. 392, n. 10159, p. 1789–1858, 2018.

JESUS, R. P.; NUNES, A. L. B.; MAGALHÃES, L.P. BUZZINI R. Terapia Nutricional nas Doenças Hepáticas Crônicas e Insuficiência Hepática. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE). 2011. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_nas_doencas_hepaticas_cronicas_e_insuficiencia_hepatica.pdf. Acesso em 01 de out 2023.

MERLI, M. et al. EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. **Journal of Hepatology**, [s. l.], v. 70, n. 1, p. 172–193, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.06.024>>

MORGAN, M.Y. et al. Derivation and Validation of a New Global Method for Assessing Nutritional Status in Patients with Cirrhosis. **Hepatology**, [s. l.], v. 44, n. 4, p. 823-835, 2006.

MUELLER, C.; COMPHER, C.; ELLEN, D. M. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 16–24, 2011.

MUIR, A. J. Understanding the Complexities of Cirrhosis. **Clinical Therapeutics**, [s. l.], v. 37, n. 8, p. 1822–1836, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2015.05.507>>

NUNES, F. F. et al. Avaliação nutricional do paciente cirrótico: Comparação entre diversos métodos. **Scientia Medica**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 12–17, 2012.

NUSRAT, S. et al. Cirrhosis and its complications: Evidence based treatment. **World Journal of Gastroenterology**, [s. l.], v. 20, n. 18, p. 5442–5460, 2014.

PALMER, L. B. et al. Nutrition in Cirrhosis. **Current Gastroenterology Reports**, [s. l.], v. 21, n. 8, 2019.

PÉREZ-REYES, E. et al. Malnutrition is related to a higher frequency of serious complications in patients with cirrhosis. **Revista Médica del Hospital General de México**, [s. l.], v. 79, n. 1, p. 11–16, 2016.

PFRIMER, K.; FERRIOLLI, E. Avaliação nutricional do idoso. In: VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 435-49.

PLAUTH, M. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. **Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)**, [s. l.], v. 38, n. 2, p. 485–521, 2019.

ROTH, G. A. et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, [s. l.], v. 392, n. 10159, p. 1736–1788, 2018.

SANTOS, K. P. C. et al. Nutritional evaluation of patients with chronic hepatic disease: comparison between different methods. **BRASPEN J**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 170-175, 2018.

SHERGILL, R. et al. Nutritional support in chronic liver disease and cirrhotics. **World Journal of Hepatology**, v. 10, n. 10, p. 685-694, oct. 2018.

TANDON, P. et al. A practical approach to nutritional screening and assessment in cirrhosis. **Hepatology**, [s. l.], v. 65, n. 3, p. 1044–1057, 2017. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/hep.29003>>.

TANDON, P et al. Sarcopenia and frailty in decompensated cirrhosis. **Journal of Hepatology**, [s. l.], v. 75, n. 1, p. 141-162, 2021.

TRAUB, J et al. Malnutrition in Patients with Liver Cirrhosis. **Nutrients**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 540, 2021.

ZELBER-SAGI, S et al. Nutritional Evaluation Treatment of the Cirrhotic Patient. **Clinics in Liver Disease**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 373–392, 2021.

7. ANEXO

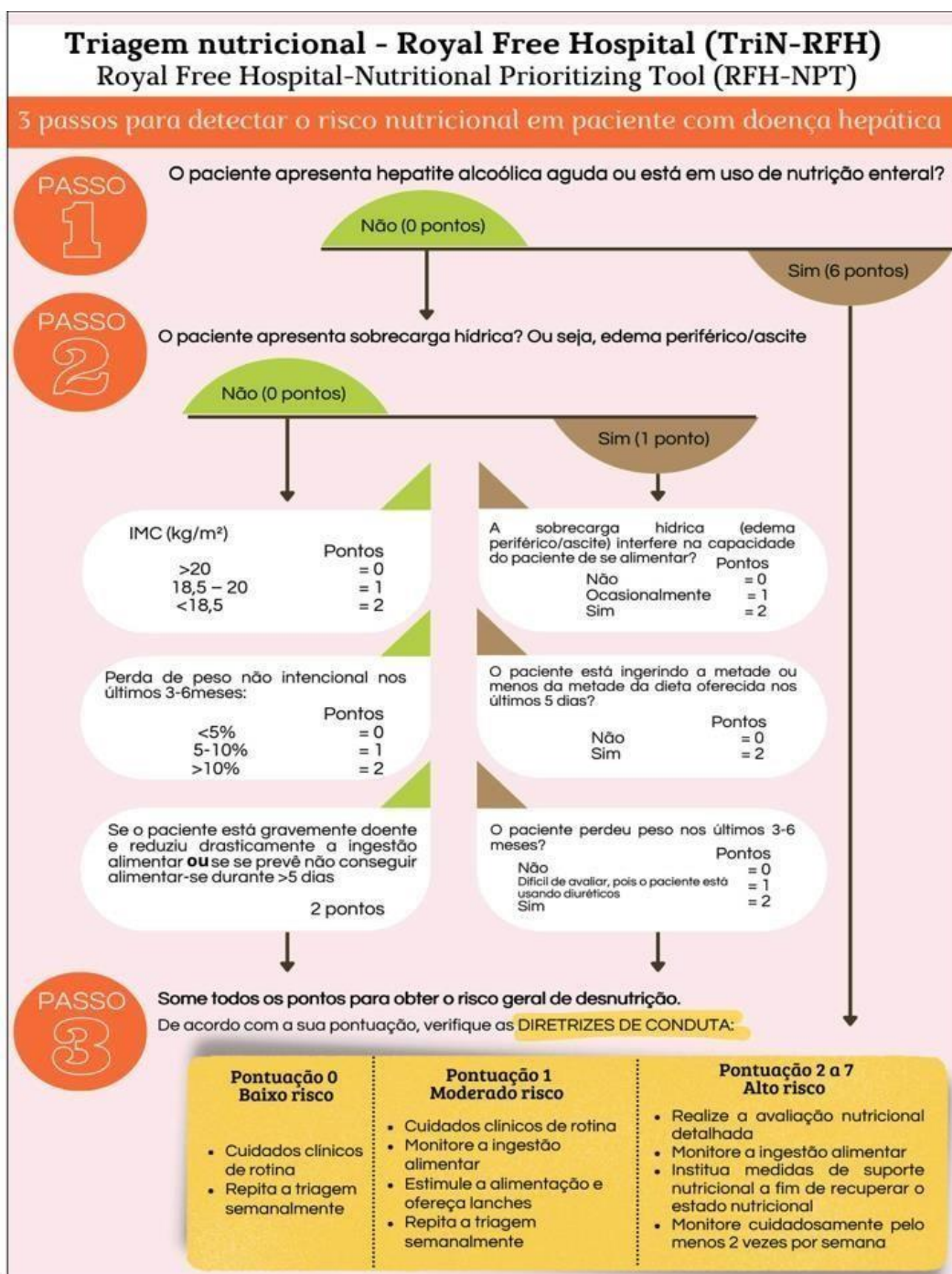
ANEXO 1 – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO ARQUIVOS DE GASTROENTEROLOGIA

Format

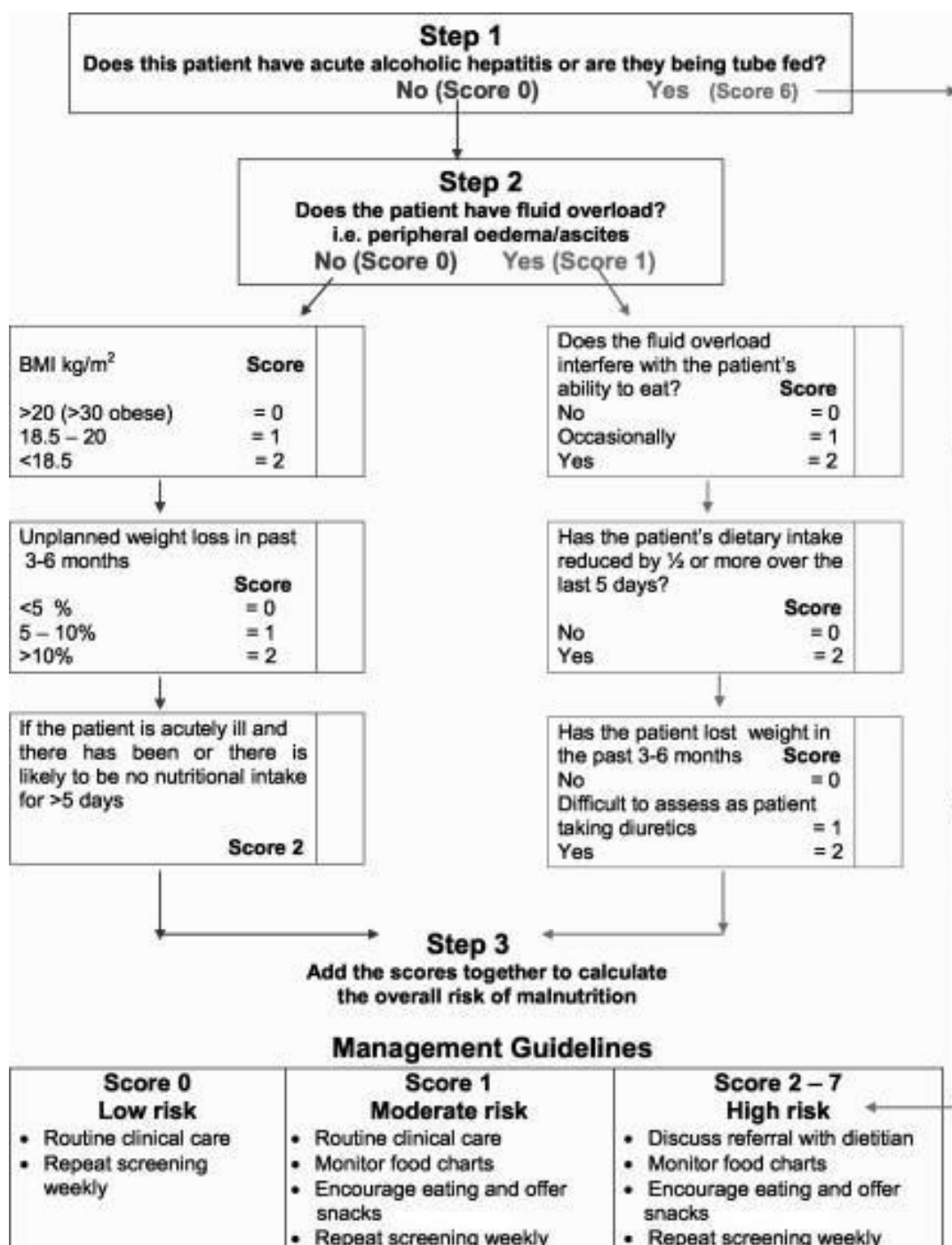
The submitted manuscript must be sent in Microsoft Word format and organized as follows:

- 1) Title in English and Portuguese; for foreign authors the translation will be done.
- 2) Authors names; do not insert staff positions or similar adjectives.
- 3) For each author should be described his participation in the study. (e.g. data collection, survey execution, writing of text, statistical analysis and so on).
- 4) The department and institution where the work was performed.
- 5) Orcid from all authors.
- 6) Acknowledgement of grants and other financial support. Interest of conflicts must be declared or not if so. If so, sponsors must be declared.
- 7) Structured Abstract (Background, Objective, Methods, Results, Conclusion) – The papers should be sent in English and Portuguese (200 – 600 words); abbreviations, footnotes and references should be avoided; for foreign authors the translation will be done.
- 8) Headings (3 to 10). Always use terms of Medical Subject Headings (MESH) list from MEDLINE. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>
- 9) We strongly recommend this paper division: Introduction; Methods; Results; Discussion; Conclusion; Acknowledgements.
- 10) All contributors who do not meet the criteria for authorship may be mentioned in Acknowledgments.
- 11) References – **Archives of Gastroenterology** adopts the Vancouver format. Complete text in: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html Cite references in the text using Arabic numerals in the order of appearance, within parentheses. For up to six authors, list all authors. For more than six authors, list first six authors followed by “et al.”.
- 12) Tables and Figures should be cited in the text in Arabic numerals. Preferably, attached separately in JPG or PNG. If they are inside the article, they should after the references. Please do not insert tables and figures in the middle of the text.
- 13) Tables (in Microsoft Word or Excel format) – Is called Table only when there are numeric results. Explanations and abbreviations should be placed in the footer of the table.
- 14) Figures – Named as “Figure” whenever it is: written questionnaire, photographs, graphics and drawings. They must be sent in high resolution digital format (2 mb). The Figures should contain a short text on the subject.

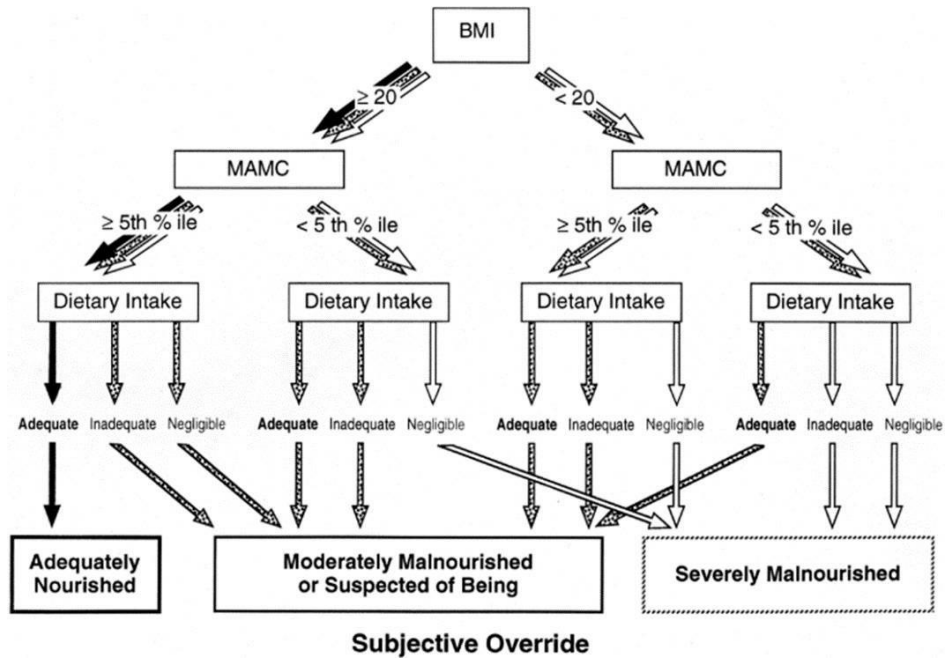
ANEXO 2 - Triagem Nutricional – Royal Free Hospital (TriN-RFH)



ANEXO 3 – Royal Free Hospital – Nutritional Prioritizing Tool (RFH – NPT)



ANEXO 4 – Royal Free Hospital – Global Assessment (RFH – GA)



ANEXO 5 – Avaliação Subjetiva Global (ASG)

Avaliação subjetiva global do estado nutricional

(Selecione a categoria apropriada com um X ou entre com valor numérico onde indicado por “#”)

A. História

1. Alteração no peso

Perda total nos últimos 6 meses: total = # _____ kg; % perda = # _____

Alteração nas últimas duas semanas: _____ aumento _____ sem alteração _____ diminuição.

2. Alteração na ingestão alimentar

_____ sem alteração

_____ alterada _____ duração = # _____ semanas.

_____ tipo: _____ dieta sólida sub-ótima _____ dieta líquida completa _____ líquidos hipocalóricos _____ inanição.

3. Sintomas gastrintestinais (que persistam por > 2 semanas)

_____ nenhum _____ náusea _____ vômitos _____ diarreia _____ anorexia.

4. Capacidade funcional

_____ sem disfunção (capacidade completa)

_____ disfunção _____ duração = # _____ semanas.

_____ tipo: _____ trabalho sub-ótimo _____ ambulatório _____ acamado.

5. Doença e sua relação com necessidades nutricionais

Diagnóstico _____ primário

(especificar) _____

Demanda metabólica (stress): _____ sem stress _____ baixo stress _____ stress moderado _____ stress elevado.

B. Exame Físico (para cada categoria, especificar: 0 = normal, 1+ = leve, 2+ = moderada, 3+ = grave).

_____ perda de gordura subcutânea (tríceps, tórax)

_____ perda muscular (quadriceps, deltóide)

_____ edema tornozelo

_____ edema sacral

_____ ascite

C. Avaliação subjetiva global (selecione uma)

_____ A = bem nutrido

_____ B = moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido

_____ C = gravemente desnutrido

ANEXO 6 – Escala Visual de Ingestão Alimentar



HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR

Indique quanto você comeu da alimentação do hospital na sua refeição principal HOJE:



QUASE TUDO



METADE



POUCO



NADA

Se você ingeriu MENOS DA METADE do prato, nos diga a razão:

1. Eu não gostei do tipo e/ou consistência da comida oferecida
2. Eu não gostei do cheiro/sabor da comida
3. A comida vai contra minhas preferências culturais / religiosas
4. A comida estava muito quente
5. A comida estava muito fria
6. Por causa de alergia / intolerância alimentar
7. Eu não estava com fome naquela hora
8. Não estou com meu apetite usual
9. Tenho problemas de mastigação / deglutição
10. Normalmente como menos
11. Tive náuseas / vômitos
12. Estava muito cansado
13. Não consigo comer sem ajuda
14. Não me permitiram comer
15. Tive que ir fazer um exame / cirurgia e perdi a refeição
16. Não recebi a comida que eu pedi
17. Não foi possível obter a informação

REFERÊNCIA: NutritionDay ©. Hiesmayr e cols. Medica University of Vienna/ESPEN. Version 1 (07/10/2016). Disponível em: http://www.nutritionday.org/cms/front_content.php?idart=419 Acessado em 21.12.2016