



# ENEPEX

ENCONTRO DE ENSINO,  
PESQUISA E EXTENSÃO

8° ENEPE UFGD • 5° EPEX UEMS

## **RASTREAMENTO DE RISCO NUTRICIONAL EM PACIENTES CIRÚRGICOS COM SOBREPESO E OBESIDADE DO HU/UFGD – DOURADOS/MS.**

Jéssica Maurino dos Santos<sup>1</sup>; Natalia Tais Greff<sup>1</sup>; Amanda Aparecida de Souza Vicente<sup>1</sup>; Chrissy Covatti<sup>2</sup>; Andrea Pereira Vicentini<sup>3</sup>

UFGD/FCS – Caixa Postal 533, 79.804-970 – Dourados – MS, E-mail: jessy\_maurino.s2@hotmail.com

1) Acadêmicas do curso de nutrição FCS/UFGD. 2) Bolsista de projeto de extensão (PROEX) da UFGD. 3) Orientadora, Profa. Dra. da Faculdade de Ciências da Saúde - FCS/UFGD.

### **RESUMO**

O risco nutricional se refere ao risco aumentado de morbimortalidade em decorrência do estado nutricional. Estudos demonstraram que pacientes cirúrgicos obesos podem desenvolver complicações pós-operatórias em maior frequência que não obesos, principalmente devido às complicações infecciosas. A partir desse pressuposto o presente trabalho teve por objetivo avaliar o risco nutricional de pacientes cirúrgicos com excesso de peso do HU/UFGD. Fizeram parte do estudo todos os pacientes  $\geq 20$  anos de idade de ambos os sexos internados no posto II (pacientes cirúrgicos) do HU/UFGD no período de Fevereiro a Dezembro de 2013. Os dados foram coletados da triagem nutricional NRS 2002 aplicada no máximo 72 horas da internação em todos os pacientes. O sobrepeso e a obesidade foram determinados a partir do Índice de Massa Corporal (IMC). Dos 569 pacientes cirúrgicos que foram triados, quase metade 280 (49,2%) encontrava-se com o diagnóstico nutricional de sobrepeso ou obesidade. A idade média foi de  $49,8 \pm 13,8$  anos, sendo a maioria de adultos 220 (78,6%) e do sexo feminino 160 (57%). Pelo instrumento de triagem NRS 2002, foi observado que dos 280 pacientes 84 (30%) encontravam-se em risco nutricional no momento da admissão hospitalar, sendo este maior entre os idosos. Ressalta-se, portanto, a importância da aplicação da triagem no momento da admissão nos pacientes cirúrgicos, de forma que se possa prevenir ou prever complicações pós-operatórias.

**Palavras-Chave:** Triagem nutricional, paciente cirúrgico, obesidade.

## INTRODUÇÃO

A doença é o principal fator preditivo de complicações, mas os distúrbios do estado nutricional também são fatores de risco para complicações pós-operatórias (RASLAN *et al*, 2007). Identificar fatores de risco associados às condições clínicas do paciente previamente à cirurgia é importante para buscar a compensação de eventuais desequilíbrios, tomar medidas adicionais de profilaxia ou ainda aumentar a vigilância pós-operatória naqueles pacientes considerados de alto risco (BARBOSA *et al*, 2004).

O risco nutricional se refere ao risco aumentado de morbimortalidade em decorrência do estado nutricional (CARUSO, 2011). Esse risco, segundo Shils *et al*. (2002), inclui qualquer situação em que há presença de fatores, condições ou diagnósticos, que possam afetar o estado nutricional no indivíduo. Como por exemplo, a obesidade, que ainda é um dos maiores desafios do século XXI na área da saúde pública (CAMARGO, 2013).

A obesidade é uma doença de causa multifatorial considerada epidemia de âmbito mundial. Trata-se de uma doença geralmente agravante ou determinante de várias comorbidades como: elevação da pressão sanguínea, da taxa de glicose circulante e das gorduras no sangue, bem como a redução do colesterol HDL (CAMARGO, 2013).

E pode estar acompanhada de risco nutricional com consequências prejudiciais à evolução clínica do doente, além de ser fator de causa de complicações médicas seguidas de procedimentos cirúrgicos e mortes precoces (RASLAN *et al*, 2007).

Estudos demonstraram que pacientes cirúrgicos obesos podem desenvolver complicações pós-operatórias em maior frequência que não obesos (RASLAN *et al*, 2007), sendo as complicações infecciosas as mais frequentes nesse grupo (ILIAS *et al*, 2002).

Dessa forma, o estado nutricional tem sido extensamente relacionado com parâmetros clínicos, sociais e econômicos, com o intuito de se avaliar suas consequências. Para este fim, tem-se utilizado no ambiente hospitalar métodos de avaliação nutricional, os quais já mostram uma prevalência significativa de excesso de peso, embora a desnutrição seja o achado mais comum (MONTEIRO; BURGOS, 2012).

O risco nutricional é avaliado pela combinação de estado nutricional atual e da gravidade da doença, sendo o primeiro composto das variáveis: índice de massa corporal (IMC) onde, são considerados valores normais para o IMC entre 18,5 kg/m<sup>2</sup> e 25 kg/m<sup>2</sup>. Valores acima ou abaixo destes limites são indicativos de risco nutricional (BICUDO-SALOMÃO, *et al*, 2006). Além de se avaliar perda de peso recente e ingestão dietética durante a última semana antes da admissão (BEGHETTO *et al.*, 2008).

Quando comparado com outros instrumentos, a Triagem de Risco Nutricional 2002 (*Nutrition Risk Screening – NRS 2002*) revisado e apoiado pela *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN), mostrou-se superior na identificação do estado nutricional de pacientes adultos e idosos hospitalizados (GABBARDO; BOSCAINI, 2014).

A partir desse pressuposto o presente trabalho teve por objetivo avaliar o risco nutricional de pacientes cirúrgicos com sobrepeso e obesidade do HU/UFGD a partir da aplicação da NRS 2002.

## MÉTODOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados sob o parecer 613.361.

Fizeram parte do estudo todos os pacientes  $\geq 20$  anos de idade de ambos os sexos admitidos no centro cirúrgico do HU/UFGD no período de Fevereiro a Dezembro de 2013. Os dados foram coletados da triagem nutricional NRS 2002 aplicada no máximo 72 horas da internação em todos os pacientes como rotina na admissão hospitalar. Os mesmos foram instruídos e convidados a participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo a primeira para posse do orientador da pesquisa e outra para o paciente.

O sobrepeso e a obesidade foram determinados a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) calculado a partir do peso corporal (Kg) dividido pela altura (m) ao quadrado e classificado como proposto pela Organização Mundial da Saúde (1995), para adultos, e Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS, 2002) para idosos.

O peso foi verificado em balança portátil previamente calibrada. A altura também verificada em estadiômetro portátil, ambos conforme técnica estabelecida pelo Sistema Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2011).

No caso dos pacientes acamados, foi utilizado o método indireto de aferição de peso que inclui as medidas de altura do joelho (AJ) e da circunferência do braço (CB) que serão realizadas conforme as técnicas descritas na literatura e para o cálculo do peso estimado será aplicada a fórmula adaptada por Chumlea (TIRAPEGUI, 2009).

Para pacientes impossibilitados de permanecer em pé, foram utilizados métodos alternativos. A primeira opção foi a estatura recumbente, com o indivíduo deitado em posição supina, leito horizontal por completo e marcado o lençol na altura da extremidade da cabeça e da base do pé medir-se-á a distância entre as marcas. A segunda opção foi a hemienvergadura do braço, também em posição supina e braço estendido formando 90° com o tronco, será medido o comprimento entre o esterno até a ponta do dedo médio e este valor multiplicado por dois.

Para idosos (acima de 60 anos) e acamados em que não houve possibilidade da aplicação dos métodos supracitados de estimativa de estatura, foi realizada a altura do joelho e posteriormente a equação de Chumlea (1985).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 569 pacientes do posto cirúrgico que foram triados durante o período de Fevereiro a Dezembro de 2013, quase metade 280 (49,2%) encontrava-se com o diagnóstico nutricional de sobrepeso e obesidade (tabela 1) e, portanto compuseram a amostra do presente estudo. A idade média foi de  $49,8 \pm 13,8$ , sendo a maioria adultos 220 (78,6%) e do sexo feminino 160 (57%).

**Tabela 1** Classificação e grau de Obesidade dos pacientes

Classificação	Adultos (220)	Idosos (60)
	N (%)	N (%)
Sobrepeso	136(61,8)	26 (43,3)
Obesidade		34 (56,7)
Obesidade Grau I	50(22,7)	
Obesidade Grau II	25(11,4)	
Obesidade Grau III	9(4,1)	

O presente estudo encontrou um percentual bem maior de adultos obesos Grau I, II e III (38,2%) entre os pacientes cirúrgicos quando comparado com o estudo realizado por Raslan *et al* (2007) que foi de apenas 17,1% (tabela 1).

Pela aplicação do instrumento de triagem NRS 2002, observou-se que dos 280 pacientes 84 (30%) (tabela 2) encontravam-se em risco nutricional no momento da admissão hospitalar, no entanto, Raslan *et al* (2007) observou percentuais menores (23%) de risco nutricional.

Ressalta-se que, quando analisado por faixa etária o risco nutricional foi maior entre os idosos 26 (43,3%) (Tabela 2) o que já era esperado, mesmo assim, superou o percentual encontrado por Bezerra *et al* (2012) que foi de apenas 11,5% de idosos com risco nutricional.

**Tabela 2.** Classificação de risco nutricional de pacientes cirúrgicos com sobrepeso e obesidade admitidos no HU/UFMG.

Risco Nutricional	Total (280)	Adultos (220)	Idosos (60)
	N (%)	N (%)	N (%)
Sem Risco 0	196(70)	162 (73,6)	34 (56,7)
Risco Leve/Moderado	75(26,8)	52(23,6)	23(38,3)
Risco Grave $\geq 3$	9(3,2)	6 (2,7)	3 (5)

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se entre os pacientes cirúrgicos, alto percentual de sobrepeso e obesidade, sendo que quase um terço destes se encontrava em risco nutricional. Notou-se também que o risco nutricional foi maior em idosos.

Portanto, o presente trabalho demonstra que o paciente com sobrepeso ou obesidade pode apresentar risco nutricional. E, assim, torna-se crucial o rastreamento em pacientes cirúrgicos, principalmente nos que se encaixam nesse perfil, para que, dessa forma, haja a possibilidade de prevenir ou prever complicações pós-operatórias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, H.F; REIS, F.J.C; CARRARA, H.H.A *et al.* Fatores de risco para infecções de sítio cirúrgico em pacientes operadas por Câncer de Mama. **RBGO** 26(3):227-232, 2004

BEGHETTO, M.G *et al.* Triagem nutricional em adultos hospitalizados. **Rev. Nutr., Campinas**, 21(5): 589-601, 2008

BEZERRA, J.D; DANTAS M.A.M, VALE S.H.L, *et al.* Aplicação de instrumentos de triagem nutricional em hospital geral: um estudo comparativo. **Revista Ciência & Saúde** 5(1):9-15, 2012.

BICUDO-SALOMÃO, A; AGUILAR-NASCIMENTO, J.E; CAPOROSSI, C. Risco nutricional em cirurgia avaliado pelo Índice de Massa Corporal ajustado ou não para pacientes idosos. **Arq Gastroenterol** 43(3):219-23, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, 2011. Disponível em <[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)> [Acesso 25 Ago 2014]

CAMARGO, M.A.G.F. *Coping* e aspectos psicossociais associados ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em longo prazo [Doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2013 p19. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-19062013-150702/pt-br.php>> [Acesso 25 Ago 2014).

CARUSO, L. **Intervenção Nutricional no Pré e Pós-cirúrgico.** In: SILVA, Sandra Maria Chemin da, MURA Joana D´Arc Pereira. Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia. 2ª ed São Paulo: Roca, 2007. p.834.

CHUMLEA, W.C. *et al.* Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. **J Am Geriatr Soc.** 33(2):116-20, 1985.

GABBARDO, R.A.R; BOSCAINI, C. Risco nutricional em pacientes adultos e idosos de um hospital do sul do Brasil. 24(2), 2014 Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/16325/11489>>.

ILIAS, E.J; KASSAB, P; CASTRO, O.P. Complicações na gastrectomia por câncer e obesidade. **Rev Assoc Med Bras** 48(3):1-5,2002.

MONTEIRO, H.M.C; BURGOS, M.G.P.A. Estado nutricional na admissão hospitalar: realidade na Clínica de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas – UFPE. **Rev Bras Nutr Clin** 27 (3): 145-51, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Investigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Beinestar y Envejecimeiento (SABE) en América Latina e el Caribe, 2002 – Informe preliminar. Disponível em <<http://www.opas.org/program/sabe.htm>> [Acesso 26 Ago 2014]

RASLAN, M; HORIE, L.M; BARBOSA-SILVA, M.C.G *et al.* Risco nutricional e complicações em obesos hospitalizados submetidos à cirurgia. **ABCD Arq Bras Cir Dig**; 20(4):266-9, 2007.

SHILS, M.E; OLSON, J.A; SHIKE, M. *et al.* **Tratado de Nutrição na Saúde e na Doença**. São Paulo: Manole, 2002.

TIRAPEGUI, J; RIBEIRO, S.M.L. **Avaliação Nutricional - Teoria e Prática**. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2009. p.326.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Genova: WHO, 142p. (WHO Technical Report Series, 854), 1995