

Avaliação do estado nutricional em pacientes hospitalizados com cirrose hepática

Nutritional assessment in hospitalized patients with liver cirrhosis

Flavia Regina Gregorini¹
Patrícia Stanich²
Márcia Maria Teixeira de Freitas³

Unitermos:

Cirrose Hepática. Estado Nutricional. Avaliação Nutricional. Pacientes Internados.

Keywords:

Liver Cirrhosis. Nutritional Status. Nutrition Assessment. Inpatients.

Endereço para correspondência:

Flavia Regina Gregorini
Rua Alexandre Benois, 50/03 – Vila Andrade –
São Paulo, SP, Brasil – CEP: 05729-090
E-mail: flavia@gregorini.com.br

Submissão:

30 de abril de 2016

Aceito para publicação:

2 de setembro de 2016

RESUMO

Introdução: A cirrose surge devido a um processo crônico e progressivo de inflamações. O tipo mais comum é a cirrose hepática (CH). Pacientes com CH apresentam baixa ingestão alimentar, alterações bioquímicas e grande depleção de massa muscular. A avaliação do estado nutricional pode detectar as alterações do estado nutricional e fornecer informação prognóstica. O diagnóstico nutricional dos pacientes com CH representa grande desafio devido à retenção hídrica frequentemente encontrada. **Objetivo:** Caracterizar o estado nutricional dos pacientes com CH hospitalizados. **Método:** O método de avaliação utilizado no estudo foi a Avaliação Global do Royal Free Hospital (RFH-GA), um instrumento validado em 2006 no Royal Free Hospital de Londres, que consiste em uma avaliação nutricional específica para pacientes cirróticos. **Resultados:** Foram avaliados 26 pacientes, predominantemente do sexo masculino, com média de idade de 54,2 anos, sendo a principal etiologia a cirrose hepática alcoólica. As seguintes variáveis foram consideradas: sintomas gastrointestinais, disfunções clínicas, consumo alimentar, avaliação da composição corporal subjetiva e antropometria objetiva. **Conclusão:** O presente trabalho verificou alta taxa de desnutrição e o instrumento de avaliação do RFH-GA foi adequado para classificação do estado nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Cirrhosis arises due to a chronic and progressive process of inflammation, the most common type is liver cirrhosis (LC). LC patients have low food intake, biochemical and great loss of muscle mass. The nutritional assessment can detect changes in the nutritional status and provide prognostic information. Nutritional diagnosis of patients with LC is a challenge due to water retention often found. **Objective:** To characterize the nutritional status of hospitalized patients with LC. **Methods:** The evaluation method used in the study was the Global Assessment of the Royal Free Hospital (RFH-GA), a nutritional assessment tool validated in 2006 at the Royal Free Hospital in London, that consists of a specific nutritional assessment for cirrhotic patients. **Results:** We evaluated 26 patients, predominantly male, with an average age of 54.2 years, the main cause being the alcoholic liver cirrhosis. The following variables were considered: gastrointestinal symptoms, clinical disorders, food intake, body composition assessment of subjective and objective anthropometry. **Conclusion:** The present work verified a high rate of malnutrition and the evaluation tool for the RFH-GA was adequate to assess the nutritional status.

1. Nutricionista residente do programa de Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
2. Nutricionista clínica do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital São Paulo – Universidade Federal de São Paulo; Doutora em Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
3. Nutricionista clínica do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital São Paulo – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A cirrose surge devido a um processo crônico e progressivo de inflamações. O tipo mais comum é a cirrose hepática. As principais doenças hepáticas crônicas (DHC) são: hepatite viral, alcoólica ou autoimune, doença hepática gordurosa não-alcoólica (DHGNA), cirrose hepática e carcinoma hepatocelular¹.

Pacientes com DHC apresentam baixa ingestão alimentar, alterações bioquímicas e grande depleção de massa muscular, isso devido ao aumento do metabolismo e presença de ascite, associados com hipoalbuminemia e desnutrição. Um estudo que acompanhou a gravidade da insuficiência hepática observou correlação negativa com a ingestão alimentar, o que demonstra seu efeito anoréxico².

Sabe-se que a desnutrição é um preditor independente de sobrevida em pacientes com cirrose hepática, e está presente em 20% dos pacientes com doença hepática compensada e em mais de 80% dos pacientes com cirrose descompensada¹. Verificou-se que a desnutrição é um fator de risco independente e melhora a precisão do prognóstico do escore de Child-Pugh³.

A avaliação do estado nutricional pode detectar as alterações do estado nutricional e fornecer informação prognóstica³, portanto, a terapia nutricional (TN) apresenta-se como importante terapêutica para esse grupo de pacientes, contribuindo para a melhora da qualidade de vida, redução da taxa de complicações e mortalidade¹.

O diagnóstico nutricional dos pacientes com DHC representa grande desafio devido à retenção hídrica frequentemente encontrada, além dos efeitos da função hepática comprometida sobre a síntese de proteínas plasmáticas, não havendo ainda método de avaliação nutricional considerado padrão-ouro para estes pacientes¹.

As medidas antropométricas podem fazer parte da avaliação nutricional do paciente com DHC. No entanto, quando houver ascite ou edema periférico, deve-se mensurar a gordura subcutânea por meio das dobras cutâneas (tricipital; bicipital; subescapular) e da massa magra (CB e CMB), indicadores que sofrem menos interferência da retenção hídrica¹.

A desnutrição está presente em grande parte dos pacientes com cirrose hepática e é considerada um índice prognóstico, portanto, é necessário realizar diagnóstico, acompanhamento e intervenção nutricional adequada desses pacientes. Diante deste contexto, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o estado nutricional dos pacientes com cirrose hepática hospitalizados, visando estabelecer o melhor atendimento e intervenção nutricional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, realizado em hospital de nível terciário e centro de referência em alta complexidade do país, vinculado à Universidade Federal de São Paulo. Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2015, em até 72h após a internação.

Foram avaliados 26 pacientes com cirrose hepática, de ambos os sexos, com idade ≥ 18 anos, internados no Hospital São Paulo, em São Paulo, SP. Como critério de inclusão: portadores de cirrose hepática com diagnóstico em prontuário de qualquer etiologia. Critério de exclusão: pacientes sem informações suficientes para coleta de dados e pacientes sem condições de cooperar ou de realizar a avaliação do estado nutricional, como pacientes com comprometimento do sensório, em especial os portadores de encefalopatia hepática de grau igual ou superior a III, de acordo com a Classificação de West Haven⁴. Os dados quanto à etiologia da cirrose hepática, classificação do MELD (*model for end-stage liver disease*) e do Child-Pugh foram coletados a partir dos prontuários.

O método de avaliação utilizado no estudo foi a Avaliação Global do Royal Free Hospital (RFH-GA), associado a avaliação antropométrica e análise da ingestão alimentar. O RFH-GA é um instrumento de avaliação nutricional validado em 2006 no Royal Free Hospital de Londres, e consiste em uma avaliação nutricional específica para pacientes cirróticos, composta por uma combinação de fatores subjetivos e objetivos, que são colocados em um algoritmo, para classificação do estado nutricional^{5,6}.

As questões clínicas observadas foram aquelas que influenciaram na ingestão e/ou absorção de alimentos e nutrientes, como anorexia, náuseas, vômitos, dificuldades na mastigação e deglutição, indigestão, dor abdominal pós-prandial. Estas foram classificadas em: inexistente, leve, moderada ou grave. Nas questões clínicas ainda foram observados a presença de infecções, disfunção renal, encefalopatia hepática, sangramentos no trato gastrointestinal, perda ou ganho de peso, atividade física e fadiga.

Quanto à avaliação antropométrica, a RFH-GA possui uma parte subjetiva e uma objetiva. A parte subjetiva trata-se do estado físico, e avalia a reserva de gordura subcutânea, classificando-a em: boa, razoável e pobre, além da perda de massa muscular, edema periférico e ascite, classificando-os em: inexistente, leve, moderada ou grave.

Na parte objetiva da avaliação antropométrica realizaram-se as medidas de: peso, estatura, estimativa de peso seco para cálculo do índice de massa corporal (IMC), circunferência do braço (CB), dobra cutânea tricipital (DCT) e circunferência muscular do braço (CMB). As medidas antropométricas do braço foram aferidas e comparadas segundo os padrões sugeridos por Frisancho⁷.

A ingestão alimentar seguindo a RFH-GA foi avaliada nos seguintes quesitos: apetite, saciedade precoce, alteração do paladar e ingestão alimentar recente. A avaliação da ingestão recente foi baseada na aceitação do paciente em cada uma das refeições, totalizando um percentual de aceitação, e classificada da seguinte forma: ingestão adequada quando atingisse de 80 a 100% das recomendações, inadequada quando atingisse de 80 a 20% e nula quando a ingestão fosse menor que 20% do oferecido pelo Serviço de Nutrição e Dietética.

Com as informações clínicas, ingestão dietética, estado físico e dados antropométricos, os indivíduos foram classificados seguindo o algoritmo da Figura 1.

A análise estatística das variáveis categóricas e numéricas foi apresentada em valores absolutos e numéricos.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e Plataforma Brasil, sob o número CEP 1016/2015 e CAAE 48242115.7.0000.5505. Todos os pacientes foram informados sobre o propósito do estudo e sua inclusão ocorreu somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A população do estudo foi predominantemente do sexo masculino, com média de idade de 54,2 anos. A principal etiologia foi a cirrose hepática alcoólica, tendo a maioria dos pacientes um Child-Pugh B e MELD menor que 20, sendo

ainda que cinco pacientes dos 26 estudados foram a óbito. As características gerais estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características gerais dos pacientes.

Características	Resultados (n=26)	
Idade x (± dp)	54,2	±10,7
Gênero	n	%
Masculino	17	65%
Feminino	9	35%
Etiologia	n	%
HCV	8	31%
HCV + CHC	2	8%
Álcool	11	42%
Outros	5	19%
Child-Pugh	n	%
A	3	12%
B	12	46%
C	10	38%
MELD	n	%
≥20	11	42%
<20	15	58%
Óbitos	n	%
Presente	5	19%
Ausente	21	81%

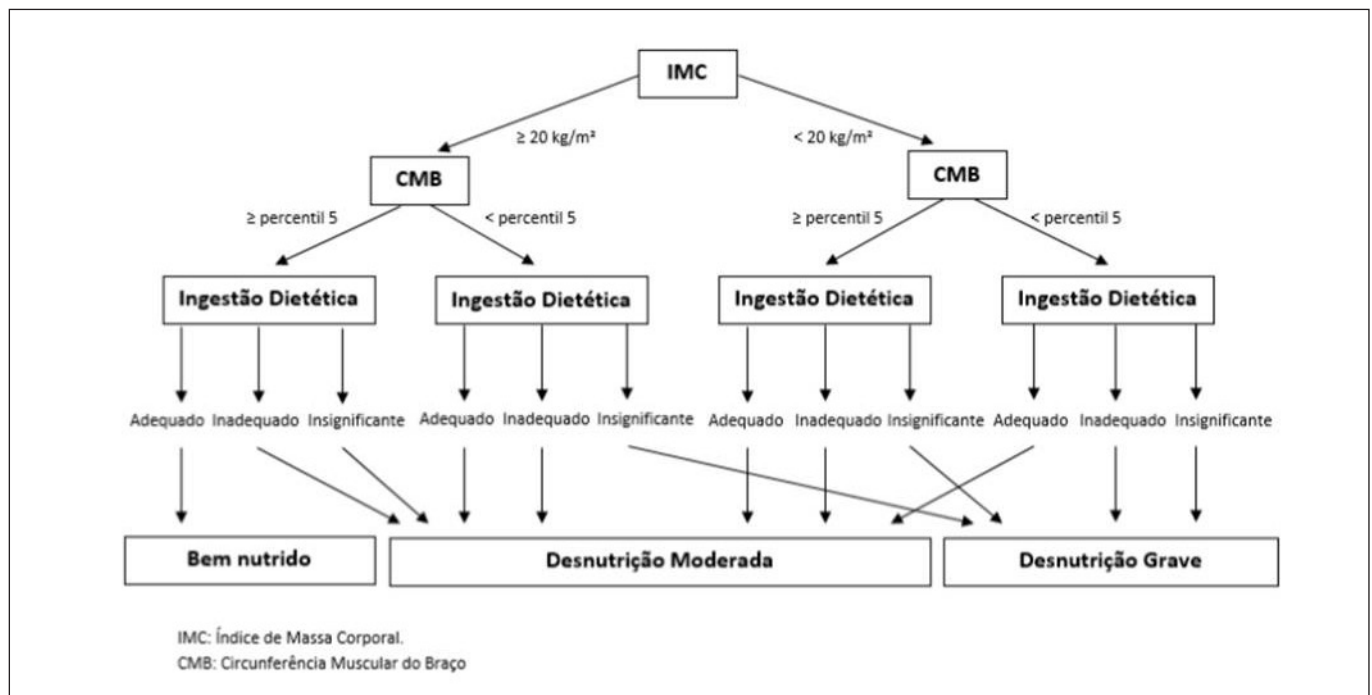


Figura 1 – Algoritmo da avaliação global proposta pelo Royal Free Hospital.⁵

Referente à avaliação pela RFH-GA, os resultados estão apresentados na Tabela 2.

Na avaliação, os sintomas gastrointestinais que apresentaram maior prevalência foram: anorexia, indigestão e dor abdominal. Em relação às disfunções clínicas relacionadas à cirrose hepática e relatadas em prontuário, observou-se que metade dos pacientes apresentaram algum tipo de infecção, a maioria da população estudada tinha algum grau de disfunção renal e 31% algum grau de encefalopatia, sendo que nenhum dos pacientes apresentou encefalopatia grave, visto que era um dos critérios de exclusão.

Tabela 2 – Resultados encontrados referente a sintomas gastrointestinais, disfunções clínicas, consumo alimentar, avaliação subjetiva da composição corporal e avaliação antropométrica objetiva.

Royal Free Hospital – Global Assessment	Resultados (n=26)	
Sintomas Gastrointestinais		
Anorexia		n/%
Ausente	18	69%
Leve	6	23%
Moderada	1	4%
Severa	1	4%
Náuseas		n/%
Ausente	22	85%
Leve	2	8%
Moderada	1	4%
Severa	1	4%
Vômitos		n/%
Ausente	23	88%
Leve	3	12%
Moderado	0	0%
Severo	0	0%
Dificuldade para mastigar		n/%
Ausente	25	96%
Leve	0	0%
Moderada	1	4%
Severa	0	0%
Disfagia		n/%
Ausente	26	100%
Leve	0	0%
Moderada	0	0%
Severa	0	0%
Indigestão		n/%
Ausente	17	65%
Leve	5	19%
Moderada	3	12%
Severa	1	4%
Dor Abdominal		n/%
Ausente	13	50%
Leve	3	12%
Moderada	4	15%
Severa	6	23%

Cont. Tabela 2 – Resultados encontrados referente a sintomas gastrointestinais, disfunções clínicas, consumo alimentar, avaliação subjetiva da composição corporal e avaliação antropométrica objetiva.

Royal Free Hospital – Global Assessment	Resultados (n=26)	
Disfunções Clínicas		
Infecções		n/%
Presente	13	50%
Ausente	13	50%
Disfunção Renal		n/%
Ausente	10	38%
Leve	6	23%
Moderada	7	27%
Severa	3	12%
Encefalopatia Hepática		n/%
Ausente	18	69%
Leve	7	27%
Moderada	1	4%
Severa	0	0%
Sangramento TGI		n/%
Ausente	20	77%
Leve	2	8%
Moderado	4	15%
Severo	0	0%
Consumo Alimentar		
Ganho/Perda de Peso segundo paciente		n/%
Ganhou	7	27%
Perdeu	15	58%
Manteve	4	15%
Fadiga		n/%
Ausente	7	27%
Leve	8	31%
Moderada	6	23%
Severa	5	19%
Apetite		n/%
Bom	17	65%
Razoável	5	19%
Pobre	4	15%
Saciedade Precoce		n/%
Ausente	13	50%
Leve	4	15%
Moderada	8	31%
Severa	1	4%
Mudança de Paladar		n/%
Ausente	18	69%
Leve	2	8%
Moderada	3	12%
Severa	3	12%
Ingestão Alimentar		n/%
Insuficiente	2	8%
Inadequada	12	46%
Adequada	12	46%

Cont. Tabela 2 – Resultados encontrados referente a sintomas gastrointestinais, disfunções clínicas, consumo alimentar, avaliação subjetiva da composição corporal e avaliação antropométrica objetiva.

Royal Free Hospital – Global Assessment		Resultados (n=26)
Análise Subjetiva do Estado Físico		
Reserva Gordura		n/%
Bom	8	31%
Razoável	13	50%
Pobre	5	19%
Perda Massa Muscular		n/%
Ausente	3	12%
Leve	9	35%
Moderada	11	42%
Severa	3	12%
Edema Periférico		n/%
Ausente	15	58%
Leve	9	35%
Moderado	2	8%
Severo		
Ascite		n/%
Ausente	4	15%
Leve	6	23%
Moderada	12	46%
Severa	4	15%
Análise Objetiva		
Circunferência Muscular do Braço		n/%
≥ percentil 5	13	50%
< percentil 5	13	50%
Índice de Massa Corporal - Seco		n/%
≥ 20	21	81%
< 20	5	19%
Diagnóstico Nutricional		
Bem Nutrido	5	19%
Desnutrição Moderada	20	77%
Desnutrição Severa	1	4%

Quanto às variáveis do consumo alimentar, a maioria dos pacientes considerou ter bom apetite, apesar da metade relatar saciedade precoce. Pela avaliação da aceitação alimentar do pesquisador, a maior parte dos pacientes tinha uma alimentação inadequada ou insuficiente.

A avaliação da composição corporal subjetiva mostrou que apenas 31% dos pacientes tinham boa reserva de gordura corporal e grande parte da população estudada mostrava algum grau de perda de massa muscular, além disso, 85% deles apresentavam algum grau de ascite, uma das principais complicações da cirrose hepática. Na avaliação objetiva, metade dos pacientes tinha circunferência muscular do braço menor que o percentil 5, apesar da maioria deles apresentar IMC seco estimado maior que 20 kg/m².

Pela RFH-GA, o estudo apresentou predominância em desnutrição, com 19% de pacientes bem nutridos, 77% com desnutrição moderada e 19% de pacientes com desnutrição grave.

DISCUSSÃO

Como na literatura, a população de pacientes estudada foi predominantemente masculina, com média de idade entre 50 e 60 anos, classificação do Child-Pugh na maioria entre B e C e como principal etiologia da cirrose hepática o álcool, visto que ele representa o principal processo de danos hepáticos^{2,3,6,8}. Na classificação do MELD, a maior parte dos pacientes apresentava valor menor que 20, assim podemos dizer que era uma população de pacientes graves, mas com baixo risco de óbito em 3 meses. No entanto, cinco dos 26 pacientes foram a óbito durante a internação.

Na literatura, a anorexia foi observada em 87% dos pacientes e pode ocorrer em virtude da inibição do apetite pelo etanol, visto que esta é uma das principais causas da doença⁸. A indigestão pode estar ligada à presença de ascite, dado que a capacidade gástrica diminui com o aumento da pressão intra-abdominal.

O fato de apenas alguns sintomas terem maior prevalência no estudo pode estar ligado à demora na avaliação desde a internação, mesmo ela tendo sido feita nas primeiras 72 horas, pois o paciente pode ter apresentado uma melhora clínica da cirrose e, conseqüentemente, melhora dos sintomas no momento da avaliação, sendo esta uma limitação do estudo.

No quesito de disfunções clínicas, as infecções foram encontradas em metade dos pacientes estudados, assim como em estudo anterior, que relatou uma taxa de infecção de 40% a 50% entre os pacientes cirróticos hospitalizados⁹.

Em relação à saciedade precoce, este sintoma pode ser um dos responsáveis pela baixa aceitação alimentar dos pacientes. O estudo mostrou que 54% dos pacientes tinham uma aceitação inadequada ou insignificante. Esta redução da ingestão já foi descrita por outros estudos, e pode estar ligada a muitos fatores, como a gravidade da doença, estado nutricional, palatabilidade das dietas e a hospitalização^{5,8,10}.

A baixa ingestão alimentar nos pacientes hospitalizados pode estar ligada também a períodos prolongados de jejum para realização de exames, sendo que a avaliação feita no estudo foi das últimas 24 horas, portanto, sugere-se que futuros estudos utilizem um período maior para avaliação da aceitação alimentar.

Na análise subjetiva, observou-se que a maioria dos pacientes apresentou razoável ou pobre reserva de gordura e algum grau de perda de massa muscular. Tais achados podem ser confirmados objetivamente pela média de CMB encontrada de 22,5±3,3 cm, sendo que o percentil 50 para

a média de idade é de 28,1 cm para homens, que são a maioria no estudo.

A literatura descreve que, de fato, em pacientes com cirrose hepática existe perda de massa magra, mesmo antes de refletir em perda de apetite ou do peso, de modo que a ferramenta de diagnóstico nutricional RFH-GA, que é específica para estes pacientes, tem a vantagem de incluir como um indicador a CMB¹⁰.

Na literatura, sabe-se que a ascite é uma das manifestações clínicas da doença, e foi demonstrado que a desnutrição está associada com a presença de ascite refratária ou a persistência de ascite¹¹. Pacientes cirróticos têm o peso afetado pelas flutuações da ascite e edemas, assim como pelos ajustes de dose dos diuréticos, por conta disso a baixa sensibilidade do IMC para o diagnóstico nutricional já foi descrita¹⁰.

Dessa forma, a RFH-GA utiliza uma estimativa de peso seco e, conseqüentemente, IMC seco. A precisão do IMC calculado a partir de valores estimados de peso seco pode ser questionada. No entanto, Morgan et al.⁶ observaram em seus estudos uma excelente concordância tanto para peso seco estimado quanto para IMC.

Deve-se ressaltar que existem limitações no estudo, visto que a RFH-GA contém quesitos subjetivos e sua avaliação depende das percepções dos profissionais¹². Além disso, o presente trabalho contou apenas com um avaliador para os critérios objetivos, podendo haver tendências.

Em conclusão, o presente trabalho obteve alta taxa de desnutrição, sendo ela moderada ou grave, confirmando a elevada prevalência de desnutrição em pacientes cirróticos hospitalizados. Isso demonstra que o instrumento de avaliação do RFH-GA foi adequado para classificação do estado nutricional. Este instrumento contém muitos quesitos e variáveis, além disso, é necessária avaliação antropométrica, trazendo maior precisão para a avaliação, mas demandando tempo do avaliador.

Conclui-se, ainda, que são pacientes que demandam maior atenção das nutricionistas e das equipes multiprofissionais,

visto que uma melhor nutrição destes pode levar a menor mortalidade e melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Jesus RP, Nunes ALB, Magalhães LP, Buzzini R; Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Colégio Brasileiro de Cirurgias; Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes. Terapia nutricional nas doenças hepáticas crônicas e insuficiência hepática. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2011.
2. Campillo B, Richardet JP, Scherman E, Bories PN. Evaluation of nutritional practice in hospitalized cirrhotic patients: results of a prospective study. *Nutrition*. 2003;19(6):515-21.
3. Alberino F, Gatta A, Amodio P, Merkel C, Di Pascoli L, Boffo G, et al. Nutrition and survival in patients with liver cirrhosis. *Nutrition*. 2001;17(6):445-50.
4. Ferraz MLG, Schiavon JLN, Silva AEB. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da EPM-UNIFESP. Hepatologia. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2009. p. 265-325.
5. Gottschall C. Avaliação nutricional de adultos portadores de hepatopatia crônica: comparação entre dinamometria, avaliação global do Royal Free Hospital e espessura do músculo adutor do polegar. [Tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. 103 p.
6. Morgan MY, Madden AM, Soulsby CT, Morris RW. Derivation and validation of a new global method for assessing nutritional status in patients with cirrhosis. *Hepatology*. 2006;44(4):823-35.
7. Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status [Internet]. 1990 [cited 2015 Jun 25]. Available from: <https://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=qPZ6vnKL90YC&pgis=1>
8. Maio R, Dichi JB, Burini RC. Conseqüências nutricionais das alterações metabólicas dos macronutrientes na doença hepática crônica. *Arq Gastroenterol*. 2000;37(1):52-7.
9. Borzio M, Salerno F, Piantoni L, Cazzaniga M, Angeli P, Bissoli F, et al. Bacterial infection in patients with advanced cirrhosis: a multicentre prospective study. *Dig Liver Dis*. 2001;33(1):41-8.
10. Landa-Galván HV, Milke-García MP, León-Oviedo C, Gutiérrez-Reyes G, Higuera-de la Tijera F, Pérez-Hernández JL, et al. Nutritional assessment of alcoholic liver cirrhotic patients treated in the liver Clinic of the Mexico's General Hospital. *Nutr Hosp*. 2012;27(6):2006-14.
11. Plauth M, Merli M, Kondrup J, Weimann A, Ferenci P, Müller MJ; ESPEN Consensus Group. ESPEN guidelines for nutrition in liver disease and transplantation. *Clin Nutr*. 1997;16(2):43-55.
12. Gunsar F, Raimondo ML, Jones S, Terreni N, Wong C, Patch D, et al. Nutritional status and prognosis in cirrhotic patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;24(4):563-72.

Local de realização do trabalho: Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesse: As autoras declaram não haver.