



Identificação do risco nutricional numa Unidade de AVC's: a gravidade da doença

Campos, I.¹; Santiago, R.²; Pereira, L.²; Correia, R.³; Varela, F.⁴; Neves, P.⁴; Cabrera, H.⁴; Rodrigues, D.⁵; Costa, N.⁶; Correia, J.⁷; Matos, L.⁸

¹Nutricionista, Serviço de Nutrição, ULS Guarda, Email: ines.campos@ulsguarda.min-saude.pt

²Nutricionista Estagiária, Serviço de Nutrição, ULS Guarda ³Enfermeiro de Reabilitação da U-AVC, ULS Guarda ⁴Internista da U-AVC, ULS Guarda

⁵Enfermeiro Chefe da U-AVC, ULS Guarda ⁶Internista, Coordenador da U-AVC, ULS Guarda ⁷Internista, Director do Serviço de Medicina, ULS Guarda

⁸Nutricionista, Director do Serviço de Nutrição, Serviço de Nutrição, ULS Guarda

INTRODUÇÃO

O Despacho n.º 6634/2018, veio determinar a implementação de uma avaliação sistemática do risco nutricional a todos os doentes internados por um período superior a 24 horas em meio hospitalar no Serviço Nacional de Saúde (SNS) [1]. A ferramenta de identificação do risco nutricional para o doente adulto é o Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002).

Segundo a literatura a prevalência de desnutrição em doentes internados em hospitais apresenta valores, dependendo dos critérios de avaliação e definição, e da população em estudo, entre os 20 % e 50 % [2]. O estado nutricional deficiente está associado a um pior prognóstico, aumento das complicações e aumento do tempo de internamento. Independentemente do grau de desenvolvimento económico de cada país, as doenças cerebro-vasculares (DCV) constituem um importante problema de saúde pública que atinge transversalmente os países da União Europeia, sendo que aproximadamente um terço das mortes são causados por doenças vasculares cardíacas ou cerebrais[3]. Os acidentes vasculares cerebrais (AVC's) acabam por ser uma das principais causas de internamento hospitalar. A desnutrição em pacientes com AVC é pouco reconhecida e tratada, no entanto estima-se que a sua prevalência na admissão seja de cerca de 20%[4].

OBJETIVO

Implementar a identificação do risco nutricional nos doentes admitidos na unidade de AVC (U-AVC) do Hospital Sousa Martins (HSM) na Unidade Local de Saúde da Guarda EPE.

Verificar a influência da gravidade da doença na classificação final do NRS2002.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal com uma amostra de conveniência. Foram incluídos nesta análise consecutivamente todos os doentes admitidos na U-AVC, durante um período de 6 meses.

A todos os doentes foi aplicada pela equipa de enfermagem, a escala de identificação do risco nutricional NRS-2002 nas primeiras 24h após admissão da U-AVC.

Foram analisados dados de rotina clínica diária como parâmetros antropométricos (peso e estatura), tipologia de AVC, índice de Barthel, escala de avaliação da gravidade neurológica do AVC do National Institute of Health (NIHSS), escala de Rankin modificada (mRS), mortalidade e tempo de internamento (TI).

O peso dos doentes foi sempre determinado numa balança grua. No que respeita à estatura, em muitos casos foi utilizada a reportada, contudo, nem todos os doentes estão capazes de a indicar e, quando o fazem, esta pode não ser fidedigna. Desta forma, para estimar a estatura utilizou-se a fórmula do comprimento da mão[5]. Com o peso e a estatura determinou-se o índice de massa corporal (IMC).

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades de vida diárias (AVD). A pontuação da escala varia de 0 a 100, ou seja, 0 corresponde à máxima dependência, e 100 equivale à independência total para as AVD avaliadas. A incapacidade funcional resultante do AVC pode graduar-se de ligeira a grave com dependência total (índice de Barthel > 90 incapacidade ligeira, índice de Barthel de 90 a 55 incapacidade ligeira, índice de Barthel < 55 incapacidade grave)[6].

A escala de Rankin permite medir o estado funcional, incorporando para além das limitações à atividade, também as limitações à participação e a presença de défices relativos a funções do corpo, apresentando 5 graus de incapacidade. A mRS surgiu em 1988, como a nova versão da escala de Rankin apresentando 7 graus de incapacidade. Em concordância com a bibliografia, a obtenção de um valor ≤ 2 é indicativo de que o doente se encontra funcionalmente independente e uma pontuação > 2 indicativo do estado funcionalmente dependente [10].

Ao fim de 7 dias procedia-se a uma reavaliação de todos os doentes.

Os dados recolhidos foram organizados e tratados estatisticamente com o programa estatístico SPSS Statistics 20[®].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 116 doentes, dos quais 53 (45,7%) homens e 63 (54,3%) mulheres. Os resultados por nós encontrados não vão de encontro com a literatura, que considera os AVC's mais frequentes no sexo masculino[9]. A idade dos doentes internados variou entre os 35 anos e os 96 anos. A média de idade foi de 76,9 \pm 12,3. A idade será um dos fatores não modificáveis para o diagnóstico de AVC, assim como é um dos fatores preditivos mais importantes para a desnutrição em pacientes com AVC[7].

RESULTADOS E DISCUSSÃO (cont.)

Ao avaliarmos o risco nutricional dos doentes, verificámos que no momento da admissão hospitalar 87,9% apresentavam risco nutricional, sendo que apenas 12,1% dos doentes admitidos na U-AVC não apresentaram risco nutricional. Este valor encontrado é superior ao encontrado num artigo de revisão onde foi diagnosticada a desnutrição[8]. Ao fim de 7 dias o risco nutricional dos doentes internados passou para 93,9%. Este facto pode ter acontecido pois nem todos os doentes sofreram intervenção nutricional personalizada. Relativamente à tipologia de AVC, é sempre realizada recorrendo à imagiologia (tomografia computadorizada ou ressonância magnética), sendo que a mais prevalente foi a isquémica (75%). O AVC isquémico parece ser o tipo de AVC mais frequente [9]. A prevalência de mortalidade foi de 4,3%.

O IMC médio determinado à admissão hospitalar foi de 26,3 \pm 5,8kg/m². Para uma análise mais correta deveríamos ter separado os adultos (<65 anos de idade) dos idosos (\geq 65 anos de idade), no entanto não o fizemos.

VARIÁVEL	AMOSTRA
Género (%)	Feminino – 54,3% Masculino – 45,7%
Risco Nutricional (%)	Com risco nutricional – 87,9% Sem risco nutricional – 12,1%
Tipo de AVC (%)	Isquémico – 75% Hemorragico – 25%

Tabela 1 – Doentes distribuídos de acordo com o género, risco nutricional e tipo de AVC

Verifica-se uma correção inversamente proporcional entre o risco nutricional e o IMC, ou seja, doentes com risco nutricional apresentam valores de IMC mais baixos ($r = -0,257$; $p=0,005$).

Não se verificou nenhuma correlação entre o risco nutricional e o NIHSS ($r = 0,093$; $p=0,411$) muito provavelmente porque a severidade do défice neurológico resultante do AVC é bastante instável nas primeiras horas, uma vez que tanto pode diminuir como aumentar.

Os doentes que apresentam um melhor estado nutricional, apresentam também uma melhor capacidade funcional, tanto no momento inicial como no momento final, o que nos indica que um bom estado nutricional é um fator determinante para a evolução da capacidade funcional ($r = -0,340$; $p=0,001$).

De acordo com os dados obtidos, quanto maior o risco nutricional mais elevada será a pontuação na escala mRS o que significa que os doentes apresentam um grau de incapacidade maior. Desta forma o risco nutricional correlaciona-se positivamente com a escala mRS ($r = -0,344$; $p=0,002$).

CORRELAÇÕES	VALOR DE p
Risco nutricional e IMC	$r = -0,257$; $p=0,005$
Risco nutricional e NIHSS	$r = 0,093$; $p=0,411$
Risco nutricional e Índice de Barthel	$r = -0,340$; $p=0,001$
Risco nutricional e mRS	$r = -0,344$; $p=0,002$

Tabela 2 – Doentes distribuídos de acordo com o género sexual, estado nutricional, tipo de AVC e

O único fator preditivo do risco nutricional foi a idade (OR=1,167; IC95% 1,048-1,299; $p=0,005$), não se relacionando com a gravidade da doença. O risco nutricional traduziu-se num TI hospitalar superior (9 vs. 13 dias; $p=0,014$) conforme descrito na literatura [8], mas não no TI na U-AVC, nem na probabilidade de mortalidade.

CONCLUSÃO

A prevalência encontrada de risco nutricional é muito elevada quando comparada com a literatura. Este achado não teve as consequências esperadas nas variáveis de *outcome*.

O NRS-2002 é uma ferramenta validada para avaliar o risco nutricional em doentes com AVC. Esta escala recomenda a pontuação de 2 para a gravidade de doença quando o diagnóstico é de AVC. Numa população envelhecida e considerando a tipologia de AVC bem como o resultado de escalas de funcionalidade e sintomatologia, sugere-se que esta pontuação seja inferior na reavaliação aos 7 dias, de forma a melhor traduzir o impacto da implementação de um suporte nutricional personalizado.

O risco nutricional é muito prevalente em doentes com AVC e a sua avaliação precoce afeta significativamente os resultados. Na admissão hospitalar a todos os doentes com AVC deve ser identificado o risco nutricional. Após a sinalização, todos necessitam de intervenção nutricional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1]- Despacho nº 6634/2018.
- [2]- Direção-Geral da Saúde: Rastreio Nutricional – Documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional (2019)
- [3]- Direção-Geral da Saúde: Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares (2017)
- [4]- Sabbouh T, Torbey M. Malnutrition in stroke patients: risk factors, assessment and management. In Neurocrit Care 2018; 29 (3): 374-384
- [5]- Guerra R, Fonseca I, Pichel F, Restivo M, Amaral T. Hand length as an alternative measurement of height. Eur J Clin Nutr. 2014; 68:229-33
- [6]- Appellos, P, Stegmayr, B, Terént, A. Sex Differences in Stroke Epidemiology. A Systematic Review. Stroke 2009; 40, 1082-1090.
- [7]- FOOD Trial Collaboration. Poor Nutritional Status on Admission Predicts Poor Outcomes After Stroke. Stroke 2002; 34, 1450-1456.
- [8]- Cesaroni, G, Agabiti, N, Forastiere, F, Perucci, C. Socioeconomic Differences in Stroke Incidence and Prognosis Under a Universal Healthcare System. Stroke 2009; 40, 2812-2819.
- [9]- Norma Direção Geral da Saúde: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação (2011)
- [10]- Sulter G, Steen C. Use of Barthel Index and Modified Rankin Scale in Acute Stroke Trials. Stroke, 1999; 30: 1538-1541.