

Importância da avaliação nutricional em Cuidados Continuados

Março 2008



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	3
2. RASTREIO E AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	6
3. INTERVENÇÃO NUTRICIONAL	9
4. GUIA PARA PREVENIR E GERIR ASPECTOS NUTRICIONAIS EM CUIDADOS CONTINUADOS	11

1. Introdução

O acto de comer está associado a uma variedade de factores – saúde, sociais, psicológicos e ambientais. Assim a manutenção de um bom estado nutricional tem de resultar da intervenção em todos estes factores.

Durante os últimos anos uma série de estudos (OMS -Direito á saúde) têm alertado o mundo desenvolvido para factores alimentares específicos, com intima relação com as principais causas de morbilidade e mortalidade de hoje, principalmente doenças crónicas e degenerativas caso das doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro, diabetes, obesidade.

Existem recomendações da Direcção Geral de Saúde, relativas a alimentação saudável, que devem estar subjacentes á elaboração de qualquer regime alimentar, nomeadamente nos estabelecimentos que prestam cuidados de saúde e/ou de apoio social. Neste enquadramento a RNCCI deve adoptar as mesmas recomendações.

No entanto, no quadro das Unidades de internamento da rede, para além destas recomendações, é objectivo manter um estado nutricional adequado, e no caso do idoso em que existem particularidades que podem condicionar má nutrição, nomeadamente relacionadas com os aspectos fisiológicos do envelhecimento associado a certas doenças, fármacos e interacções.

Os aspectos fisiológicos do envelhecimento incluem:

- Alterações gástricas que pode resultar em má absorção de cálcio, vitamina B12 e ferro.
- Fibrose e atrofia das glândulas salivares.
- Perda de dentes.
- Diminuição da actividade da lactose e outras dissacaridases.
- Atrofia de papilas gustatórias.

- Menor resposta a opióides (dimorfina) e outros neuropeptídeos, podendo resultar em “anorexia da idade”.
- Diminuição da sensibilidade de receptores associados ao controle da sede e consequentemente, menor ingestão de água, hipodipsia e desidratação.
- Diminuição da capacidade cutânea de produção da vitamina D.
- Diminuição da absorção de micronutrientes.

A má nutrição na população idosa está associada a maus resultados clínicos e é indicador de risco de mortalidade.

A abordagem da nutrição na RNCCI, tem como objectivos promover um estado nutricional adequado, prevenindo perda de peso e desidratação, bem como instituir medidas correctivas.

Alguns autores consideram que a ultima palavra em nutrição é a escolha.

Alguns dados internacionais apontam para que cerca de 10% dos utentes em cuidados de longa duração, perdem > 5% peso em 30 dias e > 10% peso em 180 dias. Estimam também que possa existir deficiência em vitamina D e B6.

Nos cuidados de longa duração existem causas conhecidas de declínio nutricional que devem ser avaliadas e corrigidas quando possível, nomeadamente:

- depressão,
- ansiedade,
- doença cardíaca,
- A.V.C.,
- diabetes,
- alterações da deglutição,
- problemas orais,
- anorexia relacionada com a idade,

- alterações sensoriais,
- dor,
- úlceras de pressão,
- demência,
- infecção,
- obstipação,
- preferências alimentares,
- fármacos que interferem com o apetite.

A este nível os fármacos que geralmente se associam com diminuição do apetite englobam:

- estimulantes do S.N.C.,
- teofilina,
- digoxina,
- alguns diuréticos,
- antidepressivos (nomeadamente os inibidores da recaptação da serotonina) entre outros.

As patologias associadas a malnutrição proteica incluem:

- doença cardíaca,
- neoplasia,
- doença pulmonar,
- infecções,
- candidíase esofágica,
- artrite reumatóide,
- malabsorção,
- hipertiroidismo,
- doença de Parkinson.

Consequências da má nutrição no idoso

- Menor actividade física devido a hipotrofia muscular, disfunção orgânica relacionando-se também com risco de quedas.
- Agravamento de morbilidades pré existentes.
- Problemas cardiovasculares
- Menor capacidade de cicatrização secundária
- Imunossupressão.

A avaliação e intervenção no estado nutricional são um dos factores determinantes de sucesso de intervenção em cuidados continuados.

Um treino adequado de toda a equipa e a melhoria da comunicação interdisciplinar são factores subjacentes ao sucesso da intervenção.

2. Rastreio e avaliação do estado nutricional

- Identificação do risco de desnutrição e desidratação
- Implementação de medidas que previnam o declínio nutricional
- Reavaliação do plano de intervenção

A avaliação do risco nutricional, é o processo de identificação de factores biológicos ou ambientais major do indivíduo, associados a problemas nutricionais, que influenciam negativamente a evolução clínica.

O rastreio e a avaliação do estado nutricional de um indivíduo podem ser realizados utilizando um número de medidas que variam de instrumentos como a Avaliação Global Subjectiva, medições relativamente simples da altura e peso (em conjugação com o Índice de Massa Corporal) até escalas específicas de avaliação.

Os parâmetros antropométricos que possuem um valor predictivo superior são o peso, a prega cutânea tricipital e a circunferência muscular do braço.

A percentagem de perda de peso é o indicador antropométrico mais comumente usado.

As escalas que podem ser usadas incluem a “Nutritional Risk Screening”, a “Malnutrition Universal Screening Tool” e a “Mini Nutritional Assessment”, esta última adequada para indivíduos com idade acima dos 65 anos de idade.

As medições do IMC têm sido consideradas de menor validade em alguns grupos de pacientes, como nas crianças e nos mais idosos, devido à alteração/diferença na razão da sua massa corporal gorda/magra.

O registo do peso do paciente deve seguir um protocolo específico, onde o indivíduo é idealmente pesado à mesma hora do dia utilizando a mesma escala com um intervalo de peso apropriado. Antes de se pesar, o indivíduo deve despir-se e descalçar-se. Se possível, o registo de todas as medições de peso deve ser efectuado pelo mesmo indivíduo. A pesagem semanal é considerada adequada.

Para além do peso, o diâmetro abdominal é um marcador fiável da massa adiposa intra-abdominal.

A perda de peso involuntária ($>10\%$ do peso normal nos últimos 6 meses, ou $>5\%$ no último mês) pode fornecer a indicação de desnutrição, embora se possível as razões desta perda involuntária de peso devam ser exploradas em cada caso individual.

Após avaliação, os indivíduos nutricionalmente comprometidos devem ter um plano de suporte apropriado e/ou suplementos que respondam às necessidades individuais e que seja consistente com os objectivos gerais da terapêutica

Assegurar a ingestão de uma dieta adequada que previna a desnutrição, desde que seja compatível com as expectativas individuais ou condição do indivíduo.

O estado nutricional deve ser reavaliado periodicamente, seguindo um plano de avaliação individualizado que inclua a data de avaliação.

A frequência da avaliação deve ser baseada nas condições do indivíduo e deve ocorrer na sequência de eventos específicos que possam alterar o estado nutricional do indivíduo.

Deve ser tido em consideração que quando os indivíduos estão desnutridos os efeitos da alimentação e/ou dos suplementos podem não ser imediatamente visíveis, provavelmente porque primeiro será necessário ocorrer um restabelecimento das reservas já esgotadas.

As consequências da imobilidade são frequentemente vistas como o principal factor que predispõe ao início do desenvolvimento das úlceras de pressão, mas é também sabido que existe uma relação causal entre a nutrição e o desenvolvimento das úlceras de pressão.

Uma intervenção nutricional bem sucedida pode também ser marcada pela redução na incidência de novas úlceras de pressão e pela cicatrização das já existentes.

Quando os indivíduos têm úlceras de pressão graves (Grau 3 e 4) a equipa multidisciplinar deve ter em consideração o seu dispêndio de energia basal e prestar particular atenção ao aumento da perda de fluidos através das feridas.

A desidratação deve ser entendida como a perda de água corporal que causa sinais e sintomas incluindo declínio funcional. A monitorização da hidratação deve incluir avaliação ou alterações: Ingestão de líquidos, Nível de consciência, Estado mental, Volume de urina, Alterações súbitas de peso.

3. Intervenção nutricional

Quando a avaliação ou rastreio do estado nutricional indica que a desnutrição pode estar presente, deve ser considerada uma intervenção nutricional. O objectivo primário da intervenção nutricional é geralmente corrigir a desnutrição proteico-energética, de preferência por via oral.

Deve avaliar-se e tratar comorbilidades que contribuem para risco de malnutrição

Deve adequar-se a alimentação às necessidades nutricionais tendo em conta a idade, sexo, patologias, condição funcional e nível de actividade física.

Entender a alimentação como necessidade básica de suporte de vida, mas também como actividade de prazer, indo ao encontro das preferências e desejos individuais, salvaguardando as restrições alimentares impostas por patologias ou disfunções orgânicas, e procurando sobretudo nos cuidados de longa duração manter o atractivo e a diversidade de apresentação.

Quando existem algumas limitações na ingestão normal de alimentos e líquidos, deve avaliar-se o ambiente local, como a acessibilidade aos alimentos, questões funcionais e sociais bem como a textura da dieta. Alterações nestes aspectos podem encorajar ou facilitar a ingestão oral.

O objectivo global deve ser o de considerar a qualidade e a densidade energética dos alimentos ingeridos, mais do que a quantidade.

Considerar que a quantidade de fluidos ingeridos é tão importante como a qualidade.

Onde não for possível promover uma alimentação normal, pode estar indicado o uso de suplementos orais ricos em proteínas e energia.

Quando a alimentação normal e os suplementos orais falham na resolução da desnutrição, devem então ser utilizadas outras vias (por exemplo alimentação por sonda), tendo em consideração os riscos associados a estas intervenções.

A apresentação da comida e a assistência na refeição são factores que contribuem para maior motivação do utente para a ingestão.

Devem ser consideradas as preferências do utente, o paladar da comida, a temperatura a que é servida, o ambiente da refeição deve ser calmo e confortável, bem iluminado, com temperatura adequada, ter apoio dos cuidadores, ter companhias compatíveis, ter assistência rápida.

A existência de menus alternativos melhora a apetência para a refeição. Devem ser fornecidos pequenos snacks e líquidos no intervalo das refeições e os utentes devem saber onde encontrar comida se o desejarem.

Deve ser promovida a ingestão de líquidos de cerca de 1,5 litros por dia, salvo contra-indicação, em intervalos regulares.

Os suplementos nutricionais que sejam necessários fornecer, devem ser administrados no intervalo das refeições.

O planeamento dietético individualizado é essencial para a manutenção de um bom estado nutricional.

4. Guia para prevenir e gerir aspectos nutricionais em cuidados continuados

Parâmetros a incluir:

- Os menus deveriam ser elaborados após consulta das preferências dos utentes.
- Os menus devem ser preparados de acordo com as recomendações para uma alimentação racional, incluindo cereais integrais ou enriquecidos, vegetais, fruta, produtos derivados do leite, fontes proteicas animais e alternativas
- Deve existir rotatividade de menus, incluindo os snaks
- Deveria providenciar-se a existência de menus alternativos
- Devem fornecer-se nutrientes, calorias e fluidos ajustados à idade, sexo, peso, actividade física, necessidades terapêuticas
- Os menus devem ser comunicados aos utentes
- Os alimentos devem ser armazenados em condições adequadas
- Devem fornecer-se snaks e líquidos no intervalo das refeições e ao deitar, excepto se houver contra-indicações
- Deve existir acesso dos utentes a alimentos e líquidos em local que todos tenham conhecimento
- Deve existir assistência às refeições
- As refeições devem ser calmas e com ambiente adequado
- Deve existir programa de cuidados nutricionais, para avaliação de risco nutricional, avaliação de necessidades nutricionais e intervenção, com reavaliação e prevenção de má nutrição e desidratação, avaliar e tratar situações clínicas subjacentes a risco nutricional
- Deve existir treino adequado de toda a equipa e a melhoria da comunicação interdisciplinar

Factores de identificação de risco nutricional:

- Perda de peso involuntária de 5% em 30 dias ou 10% em 180 dias
- I.M.C. (índice massa corporal) < 21
- Utente deixa 25% ou mais, de comida no prato em 2/3 das refeições, por um período de observação de 7 dias.

Proceder a pesagem semanal

Identificação de situações que possam condicionar a perda de apetite e medição da temperatura

Verificar estado de hidratação

Verificar questões ambientais e de apresentação da comida

Assistência na refeição

Considerar programa de exercício para estimulação do apetite