



KIT DE CHECK-LISTS

Desenvolvido e apoiado por:



Realização:



O QUE É O

PIP

Programa
Impacto
Positivo

O **Programa Impacto Positivo** foi idealizado e desenvolvido pelo **Colégio Brasileiro de Cirurgias e Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, e conta com a realização exclusiva da **Nestlé Health Science**, com a proposta inovadora de chamar a atenção para os benefícios do preparo pré-operatório dos pacientes. O programa é baseado em 4 pilares que visam melhores resultados para as cirurgias.



Nutrição pré-operatória



Interrupção do tabagismo



Otimização do controle glicêmico



Revisão dos medicamentos em uso

CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO

NOME DO PACIENTE: _____

SEXO: _____ IDADE: _____

NOME DO CIRURGIÃO: _____

TIPO DE CIRURGIA: _____ CIRURGIA PROPOSTA: _____

DATA DA CIRURGIA: _____ / _____ / _____

PERGUNTAS GERAIS:

1. Já fez alguma cirurgia anteriormente? Sim Não
Se sim, qual? _____

2. Houve alguma complicação? Sim Não
Se sim, qual? _____

3. Possui alguma das doenças preexistentes abaixo?

Diabetes Hipertensão Problemas de coagulação

Doenças cardíacas Trombose Doenças pulmonares/respiratórias

Outras doenças: _____

BLOCO 1 – ESTADO NUTRICIONAL:

4. Peso habitual (kg): _____ Peso atual (kg): _____

5. Altura referida (cm): _____ IMC atual (kg/cm²): _____

6. Houve perda de peso não intencional nos últimos 6 meses? Sim Não
Se sim, quantos quilos? _____ % de perda: _____

7. Houve alteração do apetite nos últimos meses? Sim Não

8. Usa algum tipo de suplemento alimentar? Sim Não
Se sim, qual e quantas vezes ao dia? _____

9. Valor da albumina sérica: < 3,5 > 3,5

10. Pratica algum tipo de atividade física? Sim Não
Se sim, qual e com que frequência? _____

BLOCO 2 – TABAGISMO E ETILISMO:

11. Fuma ou já fumou?
 Nunca fumou. Fumou e parou. Há quanto tempo? _____

Fuma. Há quanto tempo e quantos maços ao dia? _____

12. Consome bebida alcoólica?
 Nunca Socialmente Frequentemente. Quantas vezes por semana? _____

BLOCO 3 – CONTROLE GLICÊMICO:

13. Tem diagnóstico prévio de diabetes? Sim Não
Qual tipo? Tipo 1 Tipo 2

14. Qual resultado do último exame de glicemia de jejum? _____

15. Usa algum medicamento?
 Nenhum. Insulina. Há quanto tempo e qual a dose? _____
 Hipoglicemiante. Há quanto tempo e qual a dose? _____

BLOCO 4 – MEDICAMENTOS EM USO:

16. Quais medicações estão em uso no momento (chás, remédios naturais e outras substâncias)?
 Anticoagulantes (prodexa, varfarina, clexane) Betabloqueadores (propranolol, atenolol, bisoprolol)

Opioides, antidepressivos Aspirina

Fitoterápicos (chás, ervas, cápsulas de ingredientes naturais como alho, gengibre e outros) Diuréticos (lasix-furosemida, hidroclorotiazida, espironolactona)

Outros: _____

17. Quando toma o medicamento? _____

18. Quem prescreveu e há quanto tempo? _____

19. Quando foi a última consulta com o médico? _____

NOME DO PACIENTE: _____

SEXO: _____ IDADE: _____

NOME DO CIRURGIÃO: _____

TIPO DE CIRURGIA: _____ CIRURGIA PROPOSTA: _____

DATA DA CIRURGIA: _____ / _____ / _____

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Tem diagnóstico prévio de diabetes? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. IMC acima de 30? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Idade acima de 45 anos? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Hemoglobina glicada acima de 7%? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 5. Houve medição de glicemia capilar em jejum acima de 200 mg/dL? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 6. O paciente entrará no protocolo de controle glicêmico? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

7. Outras observações:

NO DIA DA CIRURGIA*

- Checar a glicemia capilar do paciente, em jejum, na manhã da cirurgia.
- Se a glicemia estiver >200 mg/dL é recomendado o uso de gotejamento de insulina durante a cirurgia.
- Para pacientes diabéticos que ficaram em jejum na noite anterior, ou que fizeram preparo intestinal, o protocolo sugere:
 - Parar todos os medicamentos para controle glicêmico, exceto para pioglitazona (Actos®)
 - Reduzir insulina glargina (Lantus®) em 50%
 - Verificar glicemia capilar com frequência

*Trata-se de uma sugestão de conduta com base no Strong For Surgery, Blood Sugar Control Checklist, Version 1.08 Revised 06/20/2017. A conduta deve ser avaliada pelo profissional de saúde de acordo com o perfil de cada instituição.

A **imunonutrição** reduz complicações,
infecções e **permanência hospitalar**.

AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL (ASG)

Recomenda-se a utilização para pacientes adultos (< 60 anos)

NOME DO PACIENTE: _____

SEXO: _____ IDADE: _____

PESO (KG): _____ ALTURA (CM): _____

NOME DO CIRURGIÃO: _____

TIPO DE CIRURGIA: _____ CIRURGIA PROPOSTA: _____

DATA DA CIRURGIA: _____ / _____ / _____

HISTÓRIA:

1. Alteração de peso

Perda total nos últimos 6 meses: total (kg) _____ % perda de peso _____

Alteração de peso nas últimas duas semanas: Aumento Sem alteração Diminuição

2. Alteração na ingestão alimentar

Sem alteração Alterada. Duração (semanas): _____

TIPO: Dieta sólida subótima Dieta líquida completa Líquidos hipocalóricos Inanição

3. Sintomas gastrintestinais (persistentes por 2 semanas)

Nenhum Náusea Vômitos Diarreia Anorexia

4. Capacidade funcional

Sem disfunção (capacidade completa) Disfunção. Duração (semanas): _____

TIPO: Trabalho subótimo Ambulatório Acamado

5. Doença e sua relação com necessidades nutricionais

Diagnóstico primário (especificar): _____

Demanda metabólica (estresse): Sem estresse Baixo Moderado Elevado

EXAME FÍSICO:

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

Perda de gordura subcutânea (tríceps, tórax) Edema tornozelo Ascite
 Perda muscular (quadríceps, deltoide) Edema sacral

AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL (SELECIONE UMA):

A = bem nutrido B = moderado ou suspeito de ser desnutrido C = desnutrição grave

Fonte: Detsky AS, et al. 1987.

MINIAVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MNA[®])

Recomenda-se a utilização para pacientes idosos (>60 anos)

1. Nos últimos três meses, houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição severa da ingestão | 1 = diminuição moderada da ingestão | 2 = sem diminuição da ingestão

2. Perda de peso nos últimos 3 meses:

0 = superior a 3 kg | 1 = não sabe informar | 2 = entre 1 e 3 kg | 3 = sem perda de peso

3. Mobilidade:

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas | 1 = deambula, mas não é capaz de sair de casa | 2 = normal

4. Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim | 1 = não

5. Problemas neuropsicológicos:

0 = demência ou depressão graves | 1 = demência leve | 2 = sem problemas psicológicos

6. Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg]/estatura [m²]):

0 = IMC < 19 | 1 = 19 ≤ IMC < 21 | 2 = 21 ≤ IMC < 23 | 3 = IMC ≥ 23

SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO 6 PELA 7. NÃO PREENCHA A QUESTÃO 7 SE A QUESTÃO 6 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA

7. Circunferência da Panturrilha (CP) em centímetros:

0 = CP menor que 31 | 3 = CP maior ou igual a 31

ESCORE DE TRIAGEM
(máximo: 14 pontos)



12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, preencha a versão completa no MAN[®], que está disponível em www.mna-elderly.com

Referências-base: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487. ©Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M.

Para mais informações: www.mna-elderly.com

Sugestão de fluxograma para implementação*



*Trata-se de uma sugestão de conduta, esta deve ser avaliada pelo profissional de saúde de acordo com o perfil de cada instituição.

Para mais informações, acesse:

www.avantenestle.com.br

Serviço de Atendimento ao Profissional de Saúde: 0800-7702461.

Para solucionar dúvidas, entre em contato com o seu Representante.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde.

Proibida a distribuição aos consumidores.