

Passo a Passo da Assistência Nutricional



Neste conteúdo, serão abordados os tópicos:

1

Triagem Nutricional;

3

Conduta Nutricional;

2

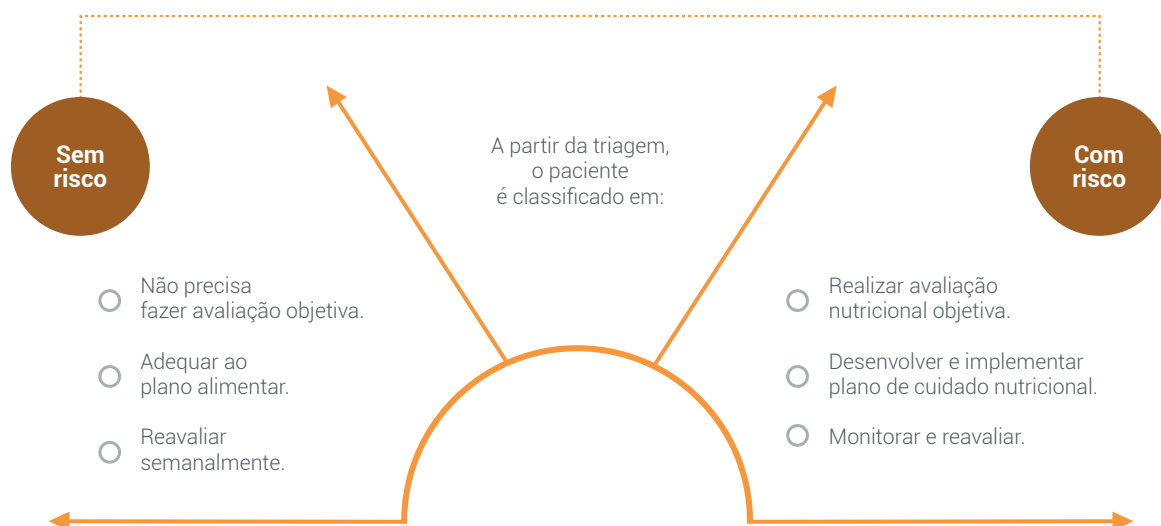
Avaliação Nutricional;

4

Monitoramento.

Triagem Nutricional ¹⁻⁴

A triagem nutricional tem como objetivo reconhecer o **risco nutricional** para que medidas de **intervenção nutricional** sejam instituídas mais precocemente. Devem ser aplicadas em até 24 horas da admissão do paciente.



Tipos de triagens

MAN – Mini Avaliação Nutricional ^{5,6}

Objetivo: Fazer a **triagem nutricional de idosos identificando o risco nutricional e a desnutrição em estágio inicial** considerando aspectos físicos e mentais que frequentemente afetam o estado nutricional do idoso, além de aspectos dietéticos, podendo ser preenchida em ambientes comunitários, hospitalares ou de cuidados em longo prazo.

NRS 2002 - Triagem de Risco Nutricional ⁷

Objetivo: Detecção de **desnutrição e do risco de desenvolvê-la durante a internação hospitalar**, sendo realizada em duas partes. A segunda parte só deverá ser respondida caso haja alguma resposta positiva na triagem inicial, sendo aplicada por profissionais de saúde da equipe multiprofissional.

ASG - Avaliação Subjetiva Global ^{8,9}

Objetivo: Pode ser utilizada como método de triagem e como **parte da avaliação nutricional**, sendo dividida em três partes: história do paciente, exame físico e estado nutricional. Deve ser preenchida pelo nutricionista ou profissional treinado da equipe.

ASG-PPP - Avaliação Subjetiva Global Preenchida Pelo Paciente ¹⁰

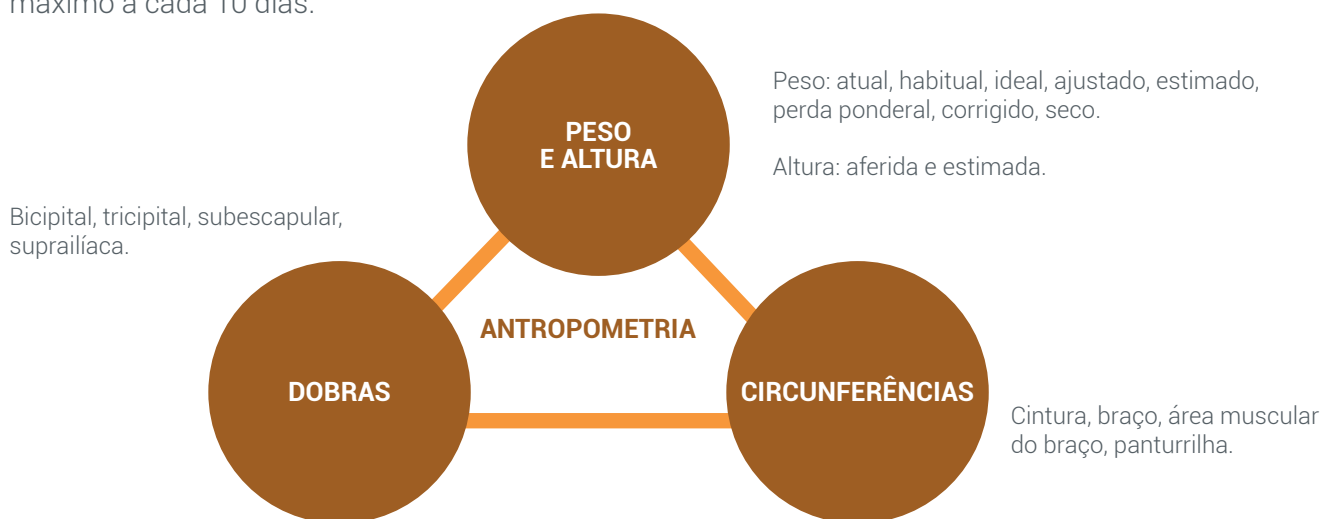
Objetivo: Questionário autoaplicável, dividido em duas partes:

1- Preenchida de acordo com a percepção do próprio paciente, considera a perda de peso, alteração da ingestão, sintomas e alterações na capacidade funcional.

2 - Preenchida pelo nutricionista, médico ou enfermeiro, considera a avaliação de fatores associados ao diagnóstico e exame físico. Para cada item avaliado, é dado um escore numérico de 0 a 4 para determinação do estado nutricional. Sendo assim, um maior escore irá determinar maior risco de desnutrição.

Avaliação Nutricional ¹¹⁻¹³

A Avaliação Nutricional caracteriza-se pelo acompanhamento e verificação da evolução do estado nutricional, auxiliando na recuperação e/ou manutenção do estado nutricional adequado, evitando distúrbios nutricionais. A avaliação antropométrica contempla peso, altura, circunferências e dobras cutâneas e é considerada um dos métodos mais utilizados para verificar as alterações nutricionais que ocorrem frequentemente em pacientes hospitalizados, devendo ser repetida no máximo a cada 10 dias.



○ *Peso ¹⁴⁻²¹

Atual - Peso aferido na balança no dia ou em até 24 horas do atendimento

Habitual - Referido pelo paciente como sendo o seu peso "normal"

Ideal - Definido segundo o IMC normal/adequado conforme a altura do paciente

Ponderal - A perda ponderal (PP%) refere-se à porcentagem de perda de peso tendo como base o peso habitual

Corrigido - Utilizado para pacientes amputados, considerando o peso antes da amputação e a proporção de peso para o membro amputado

Seco - Peso descontado de retenção hídrica (edema e ascite)

○ Altura^{22,23}

A altura deve ser aferida no dia ou em até 24 horas do atendimento. Ela pode ser estimada, principalmente, de duas formas: altura do joelho ou envergadura dos braços. Caso não seja possível, avaliar a melhor abordagem junto com a equipe de nutrição.

○ IMC – Índice de Massa Corporal²⁴⁻²⁶

O cálculo do IMC é utilizado para avaliar adiposidade e é muito utilizado por sua praticidade e baixo custo. Porém, é importante destacar que este cálculo não considera sexo, idade, etnia, massa muscular e condições clínicas. Portanto, é recomendado associar sempre a outros métodos de avaliação.

Classificação do IMC

IMC (Peso/Altura ²)*	Classificação
< 16,0	Magreza grau III
16,0 - 16,9	Magreza grau II
17,0 - 18,4	Magreza grau I
18,5 - 24,9	Adequado
25,0 - 29,9	Pré-obeso
30,0 - 34,9	Obesidade grau I
35,0 - 39,9	Obesidade grau II
40,0 - 49,9	Obesidade grau III
≥ 50,0	Superobeso

Fonte: OMS, 1998.

Classificação do IMC para idosos

IMC (Peso/Altura ²)*	Classificação
< 22,0	Desnutrição
22,0 - 27,0	Eutrófico
> 27,0	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz, 1994.

*peso em kg / altura em metros.

○ Circunferência da Cintura e Panturrilha²⁷⁻³¹

Bom indicador de risco cardiovascular e massa muscular no idoso.

A medida da **cintura** deve ser feita encontrando o ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela flutuante. Homens com circunferência acima de 94 cm, apresentam **risco aumentado** para doenças cardiovasculares sendo considerado **risco muito aumentado** acima de 102 cm. Já mulheres, apresentam risco aumentado acima de 80 cm e risco **muito aumentado** acima de 88 cm.

A medida da **panturrilha** deve ser realizada na perna esquerda, com fita métrica inelástica, na sua parte mais protuberante sendo considerada **adequada** acima de 31 cm e classificada como **desnutrição/baixa massa muscular** abaixo deste valor para ambos os sexos.

○ Circunferência Muscular do Braço³²⁻³⁴

A Circunferência Muscular do Braço (CMB) reflete a reserva de tecido muscular sem correção da massa óssea. É obtida a partir dos valores da Circunferência do Braço (CB) e da dobra cutânea tricipital (DCT) e permite identificar se o paciente possui desnutrição grave, moderada, leve ou se está eutrófico.

○ Dobras Cutâneas^{32,34,35}

As dobras cutâneas são medidas utilizadas para medir gordura corporal. As mais utilizadas são: tricipital, subescapular, suprailíaca e bicipital.

Composição Corporal³⁶⁻³⁸

A composição corporal também reflete um dos critérios importantes para avaliação nutricional, pois permite identificar distúrbios como a sarcopenia.

SARCOPENIA: é considerada um distúrbio muscular esquelético generalizado e progressivo. Foi reconhecida como uma insuficiência muscular resultante de uma redução de massa muscular associada à redução da força e função desse músculo.



A SARCOPENIA TEM RELAÇÃO COM DESFECHOS NEGATIVOS, COMO:

quedas, fraturas, imobilidade física e mortalidade.

É reconhecida como doença.



Falência de órgão = insuficiência muscular (CID 10 M62.5)

Arelado à sarcopenia, o paciente pode acabar desenvolvendo disfagia sarcopênica, caracterizada por dificuldade de deglutição devido à perda de massa e função nos músculos de deglutição. Pode ser diagnosticada usando um algoritmo de seis etapas para a condição, podendo levar à desnutrição e à desidratação por inadequação dietética e de consistência dos alimentos, devendo ser acompanhada por equipe multidisciplinar como: médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas e enfermeiros, uma vez que cada profissional contribui de forma interdependente para a melhora do paciente.⁴⁵

Conduta Nutricional¹

Através do resultado da avaliação nutricional, é possível traçar condutas individualizadas que possibilitem a recuperação ou manutenção adequada do estado de saúde do indivíduo.

Monitoramento ¹

O monitoramento do paciente, através da reavaliação, também é muito importante para acompanhar as respostas do indivíduo às intervenções nutricionais.

Considerações Finais

Na escolha do método de avaliação do estado nutricional que será utilizado na prática clínica é importante considerar:

- A associação de mais de um método e/ou parâmetro para determinar o diagnóstico nutricional;
- Não utilizar o resultado do estado nutricional apenas como diagnóstico, mas também no acompanhamento, comparando-o com resultados anteriores e/ou futuros do paciente.

Acesse o conteúdo complementar sobre o tema e tenha acesso a formulários de triagem, composição corporal, disfagia e tabelas de classificação.

Referências: 1. Abd Aziz NAS, Mohd Fahmi Teng NI, Kamarul Zaman M. Geriatric Nutrition Risk Index is comparable to the mini nutritional assessment for assessing nutritional status in elderly hospitalized patients. Clin Nutr ESPEN. 2019; 29: 77-85. 2. American Dietetic Association (ADA). Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutrition assessment. Council on Practice (COP) Quality Management Committee. J Am Diet Assoc. 1994; 94: 838-9. 3. Dias MCG, van Aanholt DPJ, Catalani LA et al. Triagem e avaliação do estado nutricional. In: Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2011. p.471-86. 4. Waitzberg DL; Dias MCG; Belarmino G; Raslan M. Triagem e Avaliação do Estado Nutricional. In: Clínica Médica. 2ed. ampl. v.4 Manole, 2016. p.617-634. 5. Vellas B, Villars H, Abellan G et al. Overview of the MNA® - Its history and challenges. J Nutr Health Aging. 2006; 10 (6): 456-63. 6. Murphy MC, Brooks CN, New SA, Lumbers ML. The use of the Mini Nutritional Assessment (MNA) tool in elderly orthopaedic patients. Eur J Clin Nutr. 2000; 54: 555-562. 7. Kondrup J, Allison SP, Elia M et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003; 22(4):415-21. 8. Barbosa-Silva MCG, Barros AJD. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 1 - Revisão de sua validade após duas décadas de uso. Arq. Gastroenterol. 2002; 39 (3): 1811 - 87. 9. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutrition status? JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1987;11 (1): 8-13. 10. Gonzalez MC, Borges LR, Silveira DH, Assunção MCF, Orlandi SP. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente Rev Bras Nutr Clin 2010; 25 (2): 102-8. 11. Dias MCG, Horie LM, Waitzberg DL. Exame físico e antropometria. In: Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4. ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 383-419. 12. Dias MCG, van Aanholt DPJ, Catalani LA et al. Triagem e avaliação do estado nutricional. In: Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2011. p.471-86. 13. Mueller C, Compher C, Ellen DM et al. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2011; 35 (1):16-24. 14. Waitzberg, D. L.; Belarmino G. Diagnóstico da Desnutrição Baseado em Técnicas de Triagem e Avaliação Nutricional de Uso Clínico. In: Ana Lydia Sawaya; Carol Góis Leandro; Dan L. Waitzberg. (Org.) Fisiologia da Nutrição na Saúde e na Doença. 1ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 490-508. 15. Waitzberg, D, Dias, M. C, Belarmino, G, Raslan, M. Triagem e Avaliação do Estado Nutricional. Clínica Médica 2ª. ed., 2016. 16. Burr ML, Phillips KM. Anthropometric norms in the elderly. Br J Nutr. 1984; 51 (2): 165-9. 17. Chumlea WC, Guo S, Roche AF et al. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. J Am Diet Assoc. 1988; 88: 564-8. 18. Blackburn GL, Bistrian BR, Maini BS et al. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1977; 1 (1):11-22. 19. Osterkamp LK. Current perspective on assessment of human body proportions of relevance to amputees. J Am Diet Assoc. 1995; 95 (2): 215-8. 20. Duarte A. C, Castellani F. R. Semiologia nutricional. 1. ed. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2002. 115 p. 21. James R. Nutritional support in alcoholic liver disease: a review. Journal of Human Nutrition and Dietetics, v. 2, p. 315-323, 1989. 22. Cuppari L. Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto. São Paulo: Atheneu, 2002. 23. Chumlea WC, Guo SS, Steinbaugh ML. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility-impaired or handicapped persons. J Am Diet Assoc. 1994; 94 (12): 1385-8. 24. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. JAMA. 2010; 303(3): 235-241. 25. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994; 21 (1): 55-67. 26. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 1998. 27. Pouillot MC et al. Am J Cardiol. 1994; 1; 73 (7): 460-8. 28. Heyward VH, Wagner DR. Applied body composition assessment, 2nd ed. Human Kinetics, 2004. 29. Lauretani F. et al. Age-associated changes in skeletal muscles and their effect on mobility: an operational diagnosis of sarcopenia. J. Appl. Physiol., v.95, p.1851-1860, 2003. 30. Lohman T.G. et al. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, Illinois: Human Kinetics; 1988. 31. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series Nº 854. Geneva: WHO, 1995. 32. Kamimura M. A. et al. Avaliação Nutricional. In: CUPPARI, L. Guia de Nutrição: clínica no adulto. 3ed. Barueri, SP: Manole, 2014. 33. Frisancho AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. Am J Clin Nutr. 1981; 34 (11): 2540-5. 34. Frisancho, AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. University of Michigan, 1990, 189 p. 35. Blackburn GL, Thornton PA. Nutritional assessment of the hospitalized patients. Medical Clinics of North America. 1979; 63:1103-115. 36. Siri W. E. Body composition from fluid spaces and density: analysis of methods. In: BROZEK, J.; HENSCHKE, A. Techniques for measuring body composition. Washington, DC: National Academy of Science, 1961. p. 223-244. 37. Brozek J.; Grande F.; Anderson J. T.; Keys A. Densitometric analysis of body composition: revision of some quantitative assumptions. Ann. N. Y. Acad. Sci., v. 110, p. 113-140, 1963. 38. Lohman TG. Advances in body composition assessment. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers; 1992. 39. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019 Jan 1; 48 (1): 16-31. 40. Barbosa-Silva, T.G. et al. SUN-PP113: Portuguese-Translated Sarc-F Validation and Methods to improve its efficacy: a new algorithm for sarcopenia screening. Clinical Nutrition, v.34, sup.1, p. S65, 2015. 41. Barbosa-Silva TG, Menezes AM, Bielemann RM et al. Enhancing SARC-F: Improving Sarcopenia Screening in the Clinical Practice. J Am Med Dir Assoc. 2016 Dec 1;17 (12): 1136-1141. 42. Fried L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med. 2001 Mar;56 (3): M146-56. 43. Haan DR, Limburg M, Bossuyt P, Meulen JVD, Aarons N. The clinical meaning of rankin handicap grades after stroke. Stroke 1995; 26: 2027- 2030. 44. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares – Grupo de Trabalho de Patologia Vascular Cerebral da ABN. Escala de Rankin de incapacidade modificada e índice de Barthel modificado. Newsletter 1999; 6: 7. 45. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados [coordenadora Myrian Najas]. Barueri, SP: Minha Editora, 2011. 46. Martin A, Ortega O, Roca M, Arús M, Clavé P. Effect of a Minimal-Massive Intervention in Hospitalized Older Patients with Oropharyngeal Dysphagia: A Proof of Concept Study. J Nutr Health Aging. 2018; 22 (6): 739-747. 47. Nagano A, Nishiooka S., Wakabayashi H. Rehabilitation Nutrition for Iatrogenic Sarcopenia and Sarcopenic Dysphagia. J Nutr Health Aging. 2019; 23 (3): 256-265



Loja virtual da Nestlé:
www.nutricaoatevoce.com.br

NHS000249

Para mais informações, acesse: www.avantenestle.com.br
Serviço de atendimento ao profissional de saúde 0800-7702461

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a distribuição aos consumidores.

