

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina
Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa



Relatório de Estágio em Nutrição Clínica
Observação e atuação no apoio nutricional em diversos serviços hospitalares

Leonor de Faro Viana Pereira de Almeida

Estágio de Natureza Profissional

Orientadores: Prof^ª Doutora Helena Cortez-Pinto

Dra. Patrícia Almeida Nunes

Mestrado em Nutrição Clínica

Lisboa 2015

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina
Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa



Relatório de Estágio em Nutrição Clínica
Observação e atuação no apoio nutricional em diversos serviços hospitalares

Leonor de Faro Viana Pereira de Almeida

Estágio de Natureza Profissional

Orientadores: Prof^ª Doutora Helena Cortez-Pinto

Dra. Patrícia Almeida Nunes

Mestrado em Nutrição Clínica

Lisboa 2015

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 22 de Setembro de 2015.

Todas as afirmações efetuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

Agradecimentos

Agradeço às minhas orientadoras de estágio, Prof. Dra. Helena Cortez-Pinto e Dra. Patrícia Almeida Nunes pela oportunidade de realizar o estágio em nutrição clínica, ajudando-me a crescer a nível pessoal e profissional.

Agradeço à Dra. Anabela Portugal, Dra. Sara Policarpo e Dra. Inês Ferreira pelo acompanhamento prestado e pela disponibilidade demonstrada durante todo o estágio. Agradeço ao Prof. Lino Mendes e à Dra. Helena Cortez-Pinto pelo apoio dado ao longo de todo o mestrado, assim como a todos os professores do primeiro ano.

Agradeço também à minha família e amigos por todo o apoio e ajuda durante estes meses.

Queria agradecer também às minhas colegas de mestrado Cláudia Caldeira e Filipa Silva pelo seu companheirismo e ajuda.

Resumo

Introdução e enquadramento científico: O presente relatório de estágio pretende, por um lado, descrever as atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do estágio de natureza profissional realizado no Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, no Departamento de Dietética e Nutrição, em diversos serviços de internamento e em consultas de dietética e nutrição e, por outro, efetuar uma análise crítica sobre o mesmo.

O estágio foi realizado no ano letivo de 2012/2013 no âmbito do segundo ano de Mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Medicina de Lisboa em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Este relatório visa ainda evidenciar a importância do papel do dietista na manutenção e melhoria do estado nutricional dos doentes, uma vez que a desnutrição hospitalar tem sido frequentemente observada nos serviços de internamento.

Descrição das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas: Observação e atuação, de forma tutelada, no apoio dietético nos serviços de internamento de Gastroenterologia, Hepatologia, doenças Infecto-contagiosas e Hemato-oncologia, bem como nas consultas de dietética e nutrição em gastroenterologia, hepatologia e obesidade infantil. Foram desenvolvidas competências nas diferentes patologias a nível de nutrição, como avaliação do estado nutricional, identificação do risco nutricional, desenvolvimento do plano nutricional adequado ao doente.

Apreciação crítica do estágio: A realização deste estágio permitiu-me consolidar conhecimentos adquiridos no primeiro ano de mestrado em nutrição clínica, bem como desenvolver competências pessoais e profissionais essenciais para o exercício da função de dietista em contexto hospitalar, em equipas multidisciplinares e em investigação.

Palavras-chave: Nutrição clínica; dietética e nutrição; Gastroenterologia

Abstract

Introduction and background: The present report describes the activities, and competencies acquired, as well as a critical analysis of the internship. This internship was performed in the department of Nutrition and Dietetics in the Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, in the Gastroenterology, Hepatology, infectious diseases, and Hemato-oncology Units, as well as, in the ambulatory clinic of nutrition and dietetics of gastroenterology, hepatology and pediatric obesity. It was integrated in the masterclass of Clinical Nutrition from Faculty of Medicine of the University of Lisbon in partnership with the Superior School of Technology and Health of Lisbon, in the academic year of 2012/2013.

Hospital mal nutrition is very common making the work of dietitian in these units very important.

Description of the activities performed and the competencies acquired: Observation and performance, in a subordinate way, of the dietary support in hospitalized units of Gastroenterology, Hepatology, Infectious Diseases and Hemato-Oncology, as well as in the appointments of dietetics and nutrition in gastroenterology, hepatology and pediatrics obesity. The skills developed were nutritional status assessment, identification of nutritional risk, development of a nutritional plan appropriate to the patient.

Internship Critical appraisal: The realization of this internship allowed me to consolidate the knowledge acquired in the first year of Master in Clinical Nutrition, as well as, to develop the personal and professional skills essential to the performance of the dietitian role in hospital context, in multidisciplinary teams and in research work.

Key words: Clinical Nutrition; Dietetics and nutrition; Gastroenterology

Índice Geral

1.INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Caracterização do local de estágio: Hospital de Santa Maria- Centro Hospitalar Lisboa Norte.	1
1.1.1 Serviço de Dietética e Nutrição	2
1.2 Caracterização e objetivos do estágio.....	3
2. ENQUADRAMENTO CIENTÍFICO DO ESTÁGIO	7
2.1 Doenças Inflamatórias do Intestino	7
2.2 Pancreatite	10
2.3 Doenças hepáticas crónicas	12
3. Descrição das atividades desenvolvidas	15
3.1 Internamento hospitalar	15
3.1.1 Serviço de Internamento de Gastroenterologia	16
3.1.2 Serviço de Internamento de Hepatologia.....	18
3.1.3 Serviço de internamento de doenças Infecto-contagiosas	20
3.1.4 Serviço de internamento Hemato-oncologia	21
3.2 Consulta de Gastreenterologia	22
3.3 Consulta de Hepatologia.....	24
3.4 Consulta de Pediatria	25
3.5 Outras Atividades	26
3.5.1 Sessões Clínicas do Serviço de Dietética e Nutrição	26

3.5.2. Reuniões multidisciplinares dos serviços de gastroenterologia e Infecções contagiosas	27
3.5.3. Integração no desenvolvimento de um póster para apresentação no XIV congresso da APNEP.....	27
3.5.4. Participação numa ação dirigida aos funcionários do Hospital de Santa Maria sobre a dieta mediterrânea e alimentação e doenças cardiovasculares.....	27
3.5.5 Trabalho de investigação “Relação entre o risco nutricional à entrada no serviço de Gastroenterologia e o motivo de internamento”	28
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	29
5. ANÁLISE A APRECIÇÃO CRÍTICA DO ESTÁGIO.....	31
6. CONCLUSÃO.....	33
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
8- APÊNDICE 1- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO “RELAÇÃO ENTRE O RISCO NUTRICIONAL À ENTRADA NO SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA E O MOTIVO DE INTERNAMENTO.	38

Índice de Tabelas

TABELA 1 – CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO	3
TABELA 2 - CASUÍSTICA DO ESTÁGIO NOS DIVERSOS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO	16
TABELA 3 - CASUÍSTICA DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA	18
TABELA 4 - CASUÍSTICA DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE HEPATOLOGIA	19
TABELA 5 - CASUÍSTICA DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	20
TABELA 6 - CASUÍSTICA DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE HEMATO- ONCOLOGIA	22
TABELA 7 - CASUÍSTICA DO ESTÁGIO NA CONSULTA DE DIETÉTICA E NUTRIÇÃO EM GASTROENTEROLOGIA	23
TABELA 8 - CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DAS CONSULTAS DE DIETÉTICA E NUTRIÇÃO EM HEPATOLOGIA	25
TABELA 9 - CASUÍSTICA DO ESTÁGIO NA CONSULTA DE DIETÉTICA E NUTRIÇÃO EM PEDIATRIA	26

Lista de abreviaturas

APNEP – Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

CHLN - Centro Hospitalar Lisboa Norte

CPRE - Colangiopancreatografia retrograda endoscópica

DII - doenças inflamatórias do intestino

g - Grama

HSM – Hospital de Santa Maria

IMC – Índice de Massa Corporal

kcal – Quilocalorias

kg - Quilograma

NE – Nutrição Entérica

NP – Nutrição Parentérica

NRS – Nutritional Risk Screening

OMS - Organização Mundial de Saúde

PG-SGA - Patient-Generated Subjective Global Assessment

SDN - serviço de dietética e nutrição

1.Introdução

No âmbito da Unidade curricular de estágio do 2º ano de Mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde, no ano letivo de 2012/2013, realizei um estágio académico na unidade de Gastroenterologia do Hospital Santa Maria (HSM), sob orientação da Professora Doutora Helena Cortez-Pinto e coorientação da Doutora Patrícia Almeida Nunes.

Os principais objetivos da realização deste estágio académico foram, por um lado, a consolidação e aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o primeiro ano de mestrado e, por outro, a aquisição de novos conhecimentos ao nível da nutrição nas doenças das áreas de gastroenterologia, hepatologia, doenças infecto-contagiosas e hemato-oncologia em ambiente de internamento e ambulatório.

O presente Relatório de Estágio tem como missão descrever as atividades desenvolvidas, identificar as competências adquiridas ao longo deste período e efetuar uma apreciação crítica do mesmo.

1.1 Caracterização do local de estágio: Hospital de Santa Maria- Centro Hospitalar Lisboa Norte.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) é um estabelecimento hospitalar público constituído por dois estabelecimentos universitários de referência do Sistema Nacional Português: o Hospital de Santa Maria (HSM) e o Hospital Pulido Valente. Este centro Hospitalar tem como funções integradas a prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada e continuada, de inovação e investigação, constituindo-se como uma unidade essencial dentro do Sistema de Saúde Português. O CHLN abrange a zona metropolitana de Lisboa e garante a referenciação diferenciada em diversas áreas clínicas a nível nacional e internacional (1)(2).

O HSM localizado na Cidade Universitária, no campo Grande, Alvalade, foi inaugurado a 27 de Abril de 1953, tendo sido aberto ao público no ano de 1954. É um Hospital Universitário abrangendo, não só, a Faculdade de Medicina de Lisboa e a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, como também, o Instituto de Medicina Molecular.

O HSM está organizado em 11 departamentos:

- Departamento de Medicina
- Departamento de Cirurgia
- Departamento da Criança e da Família
- Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e de Medicina de Reprodução
- Departamentos de MCDT's
- Departamento de Oncologia
- Departamento ORL, Voz e Perturbações da Comunicação
- Departamento do Tórax
- Departamento de Urgências e Cuidados Intensivos
- Outros Serviços Clínicos

O Hospital de Santa Maria é reconhecido pelas suas áreas de investigação, sendo o maior centro de investigação clínica a nível nacional, como centro de ensino na área da saúde e ainda como uma unidade de assistência central e de referência nos diferentes departamentos médicos (1).

1.1.1 Serviço de Dietética e Nutrição

O serviço de Dietética e Nutrição (SDN) do Hospital de Santa Maria é um serviço de prestação de cuidados de Saúde com intervenção nas áreas das ciências de nutrição e dietética. Conta com uma Equipa de 21 dietistas, sendo esta coordenada pela Doutora Patrícia Almeida Nunes. Encontra-se localizado no piso 1 do HSM, sendo composto por um gabinete de trabalho para os dietistas e secretariado, uma sala de reuniões e um laboratório de Dietética e Nutrição.

O SDN tem como funções a avaliação nutricional em internamento e consultas externas, o controlo de qualidade e segurança alimentar do CHLN e a aquisição de alimentos e suplementos nutricionais.

O SDN participou no projeto “Nutrition Day in European Hospitals” em representação do HSM-CHLN, com o objetivo de diminuir a desnutrição hospitalar. Desenvolve ainda ações para a comunidade, nomeadamente, rastreios gratuitos no dia mundial da alimentação, com vista a educar e a esclarecer a comunidade em relação a uma alimentação equilibrada e aos riscos metabólicos (3).

1.2 Caracterização e objetivos do estágio

O estágio académico realizado no HSM-CHLN, no Serviço de Dietética e Nutrição e no Serviço de Gastrenterologia, decorreu desde o dia de 28 de Janeiro de 2013 a 12 de Julho de 2013, com uma carga horária total de 525 horas, divididas por 24 semanas e em 30 horas semanais.

As atividades desenvolvidas no estágio estão descritas na Tabela 1, tal como se pode na seguinte tabela:

Tabela 1 – Cronograma das atividades desenvolvidas no estágio

Atividades	Dezembro 2012	Janeiro 2013	Fevereiro 2013	Março 2013	Abril 2013	Maió 2013	Junho 2013	Julho 2013
Planificação do estágio/elaboração do projeto de intenção de estágio								
Estágio em Nutrição Pediátrica no Departamento de Pediatria e no SDN do HSM-CHLN								
Elaboração do relatório de estágio								

Atividades	Março 2015	Abril 2015	Maió 2015	Junho 2015	Julho 2015
Elaboração do relatório de estágio					
Elaboração do trabalho de investigação					

O estágio encontrou-se sob orientação da professora Doutora Helena Cortez-Pinto, licenciada em medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e doutorada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa e da Dra. Patrícia Almeida Nunes, licenciada em Dietética pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, mestre em Gestão de Saúde pela Universidade de Évora, pós-Graduada em Comportamento Alimentar e Doenças Metabólicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Coordenadora do Serviço de Dietética e Nutrição do HSM-CHLN.

O estágio teve como objetivos gerais:

- Aprofundar e aplicar os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares;
- Desenvolver capacidades que permitam desempenhar as funções inerentes ao Dietista;
- Contactar com a realidade profissional;
- Observar o funcionamento geral do local de estágio;
- Adquirir novos conhecimentos, capacidades e competências.

Os objetivos específicos para este estágio foram os seguintes:

- Desenvolver capacidades de relacionamento interpessoal através do trabalho em grupo;
- Aprender e executar as atividades diárias do orientador;
- Aumentar a capacidade de adaptação a novas situações;
- Aplicar métodos de trabalho com bases científicas;
- Desenvolver capacidades de iniciativa, exposição e argumentação;

- Avaliar processos clínicos de doentes internados;
- Calcular as necessidades nutricionais, abrangendo todos os nutrientes relevantes para a situação clínica do doente;
- Avaliar a evolução dos doentes (internados ou em ambulatório);
- Elaborar de um projeto de investigação;
- Participar numa ação dirigida aos funcionários do Hospital de Santa Maria sobre a dieta mediterrânea a alimentação e as doenças cardiovasculares;
- Participar na elaboração de um póster para ser apresentado no congresso da APNEP.

2. Enquadramento científico do estágio

2.1 Doenças Inflamatórias do Intestino

As doenças inflamatórias do intestino (DII) consistem no grupo de distúrbios inflamatórios de causa desconhecida que envolvem o trato gastrointestinal, cujas duas formas mais comuns de manifestação são a Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa. Têm um padrão de recidiva e remissão da doença que varia entre períodos de semanas a meses.

A Doença de Crohn é uma doença crónica que afeta toda a espessura da parede intestinal e que pode ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal, desde a boca até ao ânus incluindo a zona perianal, afetando mais frequentemente o segmento terminal do íleon e cólon. As áreas afetadas intercalam-se com áreas normais apresentando-se assim de forma descontínua e é caracterizada pela formação de úlceras, estenoses, fístulas e granulomas (4)(5).

A Colite Ulcerosa é caracterizada por uma inflamação e ulceração difusa do cólon e reto, provocando uma friabilidade da mucosa destas estruturas e podendo resultar em diarreias sangrentas. A doença pode afetar apenas o reto, o que corresponde a 40 a 50% dos doentes, progredir para partes distintas do cólon, 30 a 40% dos doentes, ou para a totalidade do mesmo, 20% dos doentes. A Colite Ulcerosa é manifestada por úlceras profundas, pseudopólipos e abcessos em criptas (4)(5).

Ambas as patologias estão frequentemente associadas a distúrbios nutricionais como, desnutrição calórico-proteica, deficiência de vitaminas e de minerais (6).

São patologias com origem desconhecida, sabendo-se apenas que são multifatoriais, envolvendo interações do sistema imunológico do trato gastrointestinal com uma reatividade anormal dos linfócitos T da mucosa intestinal à microflora normal não patogénica. A predisposição genética é também reconhecida como possível causa para o desenvolvimento das DII (5)(4). No caso da Doença de Crohn, os indivíduos com familiares em primeiro grau com esta patologia têm um risco cinco vezes superior de desenvolver a doença. Existem vários genes associados à Doença de Crohn sendo o

primeiro a ser descoberto o NOD2/CARD15 (7). A incidência e a prevalência da Doença de Crohn variam de acordo com a zona geográfica. A prevalência de Colite Ulcerosa é cerca de 100 casos por 100.000 habitantes, enquanto na Doença de Crohn é de 130 casos por 100.000 habitantes (5)(8). As duas patologias ocorrem mais frequentemente entre os 15 e os 30 anos, têm um segundo pico entre os 60 e os 80 anos e afeta em igual número ambos os sexos.

Embora a Colite Ulcerosa e a Doença de Crohn apresentem algumas semelhanças a nível de características clínicas, para além da inflamação crónica da mucosa intestinal, as doenças demonstram diferenças a nível de histopatologia, patologia e apresentação (5).

Na Doença de Crohn os sintomas mais comuns são, diarreia, dor abdominal, perda de peso e atraso no desenvolvimento em crianças. Como manifestações extra-intestinais pode ocorrer, eritema nodoso, espondilite anquilosante, pioderma gangrenoso esclerosante, entre outros. Outra manifestação consiste na má absorção e digestão de micro-nutrientes e oligo-elementos, que difere consoante a localização da doença (5)(4).

Em relação à Colite Ulcerosa os sintomas geralmente apresentados são, dor abdominal tipo cólica, diarreia, enterorragia, produção de muco e tenesmo. Podem ocorrer também manifestações extra-intestinais, em aproximadamente 25% dos doentes, como, eritema nodoso, episclerite, artrite deformante oligoarticular, entre outros (5).

Diagnóstico

Em ambas as patologias, o diagnóstico deve ser feito por colonoscopia total e biópsia.

Tratamento

O tratamento das DII tem duas vertentes: terapêutico e nutricional (4)(9)(10).

A primeira consiste no recurso a fármacos, nomeadamente corticoesteróides, antibióticos, agentes anti-inflamatórios, imunossuppressores, anti-citoquinas e probióticos (5).

O tratamento nutricional tem-se revelado um recurso extremamente útil, uma vez que atua diretamente no estado nutricional dos doentes, ajudando na recuperação e manutenção de um quadro estável e afetando positivamente a evolução da doença (9).

Os doentes em remissão têm normalmente um estado nutricional normal e devem fazer uma alimentação variada e equilibrada, excluindo os alimentos aos quais são intolerantes. Nestes casos, a desnutrição pode dever-se a consequências de uma cirurgia como, malabsorção de nutrientes, crescimento bacteriano excessivo ou utilização de fármacos (6).

Na fase ativa da doença a alimentação deve minimizar a sintomatologia e prevenir ou reverter a perda de peso, utilizando quando necessário suplementos nutricionais (5)(9)(11).

A dieta deve ser hipercalórica devido ao aumento das necessidades energéticas durante o processo de inflamação (25 a 30 quilocalorias (kcal)/quilogramas (kg)/dia), hipolipídica (menos de 20% das calorias totais), hiperproteica (1 a 1,5 g (grama)/kg/dia) e normoglicídica, com restrição de hidratos de carbono simples e de alimentos que causem flatulência (9).

Por serem doenças caracterizadas por intolerâncias individuais, sendo as mais comuns a intolerância à lactose, ao trigo e aos derivados dos mesmos, a dieta deve ser adaptada a cada indivíduo (12). Com a evolução clínica do doente podem ser introduzidos gradualmente hidratos de carbono simples, fibras insolúveis, lípidos e lactose.

Na fase ativa da doença é importante incluir suplementos de alguns micronutrientes devido à restrição dietética, como cálcio e vitamina D, uma vez que a utilização de corticosteróides, a má absorção e a restrição de produtos lácteos podem levar a carência de cálcio. As deficiências em ferro, zinco, potássio e sódio, também são comuns devido à ocorrência de diarreias (5).

Caso não haja obstrução intestinal, não existem contra-indicações para a utilização de Nutrição Entérica (NE) como terapia nutricional primária para corrigir défices nutricionais, em casos de desnutrição e em fases ativas da doença (6)(9). A NE, ao preservar a mucosa intestinal, previne a translocação bacteriana e diminui a síntese de mediadores pró-inflamatórios por fornecer nutrientes específicos.

A nutrição Parentérica (NP) pode ser utilizada como terapêutica nutricional primária quando existe obstrução intestinal, síndrome de intestino curto, hemorragia do cólon, perfuração intestinal e como terapêutica coadjuvante na fase aguda, em casos de intolerância à NE, ou quando a nutrição oral e a NE são quantitativamente insuficientes para manter o estado nutricional do doente (13). Ao promover o repouso intestinal, a NP controla a inflamação intestinal, reduz os movimentos peristálticos, o desenvolvimento bacteriano no lúmen intestinal e a secreção do aparelho digestivo, aliviando os sintomas e suprimindo, em simultâneo, as necessidades nutricionais (9)(12)(13). No entanto, o repouso intestinal não é essencial para a remissão da doença, podendo levar a uma atrofia da mucosa intestinal e à translocação bacteriana para a corrente sanguínea (9).

Alguns estudos sobre a suplementação com ácidos gordos polinsaturados de cadeia n-3 têm sido efetuados. O racional baseia-se no efeito dos ácidos gordos polinsaturados da cadeia n-3 têm na inflamação, atuando como anti-inflamatórios (14)(15)(16). A utilização de ácidos gordos polinsaturados de cadeia n-3 parece ser segura mas ineficaz na remissão da doença de Crohn. No entanto a informação disponível ainda não é suficiente para poder fazer-se uma recomendação para a utilização destes ácidos gordos nestes doentes (17).

2.2 Pancreatite

O pâncreas é uma glândula alongada e aplanada localizada no abdómen superior, atrás do estômago. Tem funções endócrinas e exócrinas. Como função endócrina, as células pancreáticas produzem insulina, glucagon e somatostatina para a corrente sanguínea de modo a controlar a homeostase de glucose (5)(4). O pâncreas exócrino controla a digestão de nutrientes, secretando enzimas e outras substâncias diretamente para o lúmen intestinal.

Pancreatite é o termo utilizado para definir uma inflamação do pâncreas. Pode ser classificada como aguda ou crónica e ter várias causas como cálculos biliares, fármacos, álcool, infeções virais, dislipidémia, *status* pós colangiopancreatografia retrograda endoscópica, entre outros (4)(18).

A **pancreatite aguda** pode ser classificada como leve, moderada ou severa. A dor associada está normalmente relacionada com os mecanismos de secreção das enzimas pancreáticas e biliares (5).

Os sintomas consistem em dor abdominal contínua ou intermitente, com variações de intensidade, na região epigástrica e periumbilical que pode irradiar para a região dorso-lombar, torácica, flancos e região abdominal inferior. Podem também ocorrer náuseas, vômitos, esteatorreia e distensão abdominal. Nos casos de pancreatite aguda ligeira ou moderada, os sintomas tendem a desaparecer em dois ou três dias. Em casos de pancreatite aguda severa esta pode evoluir para necrose pancreática e peri-pancreática extensa (4).

Durante a fase aguda da doença é recomendado a hidratação via intravenosa e a nutrição oral deve ser suspensa. A nutrição oral deve ser iniciada entre o terceiro e o sétimo dia de internamento por uma dieta líquida translúcida hipolipídica e com redução proteica. A evolução na dieta deve ser feita progressivamente e conforme o tolerado pelo doente (5).

Em casos de pancreatite aguda severa a nutrição oral deve ser adiada e o suporte nutricional deve ser feito através de NE ou NP conforme tolerância do doente (5).

O tratamento nutricional deve ser escolhido pela seguinte ordem e sempre avaliando a tolerância do doente: NE via sonda naso-gástrica, NE via sonda naso-jejunal e por último NP (19).

O cálculo das necessidades energéticas deve rondar os 25-35 kcal/kg de peso/dia, com 1,2-1,5g de proteína/kg de peso/dia, hidratos de carbono entre 3-6 gr/kg/peso/dia correspondente à glucose sanguínea e lípidos até 2 g/kg peso/dia correspondente à concentração de triglicéridos no sangue (19).

A **Pancreatite Crónica** consiste numa lesão permanente e irreversível do pâncreas, manifestado por uma inflamação crónica, fibrose e pela destruição do tecido pancreático, exócrino e endócrino. A etiologia da pancreatite crónica é maioritariamente o álcool (70%), a obstrução dos ductos pancreáticos, a pancreatite tropical, a pancreatite idiopática, a pancreatite auto-imune, entre outras (4)(18).

Os doentes com pancreatite crónica têm um risco de desnutrição calórico-proteica mais elevado devido à insuficiência pancreática e à diminuição da ingestão alimentar devido à dor pós-prandial.

O tratamento médico consiste em fármacos como, analgésicos, inibidores da bomba de prótons, antagonistas de recetores de H₂, antiácidos e enzimas pancreáticas, anti-diabéticos orais e insulina (5).

O tratamento nutricional tem como objetivos o aumento da ingestão calórico-proteica, a diminuição da esteatorreia e o controlo da dor (5).

A alimentação deve ser oral sempre que tolerada, com recurso, quando necessário, a suplementos orais. A dieta deve ser hipercalórica (30kcal/kg peso/dia), hiperproteica (1,5 g/kg peso/dia) e hipolipídicas (0,5g/kg de peso/dia). Os suplementos vitamínicos devem ser tidos em conta, assim como os hiperproteicos. Para alívio da esteatorreia é recomendada a substituição de lípidos por óleo de triglicéridos de cadeia média (MCT oil - médium chain triacylglycerol oil) (5)(19).

2.3 Doenças hepáticas crónicas

O fígado é um órgão de extrema importância, localizado no quadrante superior direito do abdómen e é composto por dois lobos.

As principais funções do fígado incluem o metabolismo dos hidratos de carbono, das proteínas e dos lípidos, o armazenamento e a ativação de vitaminas e minerais, a secreção e excreção de biliar, a conversão de amónia em ureia, o metabolismo dos esteroides e a filtração de sangue (4)(5).

As doenças hepáticas podem ser classificadas como agudas, nomeadamente hepatites virais, hepatites tóxicas, leptospirose, ou crónicas como por exemplo hepatites crónicas, cirrose hepática, esteatose hepática alcoólica e não alcoólica (4).

A **cirrose hepática** é uma patologia crónica, caracterizada pela inflamação e fibrose difusa, da qual resultam alterações estruturais drásticas e uma perda significativa da função hepática. Pode resultar de uma doença hepática secundária a uma colestase intra-

hepática e extra-hepática, a uma hepatite viral e a outras hepatotoxinas. O alcoolismo e a desnutrição são dois fatores predisponentes desta doença. Existem vários tipos de cirrose hepática sendo que a cirrose de Laennec é a tipologia mais relacionada com a desnutrição (4)(5).

As complicações mais frequentes de cirrose hepática são desnutrição, ascite, hiponatremia, encefalopatia hepática, alterações de glicose, malabsorção de gorduras, síndrome hépato-renal e osteopenia (5)(20).

Um tratamento nutricional adequado nestes doentes pode reverter a mal nutrição e melhorar os resultados clínicos (5).

Como consequência da cirrose hepática surgem problemas na alimentação relacionados com a anorexia, náusea e disgeusia. A ascite pode provocar uma sensação de enfartamento devido ao peso que exerce sobre o estômago, sendo nestas situações recomendado refeições em pequena quantidade e com maior frequência (cerca de 6-7 refeições). A ingestão de líquidos deve ser incentivada e se necessário recorrer à alimentação entérica (5)(21)(22).

A nutrição deve ser feita via oral ou entérica preferencialmente. A nutrição parentérica deve apenas ser utilizada quando a via oral ou enteral não é possível. Neste caso, a energia deve ser fornecida através glucose e lípidos, sendo que estes últimos devem estar em quantidades entre os 35-50%. O azoto deve ser fornecido através de soluções de aminoácidos convencionais para administração parentérica(21). As necessidades energéticas para cirroses não complicadas e sem encefalopatia devem ser calculadas através da regra de 25-35 kcal/kg de peso por dia e 1,0-1,2 g/kg de peso/ dia de proteínas ou aminoácidos (21).

Em doentes malnutridos com cirrose hepáticas as necessidades energéticas aumentam para 35-40 kcal/kg de peso/dia e quantidade de proteínas deve rondar os 1,5g/kg de peso/ dia. Em doentes com cirrose hepática e encefalopatia as necessidades energéticas devem ser calculadas através da fórmula 25-35 kcal/kg de peso/dia. Em encefalopatia de grau I ou II, as necessidades proteicas começam em 0,5 g/kg de peso/dia e aumentam para 1-1,5 g/kg de peso/dia e em encefalopatias de grau II e IV, entre 0,5-1,2 g/kg de peso/dia (21).

Os lípidos devem variar entre 25-40% do valor energético total (5).

A suplementação de vitaminas-tanto hidro como lipossolúveis- e minerais é recomendada em doentes com cirrose hepática (21)(23). Em casos de retenção de líquidos como ascite, é recomendável a restrição de sódio a 2g por dia (5).

3. Descrição das atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas durante o estágio no Hospital de Santa Maria basearam-se na observação da intervenção nutricional de doentes internados nos serviços de gastroenterologia, hepatologia, doenças Infecto-contagiosas e hemato-oncologia e nas consultas externas dos serviços de gastroenterologia, hepatologia, e obesidade infantil. A descrição detalhada de cada atividade é apresentada de seguida.

3.1 Internamento hospitalar

Os doentes internados apresentam na sua grande maioria desnutrição calórico-proteica no momento do seu internamento. Deste modo, torna-se importante garantir, através da dieta hospitalar, um aporte de nutrientes que salvaguardem e melhorem o estado nutricional destes doentes. A experiência de internamento, que inclui a sujeição aos procedimentos médicos, a consciencialização de um estado de doença, o afastamento das atividades diária e da família, podem, por si só, agravar o estado nutricional dos doentes, pelo que a dieta se torna um importante elemento para a recuperação dos doentes, não só pelas suas características nutricionais mas também pelo seu carácter simbólico.

Em suma, a intervenção dietética nestes doentes, pretende garantir o aporte nutricional adequado a cada patologia e, em simultâneo, aos gostos pessoais do doente, de modo a melhorar o consumo alimentar e, posteriormente, o estado nutricional do paciente.

Casística do estágio nos diversos serviços de internamento

Durante o período de estágio observei e atuei no apoio dietético de 284 doentes, 239 de gastroenterologia, 36 de Hepatologia, 6 de Infecto-contagiosas e 3 de Hemato-oncologia. Do número total de doentes, 163 (57,4%) eram do sexo masculino e 121 (42,6%) do sexo feminino. A média de idades foi de 60 anos, sendo o máximo 91 e o mínimo 19 anos. A tabela 2. “Casística do estágio nos diversos serviços de internamento” resume os dados mencionados anteriormente.

Tabela 2 - Casuística do estágio nos diversos serviços de internamento

Serviços de internamento (n=284)		
Género n (%)	Feminino	120(42,6)
	Masculino	163 (57,4)
Idade (anos)	Máximo	91
	Mínimo	19
	Média	60

3.1.1 Serviço de Internamento de Gastroenterologia

O serviço de gastroenterologia do Hospital de Santa Maria, situa-se no 4º piso do Hospital de Santa Maria. O serviço tem 5 quartos, cada um com 4 camas (total 20 camas) e 7 macas. Tem ainda duas salas para trabalho médico, uma sala de enfermeiros, uma sala de tratamentos e uma copa.

O estágio no serviço de gastroenterologia teve uma duração de 24 semanas, tendo sido a intervenção dietética realizada diariamente no período da manhã. Esta intervenção consistia, em primeiro lugar, na recolha dos dados relativos aos doentes (nome, idade, dia de internamento, diagnóstico, antecedentes pessoais, exames a realizar e a dieta prescrita) a partir do quadro da sala dos enfermeiros, e da consulta do processo clínico do doente.

De seguida, procedia-se ao preenchimento do questionário NRS-2002, com base na informação levantada junto do doente, designadamente, a pesagem e a medição da sua altura. No caso de doentes dependentes, procedeu-se à medição de perímetros braquial e geminal para determinação do peso e da medição do antebraço e da perna para determinação da altura.

Nesta entrevista com o doente era igualmente recolhida informação sobre alergias e gostos pessoais dos doentes (por exemplo, intolerância à lactose ou outro alimento específico, se o doente possuía dentição ou se tinha capacidade de mastigação, entre outros). Posteriormente, procedia-se à prescrição de dietas com base nas dietas hospitalares terapêuticas, ou à prescrição de dietas personalizadas quando necessário.

Após a introdução das alterações de dietas dos pacientes internados no programa dietético, era preenchido um mapa das dietas para a copa, com o número da cama, nome do doente, dieta (terapêutica ou personalizada) e outras observações (por exemplo, caso o doente tivesse no seu plano alimentar um suplemento alimentar, indicava-se as horas a ser tomado e que suplemento).

No decorrer do período de internamento do doente, foram realizadas várias monitorizações para avaliação da tolerância à dieta prescrita, avaliação da progressão ou regressão do estado clínico e consulta do processo clínico para avaliação da necessidade de alteração da dieta.

No momento da alta do doente, quando necessário, era fornecido um ensino alimentar para que o doente pudesse manter em casa uma dieta adaptada à sua condição clínica. Caso houvesse necessidade era também marcada uma consulta para o doente poder ser acompanhado em ambulatório.

No início do estágio comecei por observar a atuação e apoio dietético da Dra. Anabela Portugal no Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia. Ao longo do período de estágio fui adquirindo maior autonomia, nomeadamente no que respeita à recolha de informação dos doentes através de conversas com os mesmos e da consulta dos processos, à avaliação física através de medições antropométricas (peso, altura, altura do joelho, comprimento do antebraço), ao preenchimento do questionário de risco nutricional NRS-2002 e à recolha de informação dietética através de re-call-24 horas. Foi ainda possível efetuar o ensino para alta a 10 doentes durante o período de estágio.

Casística do Serviço de Gastroenterologia

Durante o período de estágio observei e atuei na no apoio nutricional e dietético de 239 doentes, 44% do sexo feminino e 56% do sexo masculino e com idades máxima de 91 anos e mínima de 19, sendo a média de 60 anos, como se pode observar pela tabela 3.

Tabela 3 - Casuística do estágio no serviço de internamento de Gastroenterologia

Serviço de internamento de Gastroenterologia (n=239)		
Género n (%)	Feminino	105(44)
	Masculino	134 (56)
Idade (anos)	Máximo	91
	Mínimo	19
	Média	60

Foi aplicado o questionário de risco nutricional a todos os doentes internados. Dos 239 doentes, 99 encontravam-se em risco nutricional (score ≥ 3).

Verificou-se uma grande variedade de diagnósticos nos doentes internados no serviço, sendo os mais frequentes doenças inflamatórias do intestino (15,1% (Doença de Crohn (10%) e Colite ulcerosa (5%)), Pancreatite aguda (10,8%), Doença hepática crónica (10,8%), Neoplasias gástricas (8,3%), Hemorragias digestivas altas (8,3%), Diabetes Mellitus (5,8%), hemorragias digestivas baixas (4,1%) e patologias da vesícula (3,3%). Outros diagnósticos menos frequentes foram: anorexia, anemia, disfagia, icterícia, encefalopatia porto-sistémica, ileíte terminal, entre outras.

3.1.2 Serviço de Internamento de Hepatologia

O serviço de Hepatologia encontra-se no 4º piso do Hospital de Santa Maria. A duração do estágio neste serviço foi de 1 mês. O serviço tem capacidade para 9 camas e 4 macas, tendo duas salas para trabalho médico, uma sala de enfermeiros e uma copa. O estágio no serviço hepatologia teve uma duração de 4 semanas.

À semelhança do estágio no serviço de gastroenterologia, no período da manhã eram recolhidas informações sobre os doentes através dos seus processos clínicos, de informação recolhida na sala de enfermeiros e de informação dada pelos enfermeiros. Após a recolha de informação dos processos clínicos do doente era realizado uma avaliação do estado nutricional e identificação de risco utilizando o questionário NRS-2002 através de uma conversa com o doente e da utilização de medidas antropométricas. Nesta conversa, eram também identificadas alergias alimentares e intolerâncias, sendo

esta informação complementada através de um re-call 24 horas, no qual se conseguia compreender os hábitos alimentares do doente, de modo a avaliar a qualidade e quantidade de alimentos ingeridos.

Seguidamente eram prescritas as dietas no programa hospitalar e elaborada uma folha para a copa com a indicação do tipo de dieta de cada doente e de suplementação quando necessária, com a indicação de horário, quantidade e tipo de suplemento dietético.

Todos os doentes eram pesados semanalmente e o seu peso inserido no programa computacional para monitorização.

Quando necessário, era feito um ensino para alta aos doentes e cuidadores, com entrega de um plano nutricional personalizado e com informações relevantes adequadas à sua patologia.

Casuística do serviço de Hepatologia

Foram avaliados 36 doentes no total, 61,1% do sexo masculino e 38,9 % do sexo feminino. A média de idades foi de 58 anos com máximo e mínimo de 80 e 20 anos respetivamente.

Tabela 4 - Casuística do estágio no serviço de internamento de Hepatologia

Serviço de internamento de Hepatologia (n=36)		
Género n (%)	Feminino	14(38.9)
	Masculino	22(61.1)
Idade (anos)	Máximo	80
	Mínimo	20
	Média	58

As patologias mais comuns neste tipo de serviço são a doença hepática crónica (41,6%), cirrose hepática (8,3%), encefalopatia (8,3%) e realização da quimioembolização para tratamento de carcinoma hépato-celular (5,5%). Outras patologias com menor frequência foram: hepatite auto-imune, hepatite medicamentosa, hipercaliémia,

trombocitopenia entre outros. Foram efetuados, quando necessário e de forma tutelada, ensinamentos para alta aos doentes.

3.1.3 Serviço de internamento de doenças Infecto-contagiosas

O serviço de infecto-contagiosas encontra-se no piso 5 do Hospital de Santa Maria. O estágio no serviço de Infecto-contagiosas teve a duração de 1 semana sob a orientação da Dra. Sara Policarpo. Foi iniciado com uma visita médica, na qual foram discutidos todos os casos dos doentes em equipa multidisciplinar. Seguidamente foram analisados os processos de cada doente e efetuada a recolha de informação necessária sobre o doente - diagnóstico, medicação, antecedentes pessoais entre outros. A avaliação nutricional e identificação de risco nutricional foi efetuada através de uma conversa com o doente, com recurso a medições antropométricas, re-call 24 horas quando necessário e avaliação física do mesmo. Neste serviço, todos os doentes são pesados pelo menos uma vez por semana e os seus pesos anotados nos processos dos mesmos.

Casuística do serviço de Infecto-contagiosas

Durante o período de estágio tive a possibilidade de observar e atuar no apoio dietético de 6 doentes, 5 homens e 1 mulher. A média de idades foi de 52 anos, sendo as idades compreendidas entre 42 e 78 anos, como se pode verificar pela tabela 3.1.3.1-Casuística do estágio no serviço de internamento de doenças infecto-contagiosas.

Tabela 5 - Casuística do estágio no serviço de internamento de doenças Infecto-contagiosas

Serviço de internamento de doenças Infecto-contagiosas (n=6)		
Género n (%)	Feminino	1(16)
	Masculino	5(83)
Idade (anos)	Máximo	78
	Mínimo	42
	Mediana	52

Do conjunto de seis doentes, três encontravam-se infetados com o vírus da SIDA. Os diagnósticos destes doentes foram: abscesso hepático com sépsis, abscesso do braço esquerdo, pneumonia, meningite, pneumocistose e pneumonia MRSA com choque séptico.

Foi elaborado um plano alimentar personalizado para um doente durante o seu período de internamento e avaliada a respetiva tolerância à dieta. Foram ainda efetuados dois ensinamentos para alta para dois doentes de forma tutelada.

Durante o período de estágio nesta unidade tive, igualmente, a oportunidade de observar o apoio nutricional realizado a três doentes internados nos cuidados intensivos desta unidade, encontrando-se dois dos pacientes a fazer alimentação parentérica e um a iniciar alimentação oral com suplementação.

3.1.4 Serviço de internamento Hemato-oncologia

O serviço de hemato-oncologia encontra-se no piso 6 do Hospital de Santa Maria. Tive a oportunidade de estagiar neste serviço durante 3 dias sob a orientação da Dr^a Inês Ferreira. Devido à sua área de intervenção, os doentes do serviço de Hemato-oncologia têm normalmente períodos de internamento mais alargados comparativamente com os outros serviços em que tive a oportunidade de estagiar. Neste serviço, os doentes são reavaliados nutricionalmente todas as semanas, pois o risco nutricional associado a estes doentes é muito elevado. Os doentes são pesados duas vezes por semana, sendo os seus pesos apontados no respetivo processo clínico. O apoio dietético é essencial, não só, pelo estado catabólico em que se encontram, como também, devido aos efeitos secundários dos tratamentos efetuados (náuseas, enjoos, falta de apetite, anorexia e caquexia são sintomas muito comuns nestes doentes). Neste sentido, a intervenção dietética é essencial para assegurar o aporte energético adequado para estes doentes e tentar melhorar o estado nutricional.

Casuística do Serviço internamento de Hemato-oncologia

Durante o período de estágio observei e atuei no apoio dietético de 3 doentes. Tive a oportunidade de aplicar o questionário de risco nutricional Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) que está validado para esta população, a um doente.

Tabela 6 - Casuística do estágio no serviço de internamento de hemato-oncologia

Serviço de internamento de Hemato-oncologia (n=3)		
Género n (%)	Feminino	1(33,3%)
	Masculino	2(66,6%)
Idade (anos)	Máximo	61
	Mínimo	45
	Mediana	49

As patologias dos doentes foram dois linfomas não Hodgkins e uma Leucemia. Devido à própria doença, aos tratamentos e ao tempo de internamento no hospital, estes doentes apresentam-se muitas vezes deprimidos, prostrados e sem apetite. Os enjoos e náuseas associados aos tratamentos e a falta de apetite associada à própria doença, aumentam muito o risco de desnutrição destes doentes. Assim, é muito importante a adaptação quase diária do plano nutricional destes doentes para alimentos tolerados. Na grande maioria são doentes que necessitam de suplementação calórico proteica pois não conseguem atingir as necessidades nutricionais apenas com uma alimentação oral sem suplementação.

3.2 Consulta de Gastreenterologia

As consultas de nutrição e gastroenterologia são realizadas no piso zero do Hospital de Santa Maria nas consultas externas, às quartas-feiras no período da manhã, pela Dra. Anabela Portugal. Os doentes são referenciados pelos diversos médicos desta especialidade deste hospital ou de outros, ou após um período de internamento hospitalar, em que é necessário acompanhamento nutricional destes doentes.

Numa primeira consulta são recolhidos dados relativos a toda a história clínica do doente, sintomatologia (vómitos, diarreia, obstipação, dificuldade em deglutir) informação médica presente e passada (se tem doença crónica, aguda, se foi internado e quando, se está a tomar algum tipo de medicação, entre outros). Nas primeiras consultas ou consultas de seguimento é realizado um exame físico através de bioimpedância e medidas antropométricas (perímetro da cintura, anca e peito) e recolhida informação relativa à história dietética através de re-call 24 horas (número de refeições diárias, horários das refeições, tipo de alimentos ingeridos, quantidades de alimentos ingeridos, alergias e/ou intolerâncias alimentares entre outros). O doente tem oportunidade de colocar questões relativas à alimentação e de esclarecer dúvidas adicionais.

Após a recolha de informação é elaborado, em conjunto com o doente, um plano nutricional personalizado para o mesmo.

Quando necessário, são remarcadas novas consultas para reavaliação do estado do doente, de acordo com a sua disponibilidade e tentando ajustar ao tempo necessário para implementação do novo plano nutricional.

Casística do estágio na consulta de nutrição em gastroenterologia

Ao longo das 20 semanas de estágio tive a oportunidade de assistir a 57 consultas de dietética e nutrição em gastroenterologia. Dos 57 doentes, 63% eram do sexo feminino e 37% do sexo masculino. A média de idades foi de 53 anos, sendo a idade máxima 77 anos e mínima 18 anos, tal como se pode verificar na tabela 3.2.1- Casística do estágio na consulta de dietética e nutrição em gastroenterologia.

Tabela 7 - Casística do estágio na consulta de dietética e nutrição em gastroenterologia

Consulta dietética e nutrição em gastroenterologia (n=57)		
Género n (%)	Feminino	36(63)
	Masculino	21(37)
Idade (anos)	Máximo	77
	Mínimo	18
	Média	53

Dos 57 doentes, 10 (17,5%) doentes tinham baixo peso para a sua altura, 2 (3,5%) peso normal para a altura, 13 (22,8%) excesso de peso para a altura e 32 (56,1%) apresentavam obesidade e, por último, um doente demonstrava obesidade mórbida, segundo o seu Índice de Massa Corporal (IMC) e de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS).

3.3 Consulta de Hepatologia

Durante o período de estágio tive também a oportunidade de assistir a consultas de dietética e nutrição e hepatologia da Dra Anabela Portugal. As consultas, a par das consultas de gastroenterologia, são dadas no piso zero do Hospital de Santa Maria às quintas-feiras no período da manhã. Os doentes são encaminhados pelos médicos desta especialidade ou é marcada uma consulta após um período de internamento, na qual é identificada a necessidade de acompanhamento nutricional destes doentes.

Nas primeiras consultas, tal como nas consultas de dietética e nutrição em gastroenterologia, são recolhidas informações acerca da história clínica do doente. Nestas consultas e nas de seguimentos é, igualmente, realizada uma avaliação corporal do doente através de medidas antropométricas e de bio-impedância, e é recolhida toda a informação dietética necessária através de re-call 24 horas e de perguntas ao doente. No final da consulta é elaborado um plano nutricional com o doente. Se necessário é marcada nova consulta para avaliação da adaptação ao plano, do cumprimento do mesmo e dos resultados obtidos.

Casística do estágio das consultas de dietética e nutrição em hepatologia

Durante o período de estágio assisti a 20 consultas de dietética e nutrição no contexto de hepatologia. Dos 20 doentes 12 (60%) eram do sexo feminino e 8 (40%) do sexo masculino. A média de idades é de 56 anos, com um máximo de 80 anos e mínimo de 38 anos. A tabela 3.2.1- casística do estágio das consultas de dietética e nutrição em hepatologia resume os dados apresentados.

Tabela 8 - Casuística do estágio das consultas de dietética e nutrição em Hepatologia

Consulta dietética e nutrição em Hepatologia (n=20)		
Género n (%)	Feminino	12(60)
	Masculino	8(40)
Idade (anos)	Máximo	80
	Mínimo	38
	Média	56

Dos 20 doentes apenas um apresentava peso normal, 6 pré-obesidade e 13 obesidade segundo o seu IMC e a classificação da OMS. Dos 20 doentes, 6 apresentavam comorbidade Diabetes Mellitus tipo 2.

3.4 Consulta de Pediatria

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de assistir às consultas de obesidade pediátrica da Dra. Inês Ferreira. As consultas são realizadas às segundas e sextas-feiras no período da tarde.

Numa primeira consulta é recolhida toda a informação clínica relevante da criança e tanto nas primeiras como nas consultas de seguimento é feita uma avaliação do estado nutricional criança através de dados antropométricos- peso e altura- e cálculo do IMC. Os dados são interpretados utilizando curvas de percentil. Através de um re-call 24 horas e com a ajuda do cuidador é feita uma avaliação da qualidade e quantidade de alimentos ingeridos pela criança.

No final, é elaborado um plano nutricional adequado à idade, estado nutricional e quando aplicável patologia da criança, que esta deve seguir. No caso de consultas de seguimento, é adaptado ou alterado o plano prescrito anteriormente.

Sempre que necessário, são marcadas novas consultas para avaliação e monitorização da adaptação ao plano nutricional e dos resultados obtidos.

Casuística do estágio na consulta de obesidade Pediátrica

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a 3 consultas de obesidade pediátrica da Dra. Inês Ferreira. As 3 crianças eram do sexo masculino, a mediana de idades foi de 11 anos, tendo como máximo 16 anos e mínimo 4. A tabela 9 resume os dados anteriormente referidos.

Tabela 9 - Casuística do estágio na consulta de dietética e nutrição em pediatria

Consulta dietética e nutrição em Pediatria (n=3)		
Género n (%)	Feminino	(0)
	Masculino	3(100)
Idade (anos)	Máximo	16
	Mínimo	4
	Média	11

Das três crianças, uma tinha diagnóstico de Doença de Crohn e as restantes apresentavam obesidade. Apenas uma consulta era de primeira vez, sendo as restantes consultas de seguimento.

3.5 Outras Atividades

3.5.1 Sessões Clínicas do Serviço de Dietética e Nutrição

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a 2 sessões clínicas organizadas pelas dietistas do Serviço de Dietética de Nutrição do HSM sobre os temas “Nutrição e Cancro da Mama” e “Insulinoterapia Intensiva e Contagem de Hidratos de Carbono”, que se realizaram respetivamente nos dias 20 de Fevereiro e 11 de Março de 2013.

3.5.2. Reuniões multidisciplinares dos serviços de gastroenterologia e Infecto-contagiosas

Ao longo das semanas de estágio tive a oportunidade de assistir a várias reuniões do serviço de Gastroenterologia, nas quais eram discutidos os casos de cada doente pelas equipas multidisciplinares. As reuniões eram semanais, permitindo um acompanhamento dos doentes ao longo do seu internamento.

Tive a oportunidade também de assistir a visitas médicas no serviço de infecto-contagiosas.

3.5.3. Integração no desenvolvimento de um póster para apresentação no XIV congresso da APNEP.

Tive a oportunidade de participar na elaboração de um póster para ser apresentado no congresso da APNEP. O tema do póster foi “Caracterização dos Utentes na primeira consulta de Dietética e Nutrição-gastroenterologia”.

3.5.4. Participação numa ação dirigida aos funcionários do Hospital de Santa Maria sobre a dieta mediterrânea e alimentação e doenças cardiovasculares

Foi elaborada pelo serviço de dietética e nutrição uma ação para os funcionários do Hospital de Santa Maria, com vista a realizar uma avaliação do estado nutricional de cada pessoa e esclarecimento sobre a dieta mediterrânea. Durante o dia, os funcionários tiveram a oportunidade de fazer uma avaliação nutricional (peso, dados relativos a percentagem de massa gorda, massa isenta de gordura e percentagem de água, altura e perímetro da cintura), medição da pressão arterial, medição de glucose sanguínea, aconselhamento nutricional de acordo com as necessidades de cada um e, por fim, esclarecimento e informação sobre a dieta mediterrânea.

3.5.5 Trabalho de investigação “Relação entre o risco nutricional à entrada no serviço de Gastroenterologia e o motivo de internamento”

Ao longo de período de estágio foi desenvolvido um trabalho de investigação que pretende averiguar a existência de uma relação entre o risco nutricional (pelo questionário NRS-2002) à entrada no serviço de gastroenterologia do HSM e o motivo de internamento. Os dados dos doentes integrados no trabalho foram recolhidos ao longo das 24 semanas de estágio (Apêndice A).

4. Competências adquiridas

O estágio realizado no Hospital de Santa Maria permitiu-me robustecer e complementar a aprendizagem adquirida no primeiro ano de mestrado, com a integração da experiência prática. Esta experiência traduziu-se não só na consolidação de conhecimentos de âmbito técnico-científico, como também no desenvolvimento da minha capacidade de relacionamento interpessoal, e, por fim, na consciencialização da relevância do comportamento ético no tratamento dos doentes.

A nível académico e profissionais, o facto de ter tido a oportunidade de observar e atuar no apoio nutricional em serviços de internamento e em consultas externas permitiu-me desenvolver várias competências nas diferentes áreas onde estagiei (gastroenterologia, hepatologia, doenças infecto-contagiosas e hemato-oncologia), nomeadamente, a capacidade de identificação do risco nutricional e de avaliação do estado nutricional; a capacidade de adequação da intervenção nutricional através de desenvolvimento de planos alimentares adaptados às patologias e aos doentes; e, por último, a avaliação e monitorização da resposta ao plano nutricional, mesmo em situações inesperadas de súbita mudança do estado de saúde dos pacientes. Adicionalmente, desenvolvi a minha capacidade de análise e sentido crítico, tendo em consideração a importância de se avaliar um caso clínico através de uma perspetiva de complementaridade e pluridisciplinaridade.

A nível pessoal, o estágio permitiu-me desenvolver a capacidade de trabalho em equipas multidisciplinares em ambiente hospitalar, sendo capaz de levantar informação relevante através dos diversos profissionais de saúde bem como dos doentes. Consolidei, igualmente, a minha capacidade de exposição oral, procurando adequar a minha comunicação a cada público-alvo e utilizar corretamente a terminologia técnico-científica.

Tendo sido a primeira vez que integrei como profissional um contexto hospitalar, aprendi a relevância do estabelecimento de relações empáticas com todos os profissionais de saúde, desde médicos, a enfermeiros, a auxiliares, entre outros, bem como, com os doentes. Consciencializei-me também da importância que nós, profissionais de saúde, temos em cada momento do internamento e de acompanhamento

dos pacientes, no sentido de lhes proporcionarmos, ao máximo, a confiança, calma e segurança necessárias.

Por último, ao longo do estágio tive de lidar com algumas situações com doentes ou com os outros profissionais de saúde, que me ajudaram a consolidar o meu comportamento ético-deontológico em contexto hospitalar. Um exemplo destas situações foi quando um paciente que, em sede de reunião de Equipa tinha sido indicado para cuidados paliativos, me questionou sobre o seu estado de saúde e eu não pude responder, pois não era da minha responsabilidade dar este tipo de informação.

Neste sentido, apercebi-me que uma boa gestão de expectativas e a manutenção de uma inteligência emocional são dois fatores cruciais para a vida de todos os profissionais de saúde.

5. Análise a apreciação crítica do Estágio

As 24 semanas de estágio no Hospital de Santa Maria tiveram um impacto muito positivo no desenvolvimento de competências académicas e pessoais e na consolidação dos conhecimentos adquiridos durante o primeiro ano de mestrado.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de passar por vários serviços de internamento que demonstraram a diversidade de patologias e de formas de trabalhar dentro do hospital, permitindo-me desenvolver e praticar várias competências, sendo este o aspeto mais importante do estágio.

Pelo facto de ter sido este estágio o meu primeiro contacto com o meio hospitalar como profissional de saúde e com a aplicação de conhecimentos em dietética e nutrição, encontrei alguma dificuldade no período inicial. A grande variedade de patologias, a forma de trabalhar de cada serviço e o contacto com os doentes e com as suas patologias apresentaram, no início, uma complexidade que penso ter sido ultrapassada ao longo do tempo.

Passados dois anos do meu estágio, consigo avaliar a minha presença no Hospital de Santa Maria como uma experiência muito positiva e enriquecedora para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Durante estes meses contactei com muitos pacientes, conheci as suas histórias de vida, as suas famílias, tendo tentado ao máximo ajudar quer os pacientes, quer os familiares, a lidar com os seus medos e receios da melhor forma.

Foram vários os doentes me marcaram, mas um em especial, que passo a mencionar. Durante um mês, acompanhei um doente com cerca de 78 anos que tinha como diagnóstico de cancro colo-retal e tinha sido submetido a uma colectomia e colostomia prévia ao internamento. O doente foi internado devido à agravação do seu estado nutricional com um *score* de NRS-2002 de 5. Ao longo de um mês e uma semana, acompanhei-o e tentei diminuir o desconforto relacionado com a alimentação, a anorexia devido à falta de apetite, às náuseas e enjoos e à rejeição de determinados tipos de alimentos. Conversava com o paciente e com os seus familiares, explicava-lhe a importância de se alimentar corretamente, da necessidade de utilização de suplementos alimentares e incentivá-lo a comer. Procurava encontrar alimentos que lhe proporcionassem um maior bem-estar e fazia um acompanhamento próximo e diário da

evolução do seu estado. No entanto, o paciente acabou por falecer na minha última semana de estágio. Embora não tenha sido o meu primeiro paciente a morrer, foi o que mais acompanhamento teve da minha parte.

Em suma, cada paciente e cada história marcaram-me e ajudaram-me a desenvolver o lado humano que cada profissional de saúde deve ter.

6. Conclusão

A realização do estágio no HSM foi bastante enriquecedor, permitindo-me consolidar os conhecimentos adquiridos no primeiro ano de Mestrado em Nutrição Clínica, bem como ganhar novas competências tanto a nível pessoal, como profissional. O contacto com várias áreas médicas permitiu-me desenvolver capacidades de adaptação e de trabalho com diferentes patologias e profissionais de saúde. O desenvolvimento o trabalho de investigação permitiu-me também aprofundar conhecimentos e ganhar competências a esse nível. Deste modo, considero que foram atingidos os objetivos definidos para o estágio.

7. Referências bibliográficas

1. Centro Hospitalar Lisboa Norte E. Site Institucional [Internet]. [cited 2013 Jul 25]. Available from: <http://www.hsm.min-saude.pt/>
2. Centro Hospitalar Lisboa Norte. Site Institucional [Internet]. [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>
3. Hospital de Santa Maria. Serviço de Dietética e Nutrição [Internet]. [cited 2013 Jul 25]. Available from: <http://www.hsm.min-saude.pt/hsmindra/tabid/1067/Default.aspx>
4. Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser SL, Longo DL, Fauci AS, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed. 2005. 1776-1792 p.
5. Mahan KL. Krause's food & nutrition therapy. 12th ed. 2008. 688-695 p.
6. Lochs H et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Gastroenterology. Clin Nutr. 2006;25(2):260–74.
7. Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser SL, Longo DL, Fauci AS, et al. Harrison's. Principios de medicina interna. 2005. 734-734 p.
8. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. Gastroenterology. 2012 Jan;142(1):46–54.e42; quiz e30.
9. E. Shils M, Shike M, Caballero B, Robert JC. Modern Nutrition in health and disease. 10th ed. 2006. 1210-1216 p.
10. O'Sullivan M, O'Morain C. Nutrition in inflammatory bowel disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2006 Jan;20(3):561–73.

11. Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy K, Alpers D, Hellerstein M, Murray M, et al. Nutrition support in clinical practice: review of published data and recommendations for future research directions. Summary of a conference sponsored by the National Institutes of Health, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, and America. *Am J Clin Nutr.* 1997 Sep 1;66(3):683–706.
12. L. Buchman A. *Clinical Nutrition in Gastrointestinal Disease.* 1st ed. 2006. 69-70 p.
13. Sobotka L, Schneider SM, Berner YN, Cederholm T, Krznaric Z, Shenkin a., et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Geriatrics. *Clin Nutr.* 2009;28(4):461–6.
14. Cabré E, Mañosa M, A. Gassul M. Omega-3 Fatty Acids in Inflammation and Autoimmune Diseases. *Br J Nutr.* 2012;1(6):495–505.
15. Lorenz-Meyer H, Bauer P, Nicolay C, Schulz B, Purrmann J, Fleig WE, et al. Omega-3 Fatty Acids and Low Carbohydrate Diet for Maintenance of Remission in Crohn’s Disease: A Randomized Controlled Multicenter Trial. *Scand J Gastroenterol.* Informa UK Ltd UK; 1996 Jul 8;31(8):778–85.
16. Biondo-Simões M, Mandelli K, Pereira M, Faturi J. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: Revisão. *Rev bras Coloproct.* 2003;23(3):172–82.
17. Turner D, Zlotkin SH, Shah PS, Griffiths AM. Omega 3 fatty acids (fish oil) for maintenance of remission in Crohn’s disease. *Cochrane database Syst Rev.* 2014 Jan;(1):CD006320.
18. Mareck W, Sands J, Mareck J. *Enfermagem médico-cirúrgica.* 6th ed. 2003. 1581-1580 p.
19. Meirer R, Beglinger C, Layer P, Gullo L, Keim V, Laugier R, et al. ESPEN Guidelines on nutrition in acute pancreatitis. *Clin Nutr.* 2002;21:173–83.

20. Richardson RA, Davidson HI, Hinds A, Cowan S, Rae P, Garden OJ. Influence of the metabolic sequelae of liver cirrhosis on nutritional intake. *Am J Clin Nutr.* 1999 Feb 1;69(2):331–7.
21. Plauth M, Merli M, Kondrup J, Weimann A, Ferenci P, J. Muller M. ESPEN guidelines for nutrition in liver disease and transplantation. *Clin Nutr.* 1997;16:43–55.
22. Saraf N. Nutritional management of acute and chronic liver disease. *Hepat B Annu.* Medknow Publications and Media Pvt. Ltd.; 2008 Jan 1;5(1):117.
23. Amodio P, Bemeur C, Butterworth R, Cordoba J, Kato A, Montagnese S, et al. The nutritional management of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis: International society for hepatic encephalopathy and nitrogen metabolism consensus. *Hepatology.* 2013 Jul 31;58(1):325–36.

8. Apêndice 1- Trabalho de investigação “Relação entre o risco nutricional à entrada no serviço de Gastroenterologia e o motivo de internamento.



Trabalho de investigação

Relação entre o risco nutricional à entrada no serviço de Gastroenterologia e o motivo de internamento.

Leonor Almeida¹

Dra. Anabela Portugal²

Dra. Patrícia Almeida Nunes³

Prof. Doutora Helena Cortez-Pinto⁴

¹ Aluna do Curso de Mestrado em Nutrição Clínica (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa).

² Dietista do Serviço de Dietética e Nutrição – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, Lisboa.

³ Chefe do Serviço de Dietética e Nutrição- Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, Lisboa.

⁴ Departamento de Gastroenterologia – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria – Unidade de Nutrição e Metabolismo, Faculdade de Medicina, IMM, Lisboa, Portugal.

Resumo

Introdução e objetivos: Um número considerável de doentes hospitalizados cujos motivos de internamento podem variar no que respeita à sua sintomatologia a diagnósticos, apresenta um risco de desnutrição à entrada no hospital. Deste modo, o presente estudo tem como objetivo correlacionar o motivo de internamento com o risco de desnutrição à entrada do serviço de internamento de gastroenterologia do Hospital de Santa Maria de Lisboa.

Amostra e métodos: Foram incluídos no estudo todos os doentes que deram entrada no serviço de gastroenterologia entre o período de 26 de Janeiro a 16 de Junho de 2013 tendo sido apenas considerados os que apresentavam motivos de internamento específicos, excluindo-se os doentes em observação após exames. Como instrumento, foi aplicado o questionário de identificação de risco nutricional NRS-2002. Os dados foram analisados através do programa de estatística SPSS.

Resultados: As dimensões de análise motivo de internamento e risco nutricional demonstraram apenas uma correlação estatisticamente significativa que foi entre diarreia e risco nutricional.

Discussão: embora fosse esperada a existência de correlações entre motivos de internamento, nomeadamente pancreatite aguda, neoplasia pancreática, colangite e diarreia e risco nutricional, esta correlação apenas se verificou no caso da diarreia.

Conclusão: Apesar da amostra ser constituída por um número considerável de casos (n = 206 doentes), esta não evidencia uma distribuição normal, apresentando um amplo grupo de motivos de internamento, o que dificulta a obtenção de correlações com significância estatística.

Índice

1.	INTRODUÇÃO	41
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	42
3.	OBJETIVOS	44
4.	POPULAÇÃO ALVO	44
5.	MÉTODOS	45
6.	ANÁLISE DE RESULTADOS	46
6.1	Análise descritiva da amostra.....	46
6.2	Análise Inferencial.....	48
7.	DISCUSSÃO DE RESULTADOS	49
8.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	52
9.	CONCLUSÃO	53
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
	ANEXO 1. – NUTRITIONAL RISK SCREENING 2002	57

1. Introdução

O presente trabalho foi elaborado no âmbito do segundo ano de Mestrado em Nutrição clínica da faculdade de Medicina de Lisboa em parceria com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, durante o período de estágio académico no serviço de Dietética e Nutrição e mais especificamente no serviço de Gastroenterologia do Hospital de Santa Maria, do Centro Hospitalar Lisboa-Norte.

Foi proposto elaborar um trabalho de investigação dentro das temáticas abordadas durante o período de estágio.

O tema selecionado foi a relação entre o motivo de internamento no serviço de gastroenterologia do Hospital de Santa Maria de Lisboa e o risco nutricional à entrada do mesmo. Vários estudos demonstram relações entre o risco nutricional e diversas patologias, nomeadamente patologias gastroenterológicas. O mesmo acontece com alguns sintomas relacionados com as mesmas patologias. No entanto, não se observam estudos que correlacionem o motivo de internamento com o risco nutricional.

O motivo de internamento abrange geralmente sintomatologia mais específica de grupos de patologia, ou mesmo patologias especificadas.

Assim, o interesse deste trabalho é a identificação de motivos de internamento que poderiam à partida não ter um efeito direto com o risco de desnutrição dos doentes.

2. Enquadramento Teórico

A manutenção do estado nutricional é importante preservação e manutenção do estado de saúde. Estudos demonstram que a desnutrição está presente num grande número de doentes internados (1)(2)(3). Matos et al (4) após a aplicação do questionário Nutritional Risk Screening-2002 (NRS-2002) a 1152 doentes internados em 6 hospitais portugueses, observaram uma elevada frequência de doentes em risco nutricional à entrada que varia entre os 28,5% e os 47,3%. Sabemos que a desnutrição influencia negativamente a evolução clínica destes pacientes, podendo interferir com os sistemas imunológico, cardiovascular, respiratório e gastrointestinal, aumentando assim o tempo de permanência no hospital, a morbidade e a mortalidade (5)(6)(7)(8)(9).

A desnutrição é definida por um índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 18,5 kg/m²; Perda de peso involuntária superior a 10% num período de 3 a 6 meses ou um IMC inferior a 20 kg/m² e perda de peso involuntária superior a 5 % nos últimos 3 a 6 meses (5).

Doentes com problemas gastrointestinais, apresentam muitas vezes, casos de desnutrição por motivos variados: ingestão alimentar insuficiente, má digestão ou absorção de nutrientes, alterações de metabolismo, entre outras. As doenças do foro gastrointestinal têm uma incidência relativamente elevada na população portuguesa. Algumas patologias são mais prevalentes como é o caso da doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) afetando cerca de 35% da população adulta portuguesa (DADOS ONSA), a dispepsia afetando cerca de 15 a 20 % da população, as doenças inflamatórias intestinais afetando 56 pessoas em 100 000 habitantes, doença hepática e o cancro digestivo (mais especificamente o colo-rectal em Portugal aparecendo 50 novos casos por 100 000 habitantes por ano e vindo este numero a crescer) (4).

As patologias como cirrose hepática, pancreatite aguda, doenças inflamatórias do intestino estão são alvos de estudo entre a patologia e o risco de desnutrição (10)(11)(12). Associados a estes estudos são identificadas as sintomatologias frequentes destas patologias como é o caso da ascite na cirrose hepática, a dor abdominal na pancreatite aguda e a diarreia nas doenças inflamatórias do intestino (13)(14).

No caso das patologias com necessidade de internamento a doença hepática e a hemorragia digestiva são apontadas como os principais motivos de internamento. A hemorragia digestiva está associada a taxas de morbilidade e mortalidade elevada. Outros motivos de internamento comuns são as cirroses hepáticas descompensadas, pancreatites e cancro digestivo(15).

A avaliação do risco nutricional é essencial para que seja possível fazer uma intervenção nutricional adequada (16). Segundo as guidelines da ESPEN, todos os doentes devem ser avaliados, até 48 horas após a admissão no serviço de internamento. A ferramenta recomendada pela ESPEN para detetar casos de desnutrição ou de a vir a desenvolver, aplicada a população adulta em meio hospitalar, é o questionário Nutritional Risk Screening- NRS-2002 (ANEXO I) (16).

O NRS 2002 é dividido em duas partes: uma primeira avaliação composta por 4 questões referentes ao IMC (se é menor que 20,5 kg/m²), perda ponderal não desejada nos últimos 3 meses, redução da ingestão alimentar na última semana e a presença de doença grave. Se alguma das respostas for positiva, preenche-se a segunda parte do questionário, referentes ao estado nutricional e à severidade da doença. Nesta etapa os doentes são classificados em relação ao estado nutricional (ausência de desnutrição, desnutrição leve, moderada e grave) e em relação à severidade da doença (ausente moderada e grave). A pontuação total varia de 0 a 6. Idade igual ou superior a 70 anos é considerado um fator de risco adicional, somando um ponto ao score final destes doentes. Após o preenchimento do questionário os scores são somados e os doentes podem ser classificados como em risco nutricional para scores iguais ou superiores a 3. Scores de NRS-2002 menores que 3 é recomendada novo rastreamento semanalmente de modo a monitorizar e detetar precocemente a possibilidade de desenvolver risco nutricional durante o internamento hospitalar (11) (12).

3. Objetivos

Este trabalho tem como objetivo averiguar se existe uma relação entre o score de NRS-2002 (internados no Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Santa-Maria-CHLN) e o motivo de internamento. O estudo está integrado no estágio profissional do Mestrado em Nutrição Clínica.

4. População alvo

Todos os doentes internados no serviço de Gastroenterologia do de Santa Maria-CHLN e avaliados, desde 28 Janeiro de 2013 a 16 Julho de 2013.

Critérios de inclusão

- Todos os doentes internados no serviço de Gastreenterologia de 28 Janeiro de 2013 a 16 de Julho de 2013.
- Doentes com motivo de internamento.

Critérios de exclusão

- Doentes com internamentos de curta duração (laqueação endoscópica das varizes esofágicas, controlo pós exames).

5. Métodos

O presente trabalho é um estudo Coorte retrospectivo, dos doentes internados no Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Santa Maria-CHLN e avaliados pela estudantes, desde 28 Janeiro de 2013 a 16 Junho de 2013.

O questionário para a avaliação do risco nutricional utilizado será o NRS-2002 (APÊNDICE I).

O questionário utilizado será o NRS-2002. Serão recolhidos todos os dados do questionário exceto o nome do doente. Os scores nutricionais serão agrupados em 2 grupos: grupo 1 quando o score é menor que três, e grupo 2 para scores iguais ou superiores a três em que os doentes estão em risco nutricional.

Os dados estatísticos foram analisados através do programa SPSS-20. O teste usado para avaliar as correlações foi o teste exato de Fisher, uma vez que a amostra não apresenta uma distribuição normal.

O valor de significância foi de 5%.

6. Análise de resultados

6.1 Análise descritiva da amostra

A amostra do estudo foi constituída por 206 doentes, tendo sido recolhida informação no primeiro ou segundo dia de entrada no internamento. Dos 206 doentes 43,2 %(89) doentes eram do sexo feminino e 56,8% (117) do sexo masculino. A média de idades foi de 59 ± 17 anos, variando entre os 19 e os 91 anos como se pode confirmar pela tabela 1.

Tabela 10- Caracterização da população incluída no estudo

Género n (%)	Feminino	89 (43,2)
	Masculino	117 (56,8)
Idade (anos)	Máximo	91
	Mínimo	19
	Média± desvio padrão	59 ± 17

Em relação ao score de NRS-2002, dos 206 doentes, 120 doentes apresentavam um score entre 0 e 2 não se encontrando em risco nutricional mas com indicação para reavaliação semanal e 86 doentes encontravam-se em risco nutricional (score igual ou superior a 3).

Em relação ao índice de Massa Corporal (IMC), 24,5% dos doentes apresentava baixo peso para a altura, 31,4% dos doentes apresentavam peso adequado para a altura, 28,9% dos doentes apresentavam excesso de peso e 15,2% dos doentes apresentava obesidade.

O gráfico 2. Resume a informação apresentada anteriormente.

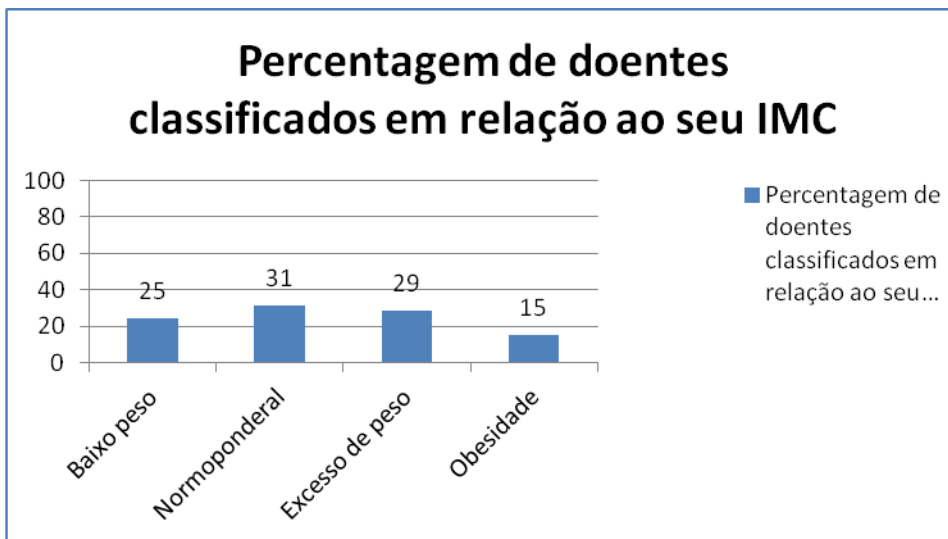


Ilustração 1- Percentagem de doentes incluídos no estudo classificados pelo seu IMC

motivos de internamento mais frequentes foram: Diarreia 11 casos (17,8%), hemorragia digestiva alta 33 casos (15,9%), dor abdominal 31 casos (15,5%) e ascite e vômitos: 11 (5,3%). Em menor percentagem as pancreatites agudas e a colangite tiveram a mesma frequência 9 casos (4,3%) cada, e as neoplasias pancreáticas e encefalopatias porto-sistémicas com a mesma frequência 6 casos (2,9%). O gráfico 1 resume a informação referente aos motivos de internamento.

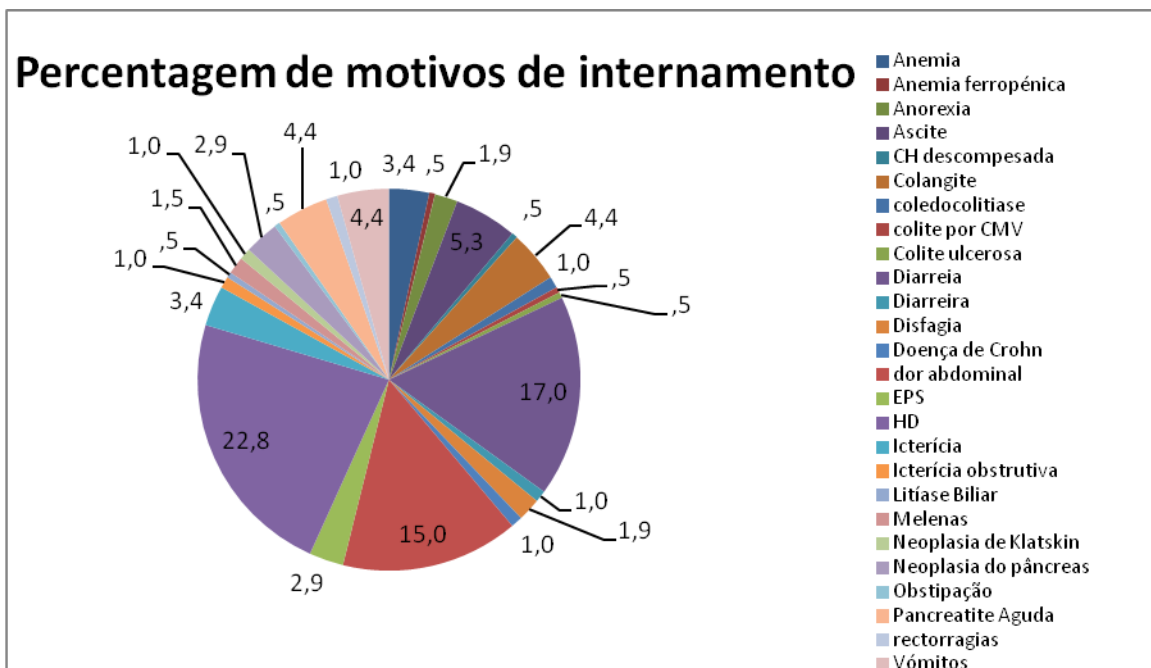


Ilustração 2- Percentagem de motivos de internamento durante o período de estágio no serviço de internamento de Gastroenterologia.

6.2 Análise Inferencial

Seguindo os pressupostos do teste exato de Fisher foram apenas escolhidos os motivos cujos valores observados apresentavam um $n \geq 5$.

Assim, foram analisadas as correlações entre o risco nutricional e: anemia, ascite, colangite, diarreia, dor abdominal, encefalopatia porto-sistémica (EPS), hemorragias digestivas, icterícia, neoplasia do pâncreas, pancreatite aguda, e vômitos.

Tabela 11- Resultados do teste exato de Fisher

Variável	Valor p do Teste de Fisher
Anemia	1.00
Ascite	1.00
Colangite	0.495
Diarreia	0.853
Dor abdominal	0.006
EPS	0.404
Hemorragias digestivas	0.178
Icterícia	1.00
Neoplasia do Pâncreas	1.00
Pancreatite Aguda	1.00
Vômitos	0.532

Dos resultados obtidos apenas a dor abdominal teve um resultado estatisticamente significativo quando correlacionado com o risco nutricional.

7. Discussão de resultados

O objetivo deste estudo foi tentar encontrar uma correlação entre o risco nutricional e o motivo de internamento no serviço de Gastroenterologia do Hospital de Santa Maria de Lisboa.

A análise dos resultados demonstram que apenas existe uma correlação estatisticamente significativa entre o risco nutricional e a dor abdominal. Esta correlação pode ser justificada pelo desconforto que a dor abdominal causa afetando o apetite, a disposição e o bem-estar geral dos doentes. A dor abdominal é um sintoma com vários potenciais diagnósticos, incluídos também nesta análise como por exemplo a colangite. Assim, a dor abdominal pode estar correlacionada com vários diagnósticos, mostrando assim uma correlação forte com o risco nutricional.

Seria de esperar que em motivos de internamento como a neoplasia do pâncreas e a colangite tivessem uma correlação forte com o risco nutricional. A neoplasia do pâncreas debilita muito o estado nutricional dos doentes, pela neoplasia em si que induz um estado catabólico nos doentes, como pela localização da neoplasia que afeta a digestão dos nutrientes (17)(18). A colangite por seu lado, por ser uma inflamação do ducto biliar, induz também um mau-estar e piora a digestão dos lípidos (17)(12). Os doentes estão normalmente nauseados, e com falta de apetite. O facto de não haver uma correlação com o risco nutricional pode dever-se ao tamanho da amostra (6 casos de neoplasia do pâncreas e 9 casos de colangite).

No caso da Encefalopatia porto-sistémica seria de esperar uma relação com o risco nutricional. A encefalopatia é uma consequência de doença hepática crónica, estando assim também relacionada com mal nutrição destes doentes(19). A ascite é também uma das consequências da cirrose hepática estando presente em 50% dos doentes(20). Os doentes hepáticos crónicos têm um risco nutricional elevado (21)(11).

A icterícia é caracterizada por uma pigmentação amarelada da pele e da esclerótica, produzida por valores anormalmente elevados de bilirrubina no sangue (22). Pode ser causada por doença hepática ou biliar. Esta relacionada normalmente com perda de apetite, perda de peso, náuseas, fadiga e febre (22).

Nos últimos três casos, a não correlação entre o risco nutricional e estes motivos de internamento podem dever-se ao tamanho da amostra.

A hemorragia digestiva pode ter várias causas como úlceras pépticas, varizes esofágicas, gastrites, esofagites entre outras(22). Por o tipo de hemorragia digestiva não estar especificado é possível que os doentes não apresentam um risco nutricional à entrada do internamento. O tratamento passa por esperar que a hemorragia pare e seguidamente são introduzidos alimentos começando por uma dieta líquida fria. Após o internamento que pode durar vários dias, o doente pode passar a estar em risco nutricional.

A pancreatite aguda e o seu impacto no estado nutricional foram já bastante estudados. Sabe-se que apenas pela inflamação o doente está já num estado catabólico, com necessidades energéticas aumentadas. Sendo o pâncreas uma glândula essencial no processo digestivo, a sua inflamação e incapacidade põem o doente em risco nutricional (22) (14) (23). O aumento das necessidades energéticas e a diminuição de ingestão por mau-estar e náuseas associadas à pancreatite aguda podem levar o doente a estar em risco nutricional. Mais uma vez, o tamanho da amostra pode não ser suficiente para podermos obter uma correlação positiva entre o risco de desnutrição e a pancreatite aguda.

A diarreia é o segundo motivo de internamento mais frequente neste grupo de doentes. As causas de diarreia são variadas, podendo passar por stress, até sintomas de doença inflamatória do intestino (14). Os resultados do teste exato de Fisher podem significar que não há de facto uma relação entre o risco nutricional e o motivo de internamento – diarreia- uma vez que a amostra inclui 35 doentes.

Os vómitos são um sintoma a ter em conta no contexto gastroenterológico e dietético uma vez que são característicos de variadas doenças. Podem ser causados por medicamentos, stress, infeções gástricas, gastroparesias entre outros (14). A impossibilidade do doente se alimentar pode levar o doente a um aumento do risco nutricional. A falta de correlação entre este motivo de internamento e o risco nutricional pode também ser justificado pelo tamanho da amostra (9 casos).

A anemia é definida como uma diminuição glóbulos vermelhos ou de hemoglobina no sangue (22). Esta normalmente associada a fadiga, fraqueza, tonturas entre outros. O

tamanho da amostra (7 casos) pode também ser um fator limitante para a correlação entre o risco nutricional e este motivo de internamento.

8. Limitações do estudo

Como qualquer estudo, este apresenta algumas limitações. Apesar de a amostra ter 206 doentes, a grande variabilidade de motivos de distribui de doentes pelos diversos motivos apresentando em cada um uma amostra pequena fazendo com que a significância estatística se perca e a correlação não possa ser observada.

Em relação à discussão de dados existe uma limitação relacionada com a falta de estudos nesta área, e na falta de bibliografia para sustentar os resultados sustentados, foram realizadas algumas sugestões sem base empírica de forma a tentar de melhor forma explicar os resultados.

9. Conclusão

Com este estudo pretendeu-se analisar a relação entre o risco nutricional e o motivo de internamento. A relação entre a dor abdominal e o risco nutricional foi a única correlação estatisticamente significativa encontrada durante a realização do trabalho. As correlações entre os restantes motivos de internamento e o risco nutricional não foram estatisticamente significantes podendo estes resultados dever-se ao tamanho amostral em alguns casos ou significar que de facto não existe uma correlação entre as duas variáveis. Para confirmar estes resultados estudos futuros devem ser realizados.

10.Referências bibliográficas

1. Kondrup J, H. Rasmussen H, Hamberg O, Stanga Z, Group E working. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr.* 2003;22(3):321–36.
2. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *Int J Environ Res Public Health.* 2011 Feb;8(2):514–27.
3. Velasco C, García E, Rodríguez V, Frias L, Garriga R, Alvarez J, et al. Comparison of four nutritional screening tools to detect nutritional risk in hospitalized patients: a multicentre study. *Eur J Clin Nutr. Macmillan Publishers Limited;* 2011 Feb;65(2):269–74.
4. Matos L, Teixeira MA, Henriques A, Tavares MM, Alvares L, Antunes A, et al. Nutritional status recording in hospitalized patient notes. *Acta Med Port.* 2007;20(6):503–10.
5. Leandro-Merhi V, Aquino J, Chagas J. Risco nutricional no período pré-operatório. *ABCD arq bras cir dig.* 2009;22(3):143–6.
6. Naber TH. Lean body mass depletion is associated with an increased length of hospital stay. *Am J Clin Nutr.* 2004 Apr 1;79(4):527–8.
7. Garcia R, Leandro-Mehri V, Pereira A. Estado nutricional e sua evolução em pacientes internados em clínica médica. *Rev Bras Nutr clínica.* 2004;19(2):59–63.
8. KONDRUP J. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr.* 2002 Dec;21(6):461–8.
9. Chima CS, Barco K, Dewitt ML, Maeda M, Teran JC, Mullen KD. Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs, and discharge status of patients hospitalized in the medicine service. *J Am Diet Assoc.* 1997 Sep;97(9):975–80.

10. Roongpisuthipong C, Sobhonslidsuk A, Nantiruj K, Songchitsomboon S. Nutritional assessment in various stages of liver cirrhosis. *Nutrition*. Elsevier; 2001 Sep 9;17(9):761–5.
11. Banerjee B. *Nutritional Management of Digestive Disorders* [Internet]. CRC Press; 2010 [cited 2015 Jul 27]. 406 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=P2aho2w2YdsC&pgis=1>
12. Attasaranya S, Fogel EL, Lehman GA. Choledocholithiasis, ascending cholangitis, and gallstone pancreatitis. *Med Clin North Am*. 2008 Jul;92(4):925–60.
13. Dolz C, Raurich JM, Ibáñez J, Obrador A, Marsé P, Gayá J. Ascites increases the resting energy expenditure in liver cirrhosis. *Gastroenterology*. 1991 Mar;100(3):738–44.
14. Mahan KL. *Krause's food & nutrition therapy*. 12th ed. 2008. 688-695 p.
15. Lourenço K, Oliveira R. Abordagem do doente com hemorragia digestiva alta não varicosa. *Med Ribeirão Preto*. 2003;36:261–5.
16. Kondrup J. *ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002*. *Clin Nutr*. Elsevier; 2003 Aug 8;22(4):415–21.
17. Lomer M. *Advanced Nutrition and Dietetics in Gastroenterology*. Lomer M, editor. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.; 2014.
18. Pericleous M, Rossi R, Mandarir D, Whyand T, Caplin M. Nutrition and Pancreatic Cancer. *Anticancer Res*. 2014 Jan 1;34(1):9–21.
19. Chadalavada R, Sappati Biyyani RS, Maxwell J, Mullen K. Nutrition in hepatic encephalopathy. *Nutr Clin Pract*. 2010 Jun;25(3):257–64.
20. Moore KP, Aithal GP. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *Gut*. 2006 Oct;55 Suppl 6:vi1–12.

21. Alberino F, Gatta A, Amodio P, Merkel C, Di Pascoli L, Boffo G, et al. Nutrition and survival in patients with liver cirrhosis. *Nutrition*. 2001 Jun;17(6):445–50.
22. Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser SL, Longo DL, Fauci AS, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16th ed. 2005. 1776-1792 p.
23. Meirer R, Beglinger C, Lamer P, Gullo L, Keim V, Laugier R, et al. ESPEN Guidelines on nutrition in acute pancreatitis. *Clin Nutr*. 2002;21:173–83.

Anexo 1. – Nutritional Risk Screening 2002

Preenchimento do NRS 2002@
Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

Rastreio inicial

		Não	Sim
1	IMC < 20,5?		x
2	Perda de peso nos últimos 3 meses?		x
3	Ingestão alimentar reduzida na última semana?		x
4	Doença crítica grave?		x

Sim: se a resposta a qualquer pergunta é “sim” deve passar para a fase seguinte.

Não: se a resposta é “não” para todas as perguntas o doente deve ser reavaliado com intervalos semanais. Se o doente for proposto para uma grande cirurgia eletiva deve ser considerado um plano nutricional eletivo com o objetivo de minimizar o risco.

Rastreio final

	Deterioração do estado nutricional		Gravidade da doença
Ausente Score 0	Estado nutricional normal	Ausente Score 0	Necessidades nutricionais normais
Médio Score 1	Perda peso > 5% em 3 meses ou ingestão alimentar entre os 50-75% das necessidades basais na semana anterior	Médio Score 1	# Bacia doença crónica agudizada (cirrose, DPOC, IRC em HD, diabetes, doentes oncológicos)
Moderado Score 2	Perda peso > 5% em 2 meses ou IMC 18.5-20.5 + degradação do estado geral ou ingestão alimentar 25-60% das necessidades basais na semana anterior	Moderado Score 2	Cirurgia abdominal major, AVC, pneumonia grave, doença hematológica maligna
Grave Score 3	Perda peso > 5% num mes (> 15% em 3 meses) ou IMC < 18.5 + degradação do estado geral ou ingestão alimentar 0-25% das necessidades basais na semana anterior	Grave Score 3	TC, transplante medula óssea, doentes de UCI (APACHE > 10)
Score	3	2	
Idade	Se > 70 anos juntar um ponto	Total	5

Score ≥ 3: o doente está em risco nutricional devendo ser iniciado um plano nutricional.

Score < 3: realizar rastreio semanal. Se o doente for de cirurgia eletiva deve ser incrementado um plano nutricional com o objetivo de minimizar o risco associado.