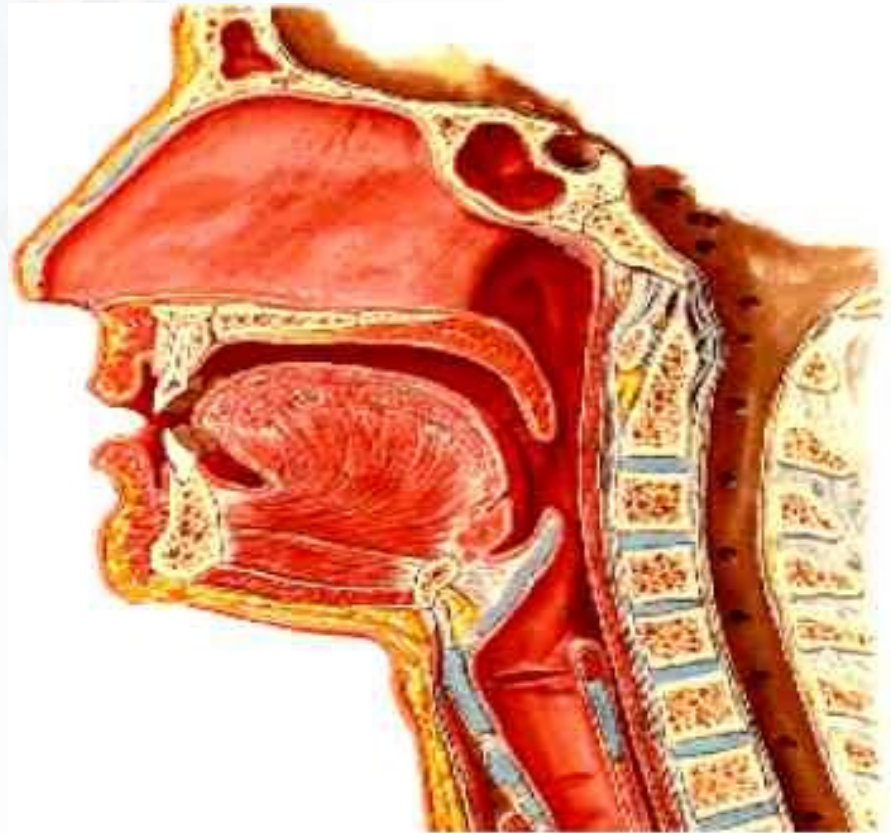


Cíntia Pinho Reis, RD, MsC, PhD

Nutricionista, 1430N

Módulo 4: Nutrição e Hidratação na Disfagia



Apresentação da Formadora

Cíntia Pinho Reis

Nutricionista, 1430N

Licenciada em Ciências da Nutrição,

Mestre em Cuidados Paliativos

Doutora em Bioética

Nutricionista no Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa para
as áreas de convalescença, reabilitação e manutenção

Nutricionista na Cruz Vermelha Portuguesa - Unidade de Convalescença

Nutrição Clínica, Alimentação Colectiva, Ensino, Investigação

Docente em diversas instituições do ensino superior

Contacto: cintiareisvp@gmail.com

Conteúdos Programáticos

- Desnutrição
- Noções de triagem do Risco Nutricional
- Papel do Nutricionista na Nutrição de Reabilitação e Disfagia
- Particularidades da trajetória nutricional das doenças
- Dietas Adaptadas e Modificadas
- Suplementação Oral
- Alimentação para Conforto
- Nutrição Entérica
- Nutrição Parentérica



CONSENSUS STATEMENT



Nutritional care is a human right: Translating principles to clinical practice

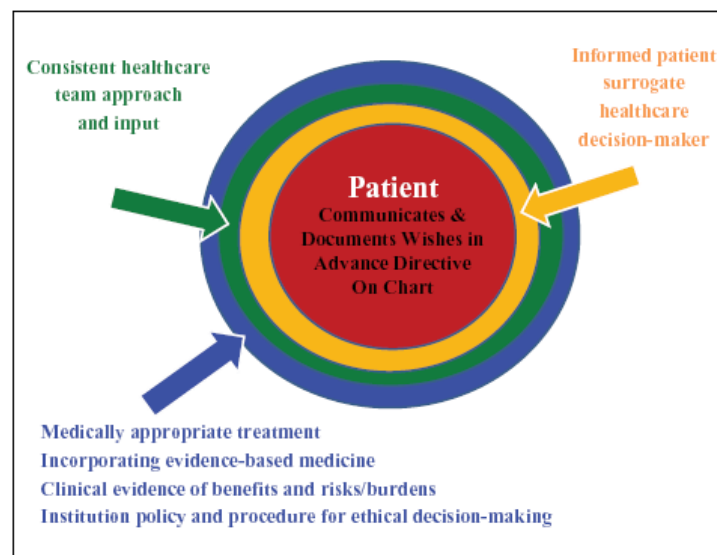
Invited Review



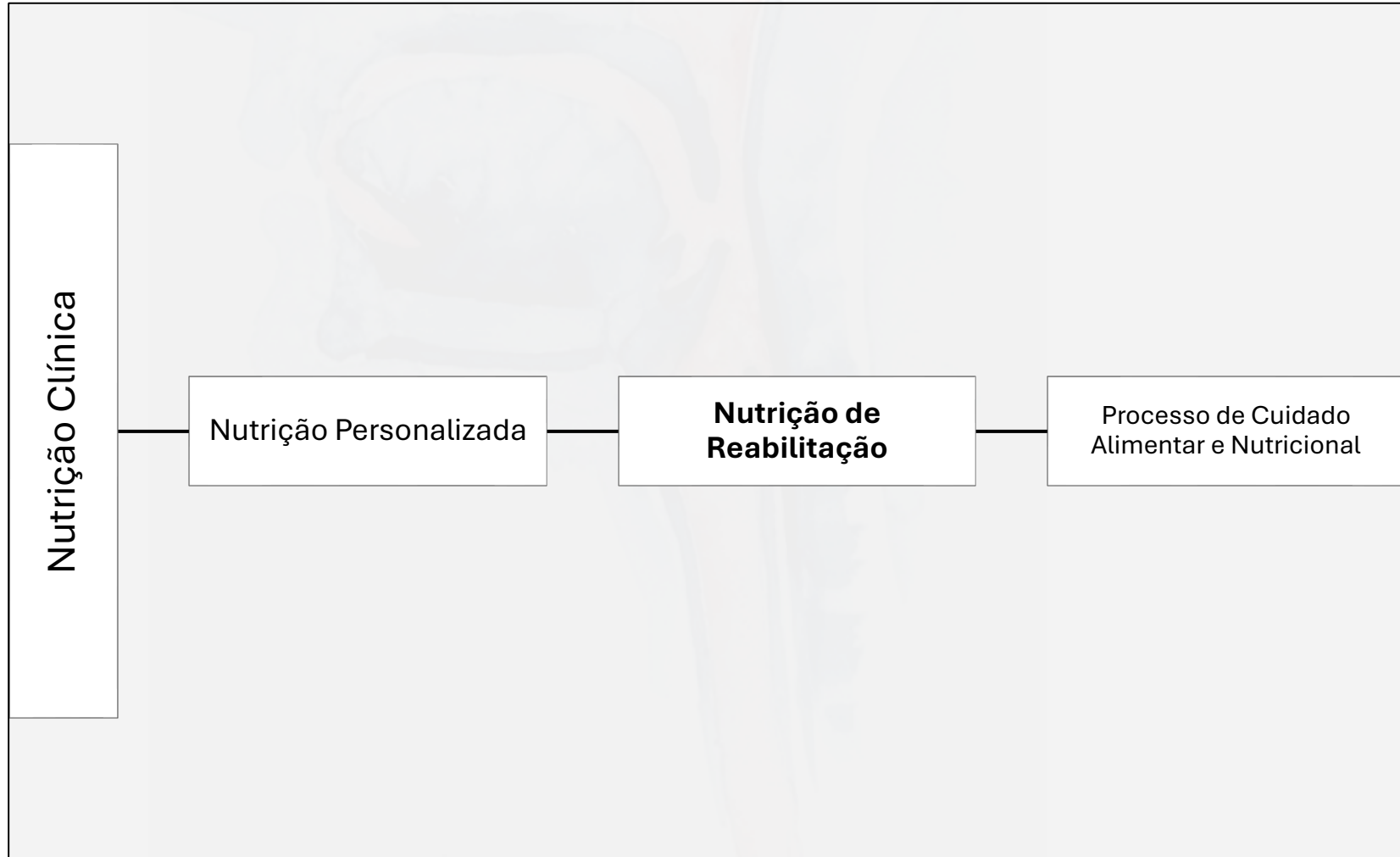
Integrating Patient-Centered Care and Clinical Ethics Into Nutrition Practice

Denise Baird Schwartz, MS, RD, FADA, CNSC

Nutrition in Clinical Practice
Volume 28 Number 5
October 2013 543–555
© 2013 American Society
for Parenteral and Enteral Nutrition
DOI: 10.1177/0884533613500507
ncp.sagepub.com
hosted at
online.sagepub.com

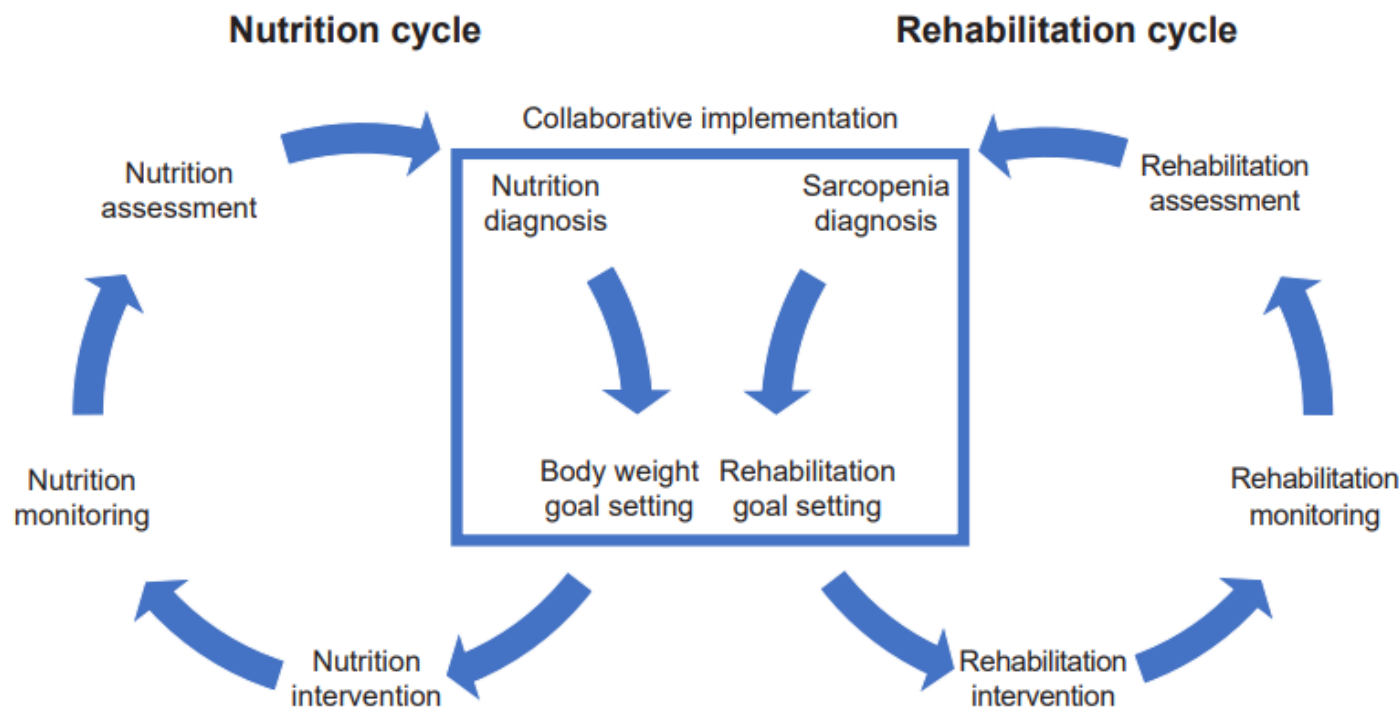


Enquadramento da Nutrição no Doente com Disfagia



Sarcopenic Dysphagia and Simplified Rehabilitation Nutrition Care Process: An Update

Shingo Kakehi, PT, MS, Eri Isono, PT, Hidetaka Wakabayashi, MD, PhD, Moeka Shioya, PT, Junki Ninomiya, PT, Yohei Aoyama, PT, Ryoko Murai, ST, Yuka Sato, PT, Ryohei Takemura, PT, Amami Mori, OT, Kei Masumura, OT, Bunta Suzuki, PT



Papel do Nutricionista na Disfagia



- Rastreio, avaliação e diagnóstico do estado nutricional
- Cálculo das Necessidades Energéticas e distribuição de macronutrientes
- Elaboração de plano alimentar em regime de internamento, de ambulatório e para domicílio
- Aconselhamento alimentar sobre combinações de diferentes alimentos e métodos de confeção específicos com vista à manipulação de consistências e texturas
- Controlo de sintomas relacionados com a alimentação
- Adaptar os conteúdos da dieta mediante o resultado da avaliação de TF/ EER – em termos de consistência e textura
- Prescrição de NE e NP complementares à alimentação por via oral.

Role of registered dietitians in dysphagia screening

REBECCA A. BRODY, MS, RD; RIVA TOUGER-DECKER, PhD, RD, FADA;
STANLEY VonHAGEN, PhD; JULIE O'SULLIVAN MAILLET, PhD, RD, FADA

Journal of THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION / 1037

PERSPECTIVES IN PRACTICE
PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE

*The Role of the Registered Dietitian
in Dysphagia Assessment and Treatment*
A Discussion Paper

Canadian Journal of Dietetic Practice and Research – Vol 66 No 2, Summer 2005

Possíveis alterações na alimentação do doente com disfagia

Problemas relacionados com a alimentação fornecida

- Pouca qualidade
- Quantidade inadequada
- Pouca variedade
- Má apresentação
- Rigidez das dietas hospitalares

Problemas relacionados com a pessoa doente

- Sintomas
- Confusão
- Dependência para se alimentar
- Gostos e preferências distintos

Situações relacionadas com a trajetória da doença:

- Perda de peso involuntária, recusa alimentar, angústia alimentar, alterações do metabolismo; alterações do foro cognitivo; perda de autonomia.

Problemas relacionados com a distribuição das refeições

- Custos reduzidos para a alimentação da pessoa doente
- Rotinas de serviço coincidentes com o horário das refeições
- Falta de apoio no momento das refeições
- Não tomada de decisão quando a pessoa doente deixa por comer uma parte das refeições diárias

Sintomas relacionados com a alimentação

- Anorexia, alterações do paladar, odinofagia, náuseas, vômitos, obstipação, diarreia, disfagia.

Holmes (2011); McCreery (2013)

Estado Nutricional

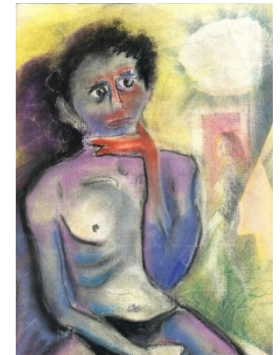
- **Desnutrição Associada à Doença (DAD)**

“Estado de insuficiente ingestão, utilização ou absorção de energia e de nutrientes, devida a factores individuais ou sistémicos, que resultam na perda de peso rápida e na disfunção de órgãos e que poderá estar associada a um pior resultado da doença ou do seu tratamento”

“definição deve ser universalmente aceite e usada como um diagnóstico clínico”

ResAP(2003)3; International Consensus Guideline Committee, Clin Nutr 29: 151–3.

Krauses' Food and Nutrition (2006)

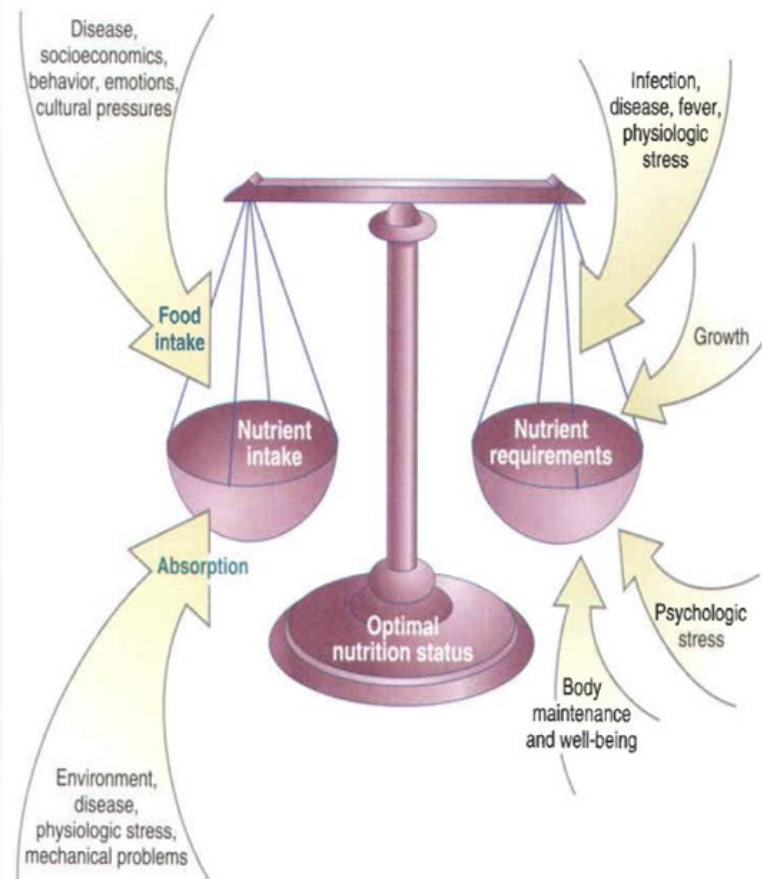


Estado Nutricional

Estado nutricional:

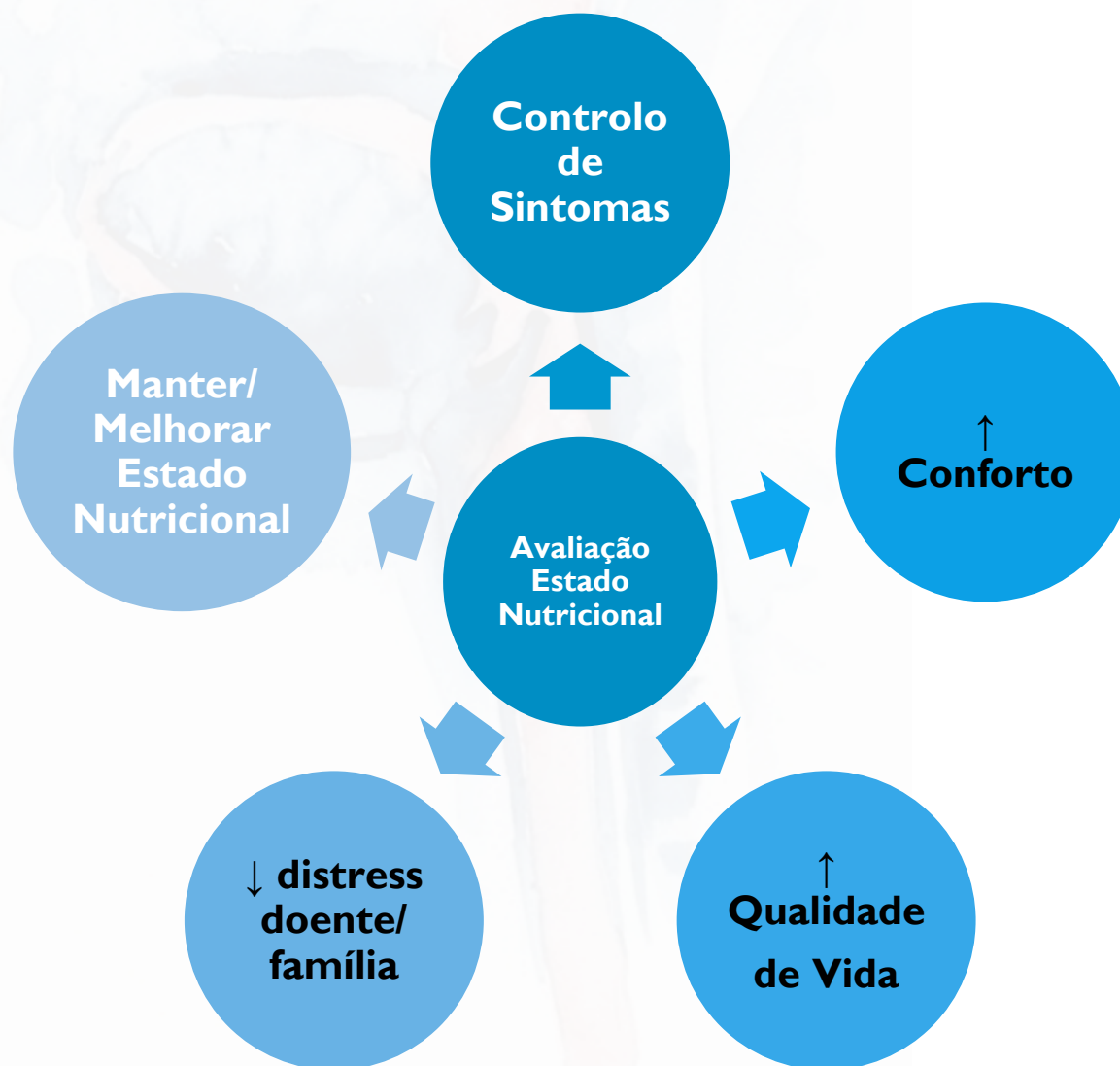
Resulta do balanço negativo entre o aporte de energia e nutrientes essenciais aos tecidos e as necessidades biológicas desses tecidos.

Expressa o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão a ser alcançadas.

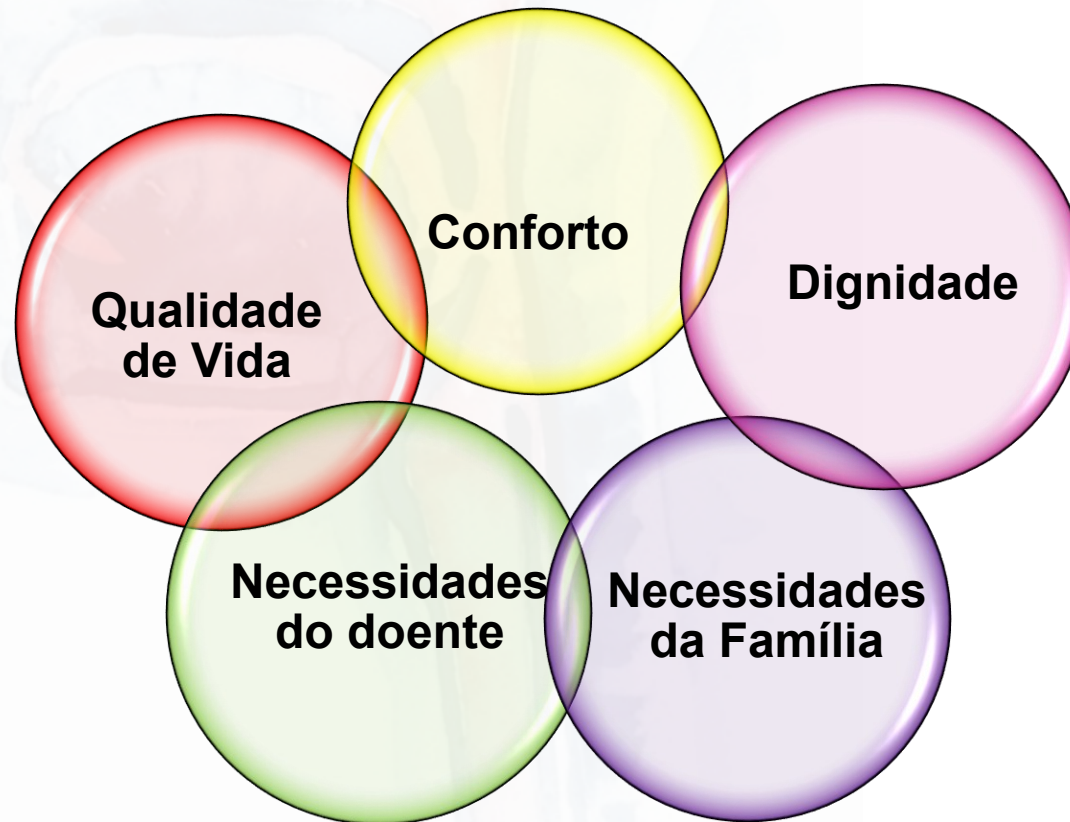


Krauses' Food and Nutrition (2006)

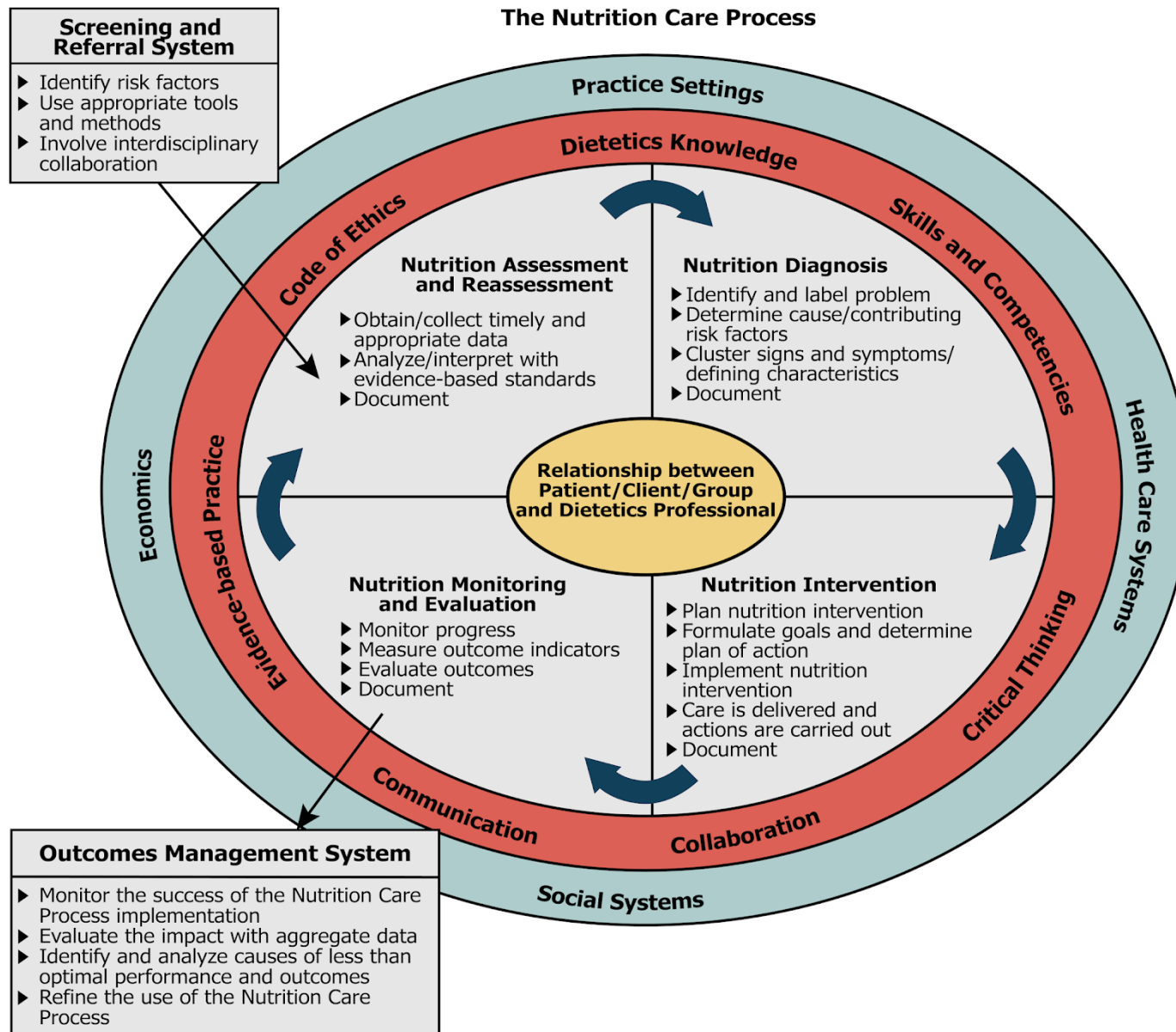
Porquê avaliar o estado nutricional?



Objetivos do da Intervenção Nutricional na Disfagia



Objetivos Gerais e Globais... haverá outros objetivos???



Instrumentos de Rastreio do Risco Nutricional

- European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN)

Name Author (year) country	Patient Population	Nutrition screening parameters	Criteria for risk of malnutrition	When/ by whom	Reliability established	Validity established
Nutrition Risk Screening (NRS)⁷ Kondrup et al. (2003) Denmark	Acute adult	Recent weight loss (%) Recent poor intake (%) BMI Severity of disease Elderly	Score 0-3 for each parameter Total score: > 3 = start nutritional support	At admission and regularly during admission Medical and nursing staff	Good agreement between a nurse, dietitian and physician Kappa = 0.67	Retrospective and prospective analysis. Tool predicts higher likelihood of positive outcome from nutrition support and reduced length of stay among patients selected at risk by the screening tool & provided nutrition support.

References:

1. Banks M. Economic analysis of malnutrition and pressure ulcers in Queensland hospitals and residential aged care facilities, Queensland University of Technology: Brisbane. 2008
2. Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. Nutrition 1999; 15: 458-64.
3. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF) Journal of Gerontology A Biol Sci Med Sci 2001; 56: M366 - 72.
4. Malnutrition Advisory Group (MAG): A Standing Committee of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). The 'MUST' Explanatory Booklet. A Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults: BAPEN; 2003.
5. King CL, Elia M, Stroud MA, Stratton R. The predictive validity of the malnutrition screening tool ('MUST') with regard to morality and length of stay in elderly patients. Clinical Nutrition 2003; 22: S4.
6. Stratton R, Longmore D, Elia M. Concurrent validity of a newly developed malnutrition universal screening tool (MUST). Clin Nutr 2003; 22: S10.
7. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clinical Nutrition 2003; 22: 321-36.
8. DAA Malnutrition Guideline Steering Committee Evidence Based Practice Guidelines for the Nutritional Management of Malnutrition in Adult Patients Across the Continuum of Care, Nutrition and Dietetics 2009; 66 (S3): 1-34.

Instrumentos de Rastreio do Risco Nutricional

420 ESPEN GUIDELINES

Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

Table 1 Initial screening			
		Yes	No
1	Is BMI <20.5?		
2	Has the patient lost weight within the last 3 months?		
3	Has the patient had a reduced dietary intake in the last week?		
4	Is the patient severely ill ? (e.g. in intensive therapy)		
Yes: If the answer is 'Yes' to any question, the screening in Table 2 is performed. No: If the answer is 'No' to all questions, the patient is re-screened at weekly intervals. If the patient e.g. is scheduled for a major operation, a preventive nutritional care plan is considered to avoid the associated risk status.			

Table 2 Final screening

Impaired nutritional status		Severity of disease (≈ increase in requirements)	
Absent Score 0	Normal nutritional status	Absent Score 0	Normal nutritional requirements
Mild Score 1	Wt loss >5% in 3 mths or Food intake below 50–75% of normal requirement in preceding week	Mild Score 1	Hip fracture* Chronic patients, in particular with acute complications: cirrhosis*, COPD*. <i>Chronic hemodialysis, diabetes, oncology</i>
Moderate Score 2	Wt loss >5% in 2 mths or BMI 18.5 – 20.5 + impaired general condition or Food intake 25–60% of normal requirement in preceding week	Moderate Score 2	Major abdominal surgery* Stroke* <i>Severe pneumonia, hematologic malignancy</i>
Severe Score 3	Wt loss >5% in 1 mth (> 15% in 3 mths) or BMI <18.5 + impaired general condition or Food intake 0-25% of normal requirement in preceding week in preceding week.	Severe Score 3	Head injury* Bone marrow transplantation* <i>Intensive care patients (APACHE>10).</i>
Score:	+	Score:	= Total score
Age	if ≥ 70 years: add 1 to total score above	= age-adjusted total score	
Score ≥3: the patient is nutritionally at-risk and a nutritional care plan is initiated Score <3: weekly rescreening of the patient. If the patient e.g. is scheduled for a major operation, a preventive nutritional care plan is considered to avoid the associated risk status.			

NRS-2002 is based on an interpretation of available randomized clinical trials.

*indicates that a trial directly supports the categorization of patients with that diagnosis. Diagnoses shown in *italics* are based on the prototypes given below.

Nutritional risk is defined by the present nutritional status and risk of impairment of present status, due to increased requirements caused by stress metabolism of the clinical condition.

A nutritional care plan is indicated in all patients who are

(1) severely undernourished (score=3), or (2) severely ill (score=3), or (3) moderately undernourished + mildly ill (score 2 + 1), or (4) mildly undernourished + moderately ill (score 1 + 2).

Prototypes for severity of disease

Score = 1: a patient with chronic disease, admitted to hospital due to complications. The patient is weak but out of bed regularly. Protein re-

quirement is increased, but can be covered by oral diet or supplements in most cases.

Score = 2: a patient confined to bed due to illness, e.g. following major abdominal surgery. Protein requirement is substantially increased, but can be covered, although artificial feeding is required in many cases.

Score = 3: a patient in intensive care with assisted ventilation etc. Protein requirement is increased and cannot be covered even by artificial feeding. Protein breakdown and nitrogen loss can be significantly attenuated.



Instrumentos de Rastreio do Risco Nutricional

- European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN)

Name Author, year	Setting and Patient Population	Nutrition assessment parameters	Rationale/ Clarification
Mini-Nutritional Assessment (MNA) Guigoz Y et al. 1994 ₁₂	<u>Setting:</u> Acute ₁₂ Community ₁₂ Rehab ₁₂ Long term care ₁₂ <u>Patient group:</u> Geriatric ₁₂	Screening and Assessment component Includes diet history, anthropometry (weight history, height, MAC, CC), medical and functional status. Assessed based on numerical score as: - no nutritional risk - at risk of malnutrition <u>or</u> - malnourished	• Lengthy • Low specificity for screening section of tool • Can be difficult to obtain anthropometric data in this patient group • Need calculator to calculate BMI

For more information about nutrition assessment, refer to the Evidence Based Practice Guidelines for the Nutritional Management of Malnutrition in Adult Patients across the Continuum of Care¹³.

References:

1. Detsky AS et al. What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status? Journal of Parenteral and Enteral Nutrition 1987; 11: 8-13.
2. Duerksen DR, et al. The validity and reproducibility of clinical assessment of nutritional status in the elderly. Nutrition 2000; 16: 740-4.
3. Christensson L et al. Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. European Journal of Clinical Nutrition 2002; 56: 810-8.
4. Sacks GS et al. Use of subjective global assessment to identify nutrition associated complications and death in geriatric long term care facility residents. Journal of the American College of Nutrition 2000; 19: 570-7.
5. Persson MD et al. Nutritional status using mini nutritional assessment and subjective global assessment predict mortality in geriatric patients. Journal of the American Geriatric Society 2002; 50: 1996-2002.
6. Thoresen L et al. Nutritional status of patients with advanced cancer: the value of using the Subjective Global Assessment of nutritional status as a screening tool. Palliative Medicine 2002; 16: 33-42.
7. Cooper BA et al. (2001) Validity of Subjective Global Assessment as a nutritional marker in end-stage renal disease. American Journal of Kidney Disease 2001; 40: 126-32.
8. Ottery F. Patient-generated subjective global assessment. In: McCallum P, Polisena C, editors. The clinical guide to oncology nutrition. 2005, Chicago: American Dietetic Association;
9. Bauer J et al. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. Eur J Clinical Nutrition 2002; 56: 779-85
10. Desbrow B et al. Assessment of nutritional status in hemodialysis patients using patient-generated subjective global assessment. Journal of Renal Nutrition 2005; 15: 211-6
11. Martineau J et al. Malnutrition determined by the patient generated subjective global assessment is associated with poor outcomes in acute stroke patients. Clinical Nutrition 2005; 24: 1073-7.

Sobrenome:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à seção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números para obter o escore final de triagem.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	☐
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	☐
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	☐
D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	☐
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	☐
F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m ²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	☐

SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2.
NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.

F2 Circunferência da Panturrilha (CP) em cm 0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31	☐
---	--------------------------

Escore de Triagem (máximo. 14 pontos)	☐ ☐
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	

Para uma avaliação mais detalhada, preencha a versão completa no MNA®, que está disponível no www.mna-elderly.com

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009, N67200 12/99 10M
 Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Step 1

BMI score

BMI kg/m ²	Score
>20 (>30 Obese)	= 0
18.5-20	= 1
<18.5	= 2

+

Step 2

Weight loss score

Unplanned weight loss in past 3-6 months	
%	Score
<5	= 0
5-10	= 1
>10	= 2

+

Step 3

Acute disease effect score

If patient is acutely ill and there has been or is likely to be no nutritional intake for >5 days
Score 2



If unable to obtain height and weight, see reverse for alternative measurements and use of subjective criteria

Step 4

Overall risk of malnutrition

Add Scores together to calculate overall risk of malnutrition
Score 0 Low Risk Score 1 Medium Risk Score 2 or more High Risk

Step 5

Management guidelines

0 Low Risk Routine clinical care

- Repeat screening
Hospital – weekly
Care Homes – monthly
Community – annually
for special groups
e.g. those >75 yrs

1 Medium Risk Observe

- Document dietary intake for 3 days
- If adequate – little concern and repeat screening
 - Hospital – weekly
 - Care Home – at least monthly
 - Community – at least every 2-3 months
- If inadequate – clinical concern – follow local policy, set goals, improve and increase overall nutritional intake, monitor and review care plan regularly

2 or more High Risk Treat*

- Refer to dietitian, Nutritional Support Team or implement local policy
- Set goals, improve and increase overall nutritional intake
- Monitor and review care plan
Hospital – weekly
Care Home – monthly
Community – monthly
- * Unless detrimental or no benefit is expected from nutritional support e.g. imminent death.

All risk categories:

- Treat underlying condition and provide help and advice on food choices, eating and drinking when necessary.
- Record malnutrition risk category.
- Record need for special diets and follow local policy.

Obesity:

- Record presence of obesity. For those with underlying conditions, these are generally controlled before the treatment of obesity.

Instrumentos de Rastreio do Risco Nutricional

- American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN)

Name Author, year	Setting and Patient Population	Nutrition assessment parameters	Rationale/ Clarification
Subjective Global Assessment (SGA) Detsky, A.S. et al. 1987 ¹	<u>Setting:</u> Acute ^{1,6,7} Rehab ² Community ³ Residential Aged Care ⁴ <u>Patient group:</u> Surgery ¹ Geriatric ^{2, 3, 4, 5} Oncology ⁶ Renal ⁷	Includes medical history (weight, intake, GI symptoms, functional capacity) and physical examination Categorises patients as: - SGA A (well nourished) - SGA B (mild-moderate malnutrition) <u>or</u> - SGA C (severe malnutrition)	- Requires training - Easy to administer - Good intra- and inter-rater reliability
Patent Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) Ottery, F. 2005 ⁸	<u>Setting:</u> Acute ⁹⁻¹¹ <u>Patient group:</u> Oncology ⁹ Renal ¹⁰ Stroke ¹¹	Includes medical history (weight, intake, symptoms, functional capacity, metabolic demand) and physical examination Categorises patients into SGA categories (A, B or C) as well as providing a numerical score for triaging	- Numerical score assists in monitoring improvements in nutritional status - Easy to administer - Scoring can be confusing but this can be addressed through training - Patients can complete the first half of the tool

SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT (SGA)

SGA

A. History

1. Weight Change

Maximum weight _____ Wt 1 year ago _____ Wt 6months ago _____ Current Wt _____

Overall loss in past 6 months: amount = # _____ lbs; % loss = _____.

Change in past 2 weeks: _____ increase,
_____ no change,
_____ decrease.

Other history: (Change in clothing size, loose fitting clothes....)

A=No significant change; B=5-10% weight loss; C= 10% or more sustained weight loss

2. Dietary intake change (relative to normal)

(Have eating patterns changed over last weeks or months? Has amount of food eaten changed? Are certain foods they used to eat that they no longer eat? What happens if they try to eat more? How does typical breakfast, lunch, dinner compare with six to twelve months ago?)

A=No significant change; B=poor but improving or borderline but declining; C=starvation, unable to eat

3. Gastrointestinal symptoms (that persisted for > 2 weeks)

___none (A), ___Some symptoms (B) (nausea, vomiting, diarrhea, anorexia. ___Many symptoms (C)

4. Functional capacity

___No dysfunction (e.g., full capacity),(A)

___Dysfunction : mild (B); ___ Severe (C) duration = # _____ weeks.

5. Disease and its relation to nutritional requirements

Metabolic demand (stress): _____ no stress (A), _____ low-moderate stress (B),
_____ high stress (C)

B. Physical (for each trait specify: A = normal, B = mild-moderate, C = severe).

_____ loss of subcutaneous fat (triceps, chest)

_____ muscle wasting (quadriceps, deltoids)

_____ ankle edema

_____ sacral edema

_____ ascites

C. SGA rating (select one)

_____ A = Well nourished

_____ B = Moderately (or suspected of being) malnourished

_____ C = Severely malnourished

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)

History (Boxes 1-4 are designed to be completed by the patient.)

1. Weight (See Worksheet 1)

In summary of my current and recent weight:

I currently weigh about _____ kg

I am about _____ cm tall

One month ago I weighed about _____ kg

Six months ago I weighed about _____ kg

During the past two weeks my weight has:

☐ decreased ₍₁₎ ☐ not changed ₍₂₎ ☐ increased ₍₃₎

Box 1

3. Symptoms: I have had the following problems that have kept me from eating enough during the past two weeks (check all that apply):

- | | |
|--|---|
| ☐ no problems eating ₍₁₎ | |
| ☐ no appetite, just did not feel like eating ₍₁₎ | |
| ☐ nausea ₍₂₎ | ☐ vomiting ₍₂₎ |
| ☐ constipation ₍₁₎ | ☐ diarrhea ₍₂₎ |
| ☐ mouth sores ₍₂₎ | ☐ dry mouth ₍₂₎ |
| ☐ things taste funny or have no taste ₍₁₎ | ☐ smells bother me ₍₁₎ |
| ☐ problems swallowing ₍₂₎ | ☐ feel full quickly ₍₁₎ |
| ☐ pain; where? ₍₃₎ _____ | |
| ☐ other** ₍₁₎ _____ | |

** Examples: depression, money, or dental problems

Box 3

Patient ID Information

2. Food Intake: As compared to my normal intake, I would rate my food intake during the past month as:

- ☐ unchanged ₍₁₎
- ☐ more than usual ₍₂₎
- ☐ less than usual ₍₁₎
- I am now taking:
- ☐ normal food but less than normal amount ₍₁₎
- ☐ little solid food ₍₂₎
- ☐ only liquids ₍₁₎
- ☐ only nutritional supplements ₍₂₎
- ☐ very little of anything ₍₂₎
- ☐ only tube feedings or only nutrition by vein ₍₃₎

Box 2

4. Activities and Function: Over the past month, I would generally rate my activity as:

- ☐ normal with no limitations ₍₁₎
- ☐ not my normal self, but able to be up and about with fairly normal activities ₍₁₎
- ☐ not feeling up to most things, but in bed or chair less than half the day ₍₂₎
- ☐ able to do little activity and spend most of the day in bed or chair ₍₂₎
- ☐ pretty much bedridden, rarely out of bed ₍₃₎

Box 4

Additive Score of the Boxes 1-4 A

5. Disease and its relation to nutritional requirements (See Worksheet 2)

All relevant diagnoses (specify) _____

Primary disease stage (circle if known or appropriate) I II III IV Other _____

Age _____

Numerical score from Worksheet 2 B

6. Metabolic Demand (See Worksheet 3)

Numerical score from Worksheet 3 C

7. Physical (See Worksheet 4)

Numerical score from Worksheet 4 D

Global Assessment (See Worksheet 5)

- ☐ Well-nourished or anabolic (SGA-A)
- ☐ Moderate or suspected malnutrition (SGA-B)
- ☐ Severely malnourished (SGA-C)

Total PG-SGA score

(Total numerical score of A+B+C+D above)
(See triage recommendations below)

Clinician Signature _____ RD RN PA MD DO Other ____ Date _____

Nutritional Triage Recommendations: Additive score is used to define specific nutritional interventions including patient & family education, symptom management including pharmacologic intervention, and appropriate nutrient intervention (food, nutritional supplements, enteral, or parenteral triage). First line nutrition intervention includes optimal symptom management.

0-1 No intervention required at this time. Re-assessment on routine and regular basis during treatment.

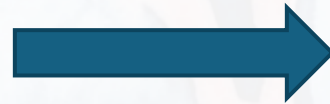
2-3 Patient & family education by dietitian, nurse, or other clinician with pharmacologic intervention as indicated by symptom survey (Box 3) and laboratory values as appropriate.

4-8 Requires intervention by dietitian, in conjunction with nurse or physician as indicated by symptoms survey (Box 3).

≥ 9 Indicates a critical need for improved symptom management and/or nutrient intervention options.

Particularidades da Trajetória Nutricional nas Doenças Oncológicas

Anorexia



Falta de apetite

- Espontânea e não voluntária -

Caquexia



Síndrome multifatorial na qual há perda contínua de massa muscular , que não pode ser totalmente revertida pelo suporte nutricional convencional, conduzindo ao comprometimento funcional progressivo do organismo

“kakos” = mau; “hexis” = estado

Síndrome Primária

Síndrome Secundária

Fearon K *et al* (2011)

Particularidades da Trajetória Nutricional nas Doenças Oncológicas



Weight loss $\leq 5\%$
AnorexiaMetabolic
change

Weight loss $\geq 5\%$ or BMI
< 20 and Weight loss >2%
or sarcopenia and weight
loss >2%
Often reduced food
intake/systemic
inflammation

Variable degree of
Cachexia
Cancer disease both Pro-
catabolic and not
responsive to anticancer
treatment
Low performance score
< 3 months expected
survival

ECOG performance status

Grade	Description of patient
0	Fully active, able to carry on all predisease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light housework, office work
2	Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities; up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited self-care; confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled; cannot carry on any self-care; totally confined to bed or chair
5	Dead

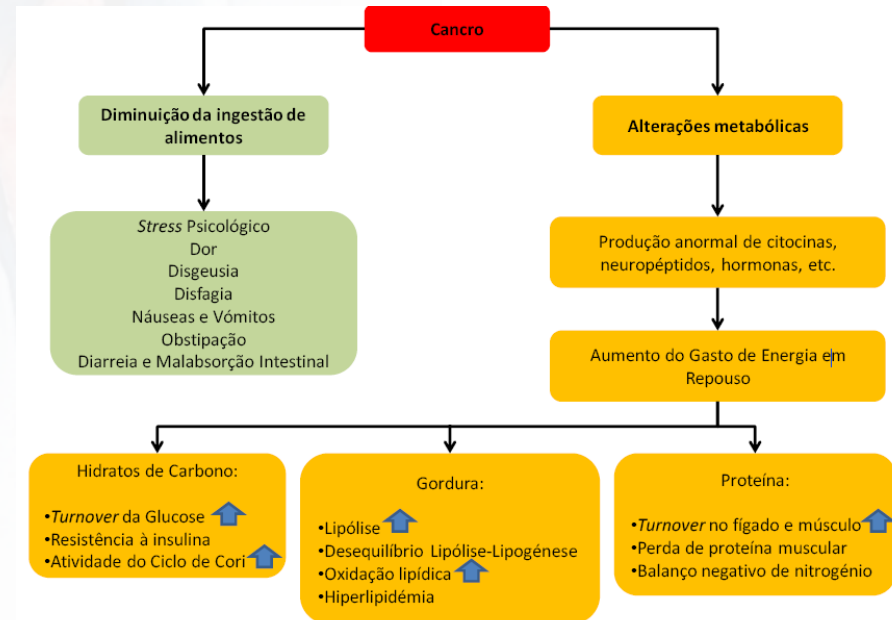
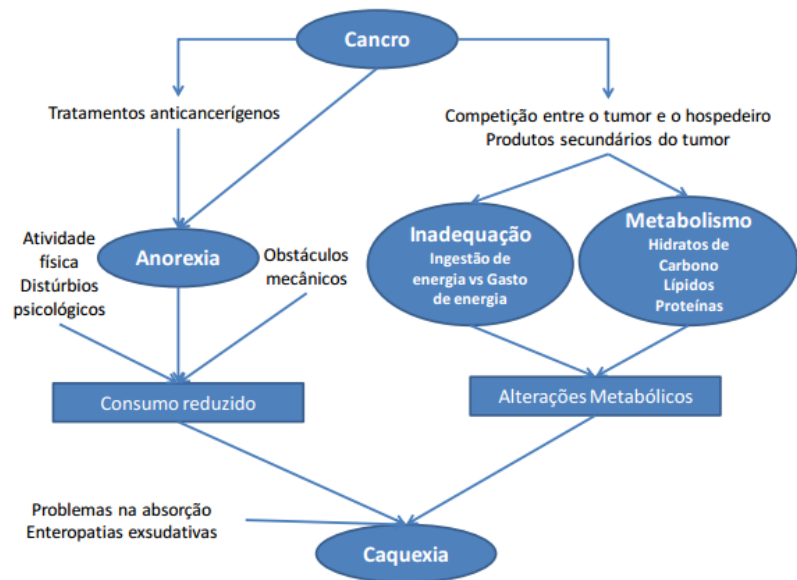
Fearon K *et al* (2011)

Particularidades da Trajetória Nutricional nas Doenças Oncológicas

Revisão de Literatura
Síndrome da Anorexia-Caquexia
Artigo submetido em 18/1/05; aceito para publicação em 9/8/05

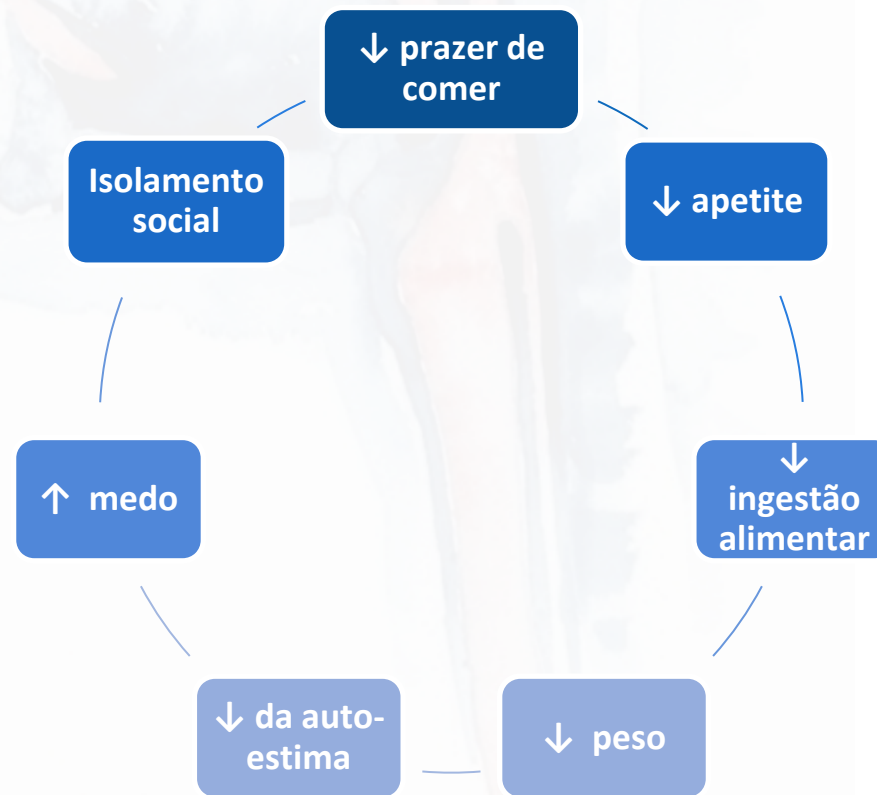
Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer

Anorexia-cachexia syndrome in cancer patients



Particularidades da Trajetória Nutricional nas Doenças Oncológicas

- As manifestações clínicas da Caquexia são: anorexia, astenia e acentuada perda de peso



Capelas MLV (2008); Gonçalves MJ *et al* (2010); Pinho-Reis C 2012)

Particularidades da Trajetória Nutricional nas Doenças Neurodegenerativas

- Doentes apresentam problemas alimentares que vão desde a recusa alimentar à disfagia;
- Perda de peso involuntária;
- Persistência da desnutrição mesmo em doentes cronicamente alimentados;
- Ocorre uma adaptação do metabolismo à situação clínica, pelo que, as necessidades nutricionais também diminuem.

Nutrients **2015**, *7*, 2456–2468; doi:10.3390/nu7042456

OPEN ACCESS

nutrients

ISSN 2072-6643

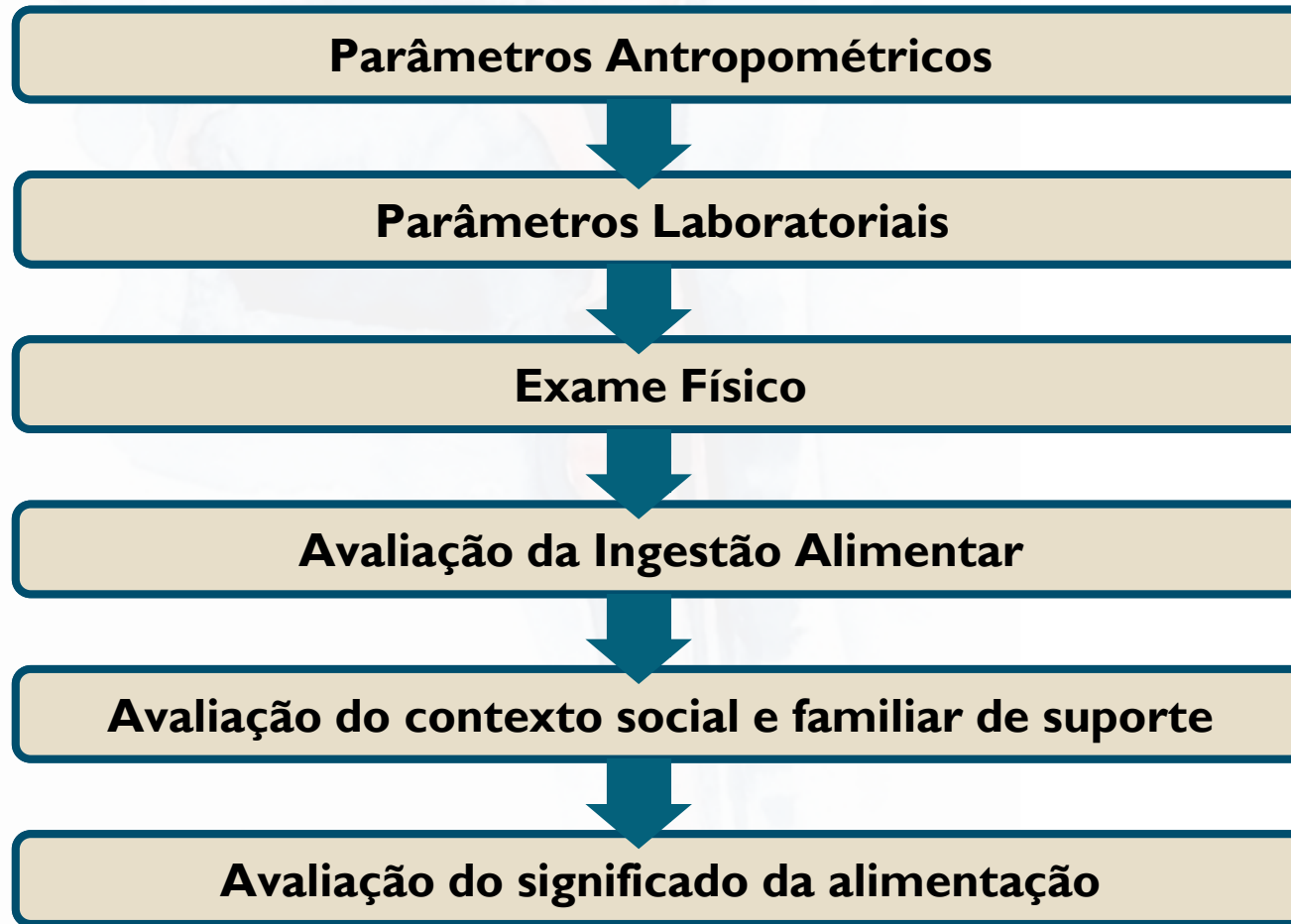
www.mdpi.com/journal/nutrients

Review

Enteral Nutrition in Dementia: A Systematic Review

Joanne Brooke ^{1,*} and Omorogieva Ojo ²

Avaliação do Estado Nutricional



Avaliação do Estado Nutricional

Parâmetros Antropométricos

Parâmetros Antropométricos

- Peso
- Estatura
- Índice de Massa Corporal
- **% de Perda de Peso**
- Circunferência Muscular do Braço
- Prega Cutânea – bicipital e tricipital

Dados relevantes quando medidos e registrados durante um período de tempo

Holmes, Susan. Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. Primary Health Care 2011;21(6):32-38

Valenzuela-Landaeta et al. Evaluación nutricional del paciente con cáncer. Nutrición Hospitalaria 2012;27(2):516-523

Especialização em Distúrbios Otorrinolaringológicos

Parâmetros Antropométricos

História de PESO

- **Habitual**
- **Actual**

Estatura

- **Medida**
- **Reportada**
- **Estimada**

IMC

$$IMC (Kg/m^2) = \frac{\text{Peso}}{\text{Estatura} \times \text{Estatura}}$$

Que sensibilidade?

Permanece elevado/ normal em doentes com

- Ascite
- Edema
- Tumores sólidos

Parâmetros Antropométricos

% Perda de Peso



$$\% \text{ Perda de Peso} = \frac{\text{P. Habitual (Kg)} - \text{P. Actual (Kg)}}{\text{P. Habitual (Kg)}} \times 100$$

Tempo	Perda de P significativa	Perda de P grave
1 semana	1-2%	>2%
1 mês	5%	>5%
3 meses	7,5%	>7,5%
6 meses	10%	>10%

Parâmetros Antropométricos

Avaliação por Bioimpedância

Método Indireto, não invasivo, utilizado na avaliação da composição corporal

A BIA baseia-se no princípio de que o fluxo elétrico é facilitado através do tecido hidratado e isento de gordura

- A água é um excelente condutor de eletricidade e, componentes do corpo livre de gordura (água e proteína ou músculo e resíduo)
- A gordura e o osso (lipídio e mineral) são péssimos condutores por oferecerem elevada resistividade ao fluxo da corrente elétrica



Massa Magra = 68 a 75%

↑ 75% retenção hídrica

↓ 68% pode indicar desidratação

Método rápido
Composição Corporal mais detalhada

Áreas de aplicação: HIV – SIDA, Insuficiência Renal, Oncologia.

Especialização em Disfagias Orofaríngeas

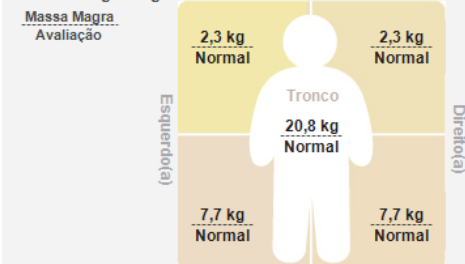
Composição Corporal

	Abaixo	Normal	Alto	Unidade %	Faixa normal
Peso	55 70 85	100 115 130 145 160 175	86,7 kg		49,8 ~ 67,3
MME Massa de Músculo Esquelético	70 80 90	100 110 120 130 140 150	23,9 kg		22,3 ~ 27,3
Massa de Gordura	40 60 80	100 160 220 280 340 400	(43,1 kg)		11,7 ~ 18,7
A C T Água Corporal Total	32,0 kg (29,8 ~ 36,4)		M L G Massa Livre de Gordura	43,6 kg (38,0 ~ 48,6)	

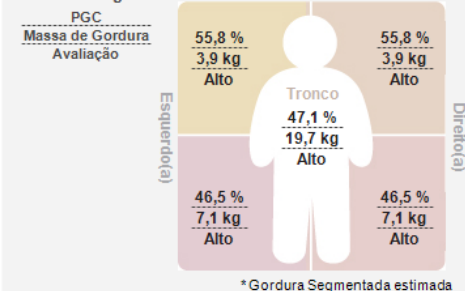
Diagnóstico da Obesidade

	Valores	Faixa normal	
IMC Índice de Massa Corporal	31,8	18,5 ~ 25,0	$IMC = \frac{\text{Peso,kg}}{(\text{Altura,m})^2}$
PGC Percentual de Gordura (%) Corporal	49,7	18,0 ~ 28,0	$PGC = \frac{\text{Gordura ,kg}}{\text{Peso,kg}} \times 100$
RCQ Relação Cintura-Quadril	0,96	0,75 ~ 0,85	$RCQ = \frac{\text{Circunferência do cintura,cm}}{\text{Circunferência do quadril,cm}}$
TMB Taxa de Metabolismo Basal	1313	1668 ~ 1956	

Massa magra segmentada



Gordura Segmentada



Impedância

Z	BD	BE	TR	PD	PE (Ω)
20kHz :	413,8	411,1	30,8	253,1	253,0
100kHz :	369,4	368,7	27,1	228,7	229,2

* Use seus resultados como referência quando for consultar seu médico ou o preparador físico.

Plano de Exercícios

Planeje seus exercícios semanais conforme a tabela abaixo e estime sua perda de peso com essas atividades.

Gasto energético em cada atividade (peso base: 86,7kg /Duração:30 min./unidade:Kcal)					
Caminhada 173	Corrida 303	Bicicleta 260	Natação 303	Alpinismo 283	Aeróbica 303
Tênis de mesa 196	Tênis 260	Futebol 303	Esgrima Oriental 434	Gateball 165	Badminton 196
Racketball 434	Tae-kwon-do 434	Squash 434	Basquete 260	Pular corda 303	Golf 153
Flexões de braço Desenvolvimento do trem superior	Abdominal Sit-up Exercícios Abdominais	Treinamento com pesos Prevenção de dores lombares	Exercícios com halteres Força muscular	Banda elástica Força muscular	Agachamento Manutenção dos músculos inferiores

• Como fazer

1. Escolhas as atividades preferidas à esquerda.
2. O gasto energético para cada uma é calculado para 30 minutos de exercício.
3. Preencha as linhas abaixo com os exercícios para 7 dias.
4. Calcule o gasto energético em uma semana.
5. Estime a perda total de peso prevista para um mês, usando a fórmula mostrada abaixo.

• Ingestão calórica recomendada por dia.

1400 kcal

Cálculo da perda total de peso prevista para 1 mês (4 semanas)

Gasto Energético (Kcal/semana) × 4 semanas ÷ 7700

Avaliação do Estado Nutricional

Exame Físico

Exame Físico

- Aparência geral (*fácies* crônica – doente triste/ deprimido);
- Perda de massa gorda;
- Perda de massa muscular (atrofia bitemporal, dos músculos interósseos das mãos, bi e tricipital,...);
- Edema;
- Hidratação (salivação: deficiente; brilho nos olhos, elasticidade da pele e humidade das mucosas: diminuídos);
- Observação dos olhos (xerose, inflamação da conjuntiva), da boca (estado das gengivas) e da pele (seca, sangramento fácil).

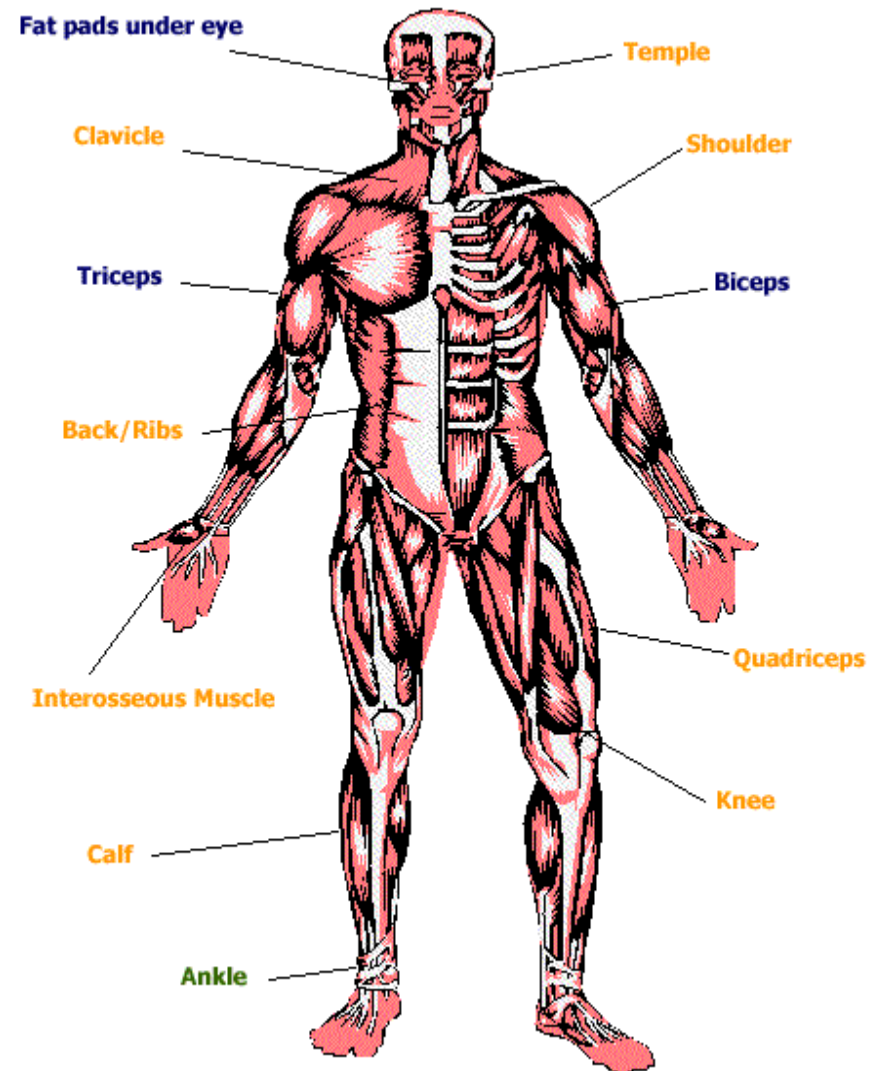
Avaliar fusão muscular e de tecido adiposo subcutâneo

Exame Físico

Reservas músculo/ gordura

1. Reservas de **músculo (laranja)**
2. Reserva de **gordura (azul)**
3. **Edema (verde)**
4. Doentes com **mobilidade reduzida**, o edema pode ser visível **à volta do olho**

Reis, Cíntia. Suporte Nutricional na Esclerose Lateral Amiotrófica (Dissertação). ESB-UCP; 2011



Avaliação do Estado Nutricional

Avaliação da Ingestão Alimentar



Avaliação da Ingestão Alimentar

- Hábitos alimentares passados? (para perceber o que gostava de comer antes da doença, nº de refeições);
- Hábitos alimentares após o início da doença? – o que comem actualmente?
- A que horas sente mais vontade de comer? Consegue estruturar refeições? Horários?
- Alimentação durante e após os ciclos de quimio e radioterapia?
- Dificuldades?
- Sintomas?
- Influências étnicas, culturais e religiosas?

Avaliar: intolerâncias, aversões, gostos e preferências.

Avaliação da Ingestão Alimentar

- **DOR** intensa
 - Estomatites
 - Mucosite
 - Alteração do paladar
 - Odinofagia
 - Xerostomia
 - Aparência desagradável dos alimentos
 - Sensação de plenitude gástrica
 - Tumores do TGI, ascite, hepato e esplenomegalia
 - Odores orais, ambientais e alimentares desagradáveis
 - Disfagia
 - Gastroparésia
 - Obstipação
 - Obstrução intestinal
- Capelas MLV (2008); Gonçalves MJ *et al* (2010)

Que fatores influenciam a ingestão alimentar?

- Dispneia
- Ansiedade
- Depressão
- Fadiga
- Uremia
- Isolamento social e familiar
- Problemas sócio-económicos
- Radioterapia e Quimioterapia



• Fármacos que alteram o paladar

- Levodopa, lítio, opióides, insulina, AINE'S, metronidazol, fenitoína, captropil, flurazepam, baclofeno, carmustina

• Fármacos que provocam obstipação

- Amitriptilina, midazolam, morfina, verapamil, cloropromazina, loperamida

Avaliação do Estado Nutricional

Avaliar Contexto Social e Familiar de Suporte

Contexto Social e Familiar de Suporte

- Perceber quem confecciona as refeições – familiares, restaurante, instituição, o próprio?
- **Qual o envolvimento da família na prestação de cuidados?**
- Relação doente – membros da família?
- Recursos para a compra de suplementos nutricionais?
- Necessidade de outras ajudas – assistente social, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala...?

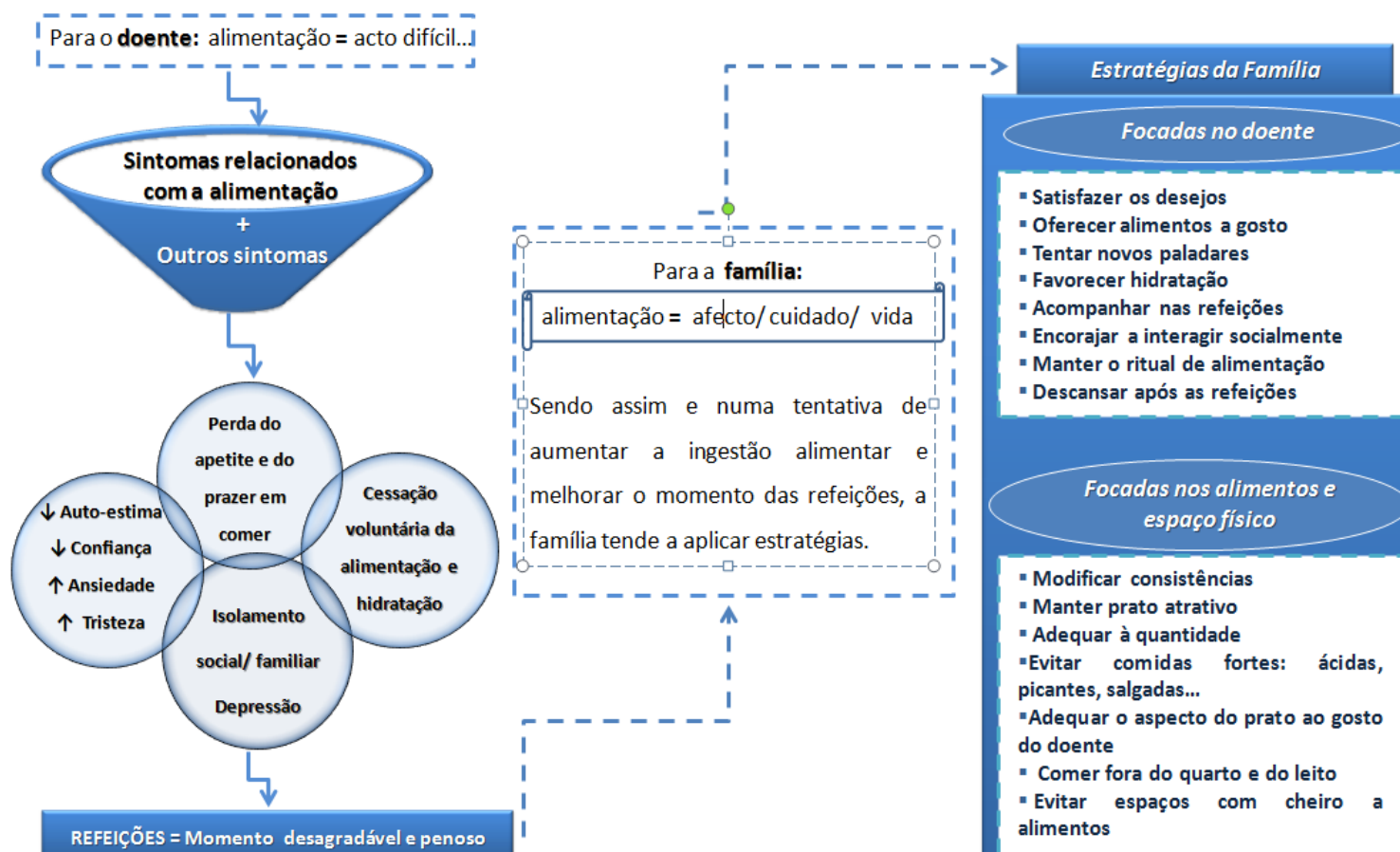


Avaliação do Estado Nutricional

Avaliar o Significado da Alimentação



Avaliar qual o Significado da Alimentação



Pinho-Reis, Cíntia; Coelho, Patrícia. Alimentação em Cuidados Paliativos: Visão do Doente e da Família. VIII Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem do ICS-UCP; 2013
Pinho-Reis, Cíntia et al. Significado da alimentação em cuidados paliativos – a perspectiva do doente. Revista APNEP 2013;VII(1):100-101

Dimensão Física

Significado Fisiológico/ Terapêutico

Doente:

- Alimentação significa saúde, fonte de vida e de energia necessária, algo necessário para (sobre)viver e para continuar a luta contra a doença
- “O alimento do corpo e da alma”



“Apenas significa um modo de energia... é um combustível.”

“... a alimentação serve para manter a minha força... para combater a doença.”

“(...) O significado de alimentar é viver. Uma pessoa sem alimento não pode viver.”

McClement SE *et al* (2003); Hopkinson J *et al* (2006); Strasser F (2007); Resende ASP (2009); Pinho-Reis C (2012); Pinho-Reis C *et al* (2013)

Dimensão Física

Significado Fisiológico/ Terapêutico:



Família:

- O “primeiro cuidado”, uma necessidade humana básica
- Energia e boa saúde
- Forma de controlar a doença
- Diminuição da ingestão poderá representar a aproximação da morte

“ (...) Eu dizia-lhe isto não pode ser, não pode viver sem comer .

“(...) Continuo a dar de comer é porque virar as costas, vir-me embora e ver que ela não comeu nada, é pensar que se calhar tem menos um dia de vida (...) É tentar até ao fim.”

McClement SE *et al* (2003); Hopkins K (2004); Hopkinson J *et al* (2006); Strasser F (2007); Resende ASP (2009)

Dimensão Social

Significado Social



Doente:

- A alimentação é um ato simbólico de relacionamento que tem por base o acto de dar e receber e de estreitar os laços sociais;
- Refeições são o foco de interações com inúmeras pessoas e lugares;
- Relembrem datas importantes;
- Alimentação poderá deixar de representar um momento de prazer, levando o doente à depressão, à diminuição da autoestima, ao isolamento social e familiar.

“... quando é a hora de estarmos juntos em família, realmente não é só alimentar o estômago, às vezes é o que menos necessita e o que menos se alimenta...”

“Estou socialmente isolado por causa do embaraço que sinto em comer e beber junto das outras pessoas.”

Allari (2004); Resende ASP (2009); Reis CVP (2011); Pinho-Reis C (2012); Pinho-Reis C *et al* (2013)

Dimensão Social



Significado Social

- **Família:**

- Refeição são um código de sabores, partilhas e afetos, companheirismo, carinho;
- Elemento que cozinha pode fazer por obrigação mas também por afeto;
- Alteração do papel social no seio da família.
 - Quando o cuidador encara a alimentação como a sua principal função no seio da família...

“Nós não podemos sair e comer fora, porque já não dá prazer... quando não é da mesma forma que costumava ser.”

“É um pouco duro, porque eu e o meu marido costumávamos sair todas as semanas para jantar fora com os amigos. E claro tomava a minha sopinha mas depois tinha de ser pela sonda e deixamos de ir, ele também perdeu estes momentos e ficou recluso em casa.”

“... ele sempre gostou de comer. Tem sido o maior evento na família e nós sempre gostamos de sair para comer fora e apreciar a nossa comida. Mas neste último ano tem havido muito poucas ocasiões em que ele tenha apreciado a sua comida, já não sente vontade.

Acabou tudo!”

“O meu papel é ter a certeza que ele estava a receber a sua nutrição.”

Allari (2004); Resende ASP (2009); Reis CVP (2011); Pinho-Reis C (2012); Pinho-Reis C et al (2013)

Dimensão Psicológica

Significado Psicológico

Doente: Motivação na luta contra a doença

- Sensação de a alimentação ser a único fator que conseguem controlar!
- Sentimentos positivos
 - Bem-estar, satisfação, prazer, alegria ou esperança por conseguirem comer, cheirar ou saborear um prato que lhes traga boas recordações
- Sentimentos negativos
 - Tristeza, desânimo, desespero; O conceito que têm de si próprios altera-se com as alterações da autoimagem. Denota-se um grande distanciamento daquilo que eram e daquilo que pensam que são agora.



“(...) Agora não comes, agora sinto-me triste. E agora o que é que eu faço – o que é que tu queres, eu não me apetece.”

“Bem, nunca estou com fome, mas a minha esposa e filha estão sempre a dizer “come isto agora, come isto agora”. Uma vida sossegada e amor é tudo o que eu preciso agora, por isso só como o que eu posso quando me dão de comer. De qualquer forma, para elas nunca é suficiente...”

“Eu quero comer mas não consigo. Até posso provar uma colher de sopa mas na realidade não tenho apetite”

“Eu olho-me ao espelho e fico doente Parece que saí de um campo de concentração... ou assim. De qualquer forma é muito difícil ganhar algum peso. “

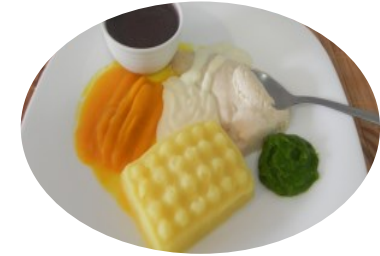
“Não me sinto confortável quando estou com pessoas [põe a cabeça para baixo e olha para o chão] porque sei qual vai ser a reacção delas ao olhar para mim.”

“Quando me olho ao espelho e vejo a imagem que o espelho me reflecte, não sou eu!”

McClement SE *et al* (2003); Hopkinson J *et al* (2006); Strasser F (2007); Resende ASP (2009); Reis C (2014)

Dimensão Psicológica

Significado Psicológico



Família: Conforto e vitória por pensarem que adiam a morte

- Sentimentos positivos
 - Alimentar o seu ente querido é a maior recompensa pelos seus cuidados, uma demonstração de afeto
- Sentimentos negativos
 - Frustração, culpa, ansiedade, incompetência, rejeição e falta de esperança

“Uma coisa que me fez sentir feliz foi quando a vi a comer melhor.... Ela deu-me coragem e esperança (...).”

“(...) esse sentimento de pai que tenta alimentar o filho e está a ver que o filho rejeita o comer, e que está a definir mais, que o vai perder e é esse sentimento de impotência (...).

“Eu sabia que ele estava em fase terminal, mas... assim que alguém tinha uma ideia diferente sobre como podíamos fazê-lo comer, eu dizia, porque não tentar?”

“Eu dou-lhe comida e depois ela não come, depois sinto-me culpado pelo facto de ela não ter nada lá dentro. Fico preocupado e triste”

Reid J *et al* (2009); Makoae MG (2011); McQuestion *et al* (2011); Reis (2014)

Especialização em Disfagias Orofaríngeas

Dimensão Espiritual



Significados

Journal of Nutrition for the Elderly, 29:347–385, 2010
Copyright © Taylor & Francis Group, LLC
ISSN: 0163-9366 print/1540-8566 online
DOI: 10.1080/01639366.2010.521020

 **Routledge**
Taylor & Francis Group

Review

Artificial Nutrition and Hydration at the End of Life

ROSHELLE A. HEUBERGER, PhD, RD

Alimentação e Identidade	Identidade individual e narrativa de uma vida Sociedade, organização e identidade familiar
Alimentação e o ver para além do próprio	Conexão com o espírito, o ambiente que nos rodeia e a comensalidade Transcendentalidade e dualismo da alimentação
Consumo alimentar e sensação de bem-estar	Fome e jejum Alterações do padrão alimentar e da autoimagem
Alimentação como estilo de vida	Costumes e aspectos culturais

Significado da Alimentação

Significado das Alterações Físicas:

Doente:

- Sentem-se irreconhecíveis e que perderam a sua identidade, levando-os a alienar-se de si e dos outros
- O conceito que têm de si próprios altera-se.

“Eu olho-me ao espelho e. fico doente Parece que saí de um campo de concentração... ou assim. De qualquer forma é muito difícil ganhar algum peso. “

“Não me sinto confortável quando estou com pessoas [põe a cabeça para baixo e olha para o chão] porque sei qual vai ser a reacção delas ao olhar para mim.”

“Quando me olho ao espelho e vejo a imagem que o espelho me reflecte, não sou eu!”

Reid J *et al* (2009); McQuestion *et al* (2011)

Significado da Alimentação

Significado das Alterações Físicas:

Família:

- Representam mudanças permanentes nas suas vidas
- Foco na alimentação como causadora de toda a situação de doença
- Simboliza a perda de autonomia, a fraqueza física e psicológica e finalmente a morte ou algo que faz parte da doença
- Negação...
- Significa a pouca consciência que possuíam da extensão que a doença poderia atingir



“Ele parece um recluso para nós... ele não quer que as pessoas olhem para ele.”

“(...) tu não estás a perder peso, entende aquilo que te estou a dizer, a balança pesava 54, mas a balança está avariada não está boa.”

Orrevall Y *et al* (2004); Reid *et al* (2009); McQuestion M *et al* (2011)

Atitude psicológica face à alimentação



McIntyre (2009); Pinho-Reis (2012);
McCreery (2013)

Modalidades do suporte alimentar e nutricional



Conselhos Gerais na Alimentação na Disfagia

Dietas Adaptadas e Modificadas



Conselhos Gerais na Alimentação na Disfagia



Fazer refeições em ambientes calmos, sem distrações

Não falar durante as refeições

Manter horários regulares

Manter posicionamento correcto (durante e após as refeições)

Não alimentar quando o Doente está mais prostrado ou agitado

Realizar polifracção alimentar

Evitar bebidas frias

Conselhos Gerais na Alimentação na Disfagia



Não misturar alimentos sólidos e líquidos na mesma porção

Introduzir na boca uma porção de cada vez

Manter componentes da refeição separados (sabor específico de cada alimento estimula o reflexo da deglutição)

Odor agradável

Evitar alimentos muito doces, ácidos ou fortemente condimentados por estes estimularem a salivação

Bebidas gaseificadas perturbam o controlo respiratório necessário à deglutição

Conselhos Gerais na Alimentação na Disfagia



Refeições/ alimentos homogêneos – sem grumos, espinhas, cascas duras

Evitar texturas duplas

Não misturar alimentos sólidos e líquidos

Ingerir líquidos suficientes para evitar engasgos mas não ingerir para “empurrar” os alimentos

Aguardar que a boca esteja livre de resíduos para poder ingerir novo alimento

Cuidar da apresentação dos pratos (diferentes cores dos diferentes alimentos)

Estimular o reflexo da deglutição através de alimentos amargos ou ácidos, quentes e frios (exemplo: mousse de limão/ lima; puré de maçã)

Modificação de Dietas - Texturas

Textura de Alimentos Sólidos	Características
Puré/ Papa	Alimento macio, coeso e espesso, de textura homogênea: papa em puré, vegetais em puré, creme ou mousse carne ou peixe, puré de fruta, leite creme
Picado ou Moído	Alimento fácil de mastigar, sem texturas duras, uso de misturador: vegetais tenros cortados pequenos pedaços, fruta cozida ou assada cortada em pequenos pedaços
Tenro e fácil de mastigar	Alimento tenro, sem uso de misturador, fácil de partir com um garfo: pão sem cêdea e com recheio tenro, vegetais, carne, peixe, arroz, massa bem cozinhados, húmidos e com molho espesso, fruta fresca muito madura, gelatina, queijo fresco, soufflés.
Pulverizável	Alimento que se divide em pequenas partículas, que se esfarela, difícil de mastigar: bolachas, biscoitos secos, torrada, arroz e massa mal cozidos, feijão, ervilha, carne picada seca, frutos secos
Fibroso	Alimento difícil de mastigar por ter muita fibra: bacalhau não modificado, presunto, vagens, kiwi, manga, alface, agrião, espinafre, nabiças, grão.
Dupla	Alimento com duas texturas diferentes (líquido e sólido), de difícil mastigação: caldo verde, canja, puré de feijão, laranja, iogurte com pedaços.

Adequação da Dieta – Pastosa/ Cremosa “Purés”

- Normalmente ingerido com uma colher (com garfo também é possível)
- Não pode ser bebido por um copo
- Não pode ser sugado por palhinha
- Não exige mastigação
- Pode ser colocado em camadas ou moldado
- Mostra algum movimento (muito lento) por acção da gravidade
- Cai da colher numa única colherada quando inclinada, porém continua a manter a forma no prato
- Sem grumos
- Não viscoso
- Sem dupla consistência

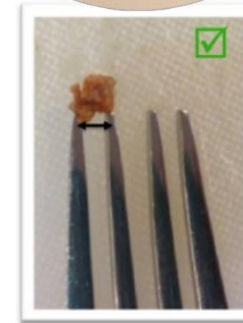
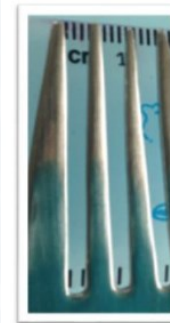


Dor na mastigação ou deglutição

Ausência de peças dentárias parcial ou totalmente, próteses dentárias mal ajustadas, alteração do estado de consciência, agravamento clínico

Adequação da Dieta – Picado e Húmido

- Pode ser ingerido com um garfo ou colher
- Pode ser moldado (por exemplo, forma de bola)
- Macio e húmido sem líquido excedente
- Pequenos grumos visíveis dentro do alimento (Adulto 4mm)
- Grumos são fáceis de espremer com a língua



Dor ou fadiga na mastigação
Dentes ausentes, próteses mal ajustadas



International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

A global initiative to improve the lives of over 590 million people worldwide living with dysphagia

Especialização em Disfagias Orofaríngeas

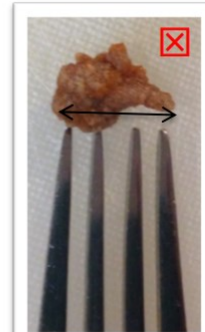
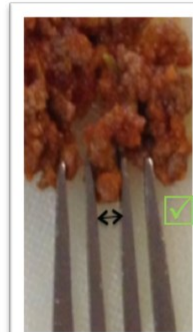
Adequação da Dieta – Picado e Húmido

EVITAR: Carne fibrosa, seca, em grandes pedaços, ou seja, deverá ser finamente picada ou moída (pedaços de 2-4 mm)

ADEQUAÇÃO: Servir em molho ou caldo extremamente espesso, liso, sem líquido a escorrer



Utilizar o espaço entre os dentes do garfo (4mm) para determinar se os pedaços picados têm o tamanho correto ou incorreto



International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

A global initiative to improve the lives of over 590 million people worldwide living with dysphagia

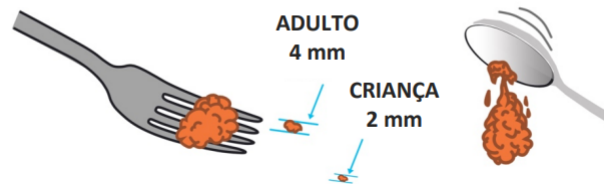
Especialização em Disfagias Orofárias

Adequação da Dieta – Picado e Húmido

EVITAR: Peixes secos, fibrosos ou com espinhas e peles;

ADEQUAÇÃO: Finamente amassado em molho ou caldo extremamente espesso, liso, sem líquido a escorrer.

*Os alimentos Picados e Húmidos
têm que passar os três testes!*



Adequação da Dieta – Húmido e Moído

EVITAR: Fruta crua não madura, frutas fibrosas (ananás, manga); frutos secos; frutas com pequenas sementes (kiwi), frutas de dupla consistência (uvas)

ADEQUAÇÃO: servir amassada, desperdiçando a respectiva água



Adequação da Dieta – Húmido e Moído

EVITAR: Bolo ou torta secos, pão torrado ou crocante, pão normal, biscoitos, flocos de cereais, tostas

ADEQUAÇÃO: humedecer o pão/bolachas sem obter dupla consistência. Pão seco, apenas se tiver possibilidade de progredir



Adequação da Dieta – Húmido e Moído

EVITAR: arroz e massa secos, crus ou com formas espirais

ADEQUAÇÃO: arroz ou massa bem cozidos, preferencialmente mantendo o molho no qual são confeccionados de forma a agregar o grão, mas sem escorrer líquido



Adequação da Dieta – Picado e Húmido

EVITAR: Fruta crua não madura, frutas fibrosas (ananás, manga); frutos secos; frutas com pequenas sementes (kiwi), frutas de dupla consistência (uvas)

ADEQUAÇÃO: servir amassada, desperdiçando a respectiva água



International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

A global initiative to improve the lives of over 590 million people worldwide living with dysphagia

Especialização em Disfagias Orofárias

Adequação da Dieta – Picado e Húmido

EVITAR: legumes crus; hortícolas que sejam muito fibrosos; leguminosas;

ADEQUAÇÃO: cozer muito bem; passar na varinha mágica e servir na forma de creme ou picado; colocar as leguminosas na sopa ou fazer creme de feijão, grão, ervilhas.



International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

A global initiative to improve the lives of over 590 million people worldwide living with dysphagia

Especialização em Disfagias Orofárias

Adequação da Dieta – Macio e Pedacos Pequenos

- Pode ser ingerido com um garfo
- Pode ser amassado / quebrado com a pressão do garfo ou colher
- A faca não é necessária para cortar esta tipologia de alimento, contudo pode ser usado para ajudar a empurrar no garfo ou colher
- É necessário mastigar antes de engolir
- Completamente macio, tenro e húmido, mas sem líquido ralo separado
- Pedacos picados conforme apropriado para o tamanho e capacidade de processamento oral Adultos= pedacos de 15mm = 1.5cm



Dor ou fadiga na mastigação
Dentes ausentes, próteses mal ajustadas

Adequação da Dieta – Macio e Pedacos Pequenos

EVITAR: Carne fibrosa, seca, em grandes pedaços

ADEQUAÇÃO: Carne cozida e tenra, não maior que 1,5cm x 1,5cm. Se isto não for possível deve servir-se o nível moído e húmido.



Para crianças pedaços de alimento inferiores a 8mm



Para adultos pedaços de alimento inferiores a 1.5cmx1.5cm



Os alimentos do nível Macio e Pedacos Pequenos tem que passar nos testes de tamanho da partícula e de maciez!



South East Region Dysphagia Summit Task Force Committee – Dysphagia resource directory

Adequação da Dieta – Macio e Pedacos Pequenos

EVITAR: Peixes secos, fibrosos ou com espinhas e peles – solha, linguado, raia.

ADEQUAÇÃO: Peixe cozido, estufado e macio o suficiente para quebrar em pedaços pequenos com garfo ou colher. Assado com gordura.



Adequação da Dieta – Macio e Pedacos Pequenos

EVITAR Fruta crua não madura, frutas fibrosas (ananás, manga); frutos secos; frutas com pequenas sementes (kiwi), frutas de dupla consistência (uvas).

ADEQUAÇÃO: servir amassada, desperdiçando o respectivo sumo. Possibilidade de progredir, avaliando a possibilidade de mastigação/deglutição de frutas de dupla consistência (melancia, melão).



A unha do polegar muda de cor para branco.



A amostra é esmagada, não recuperando a sua forma original quando a pressão é aliviada.

Adequação da Dieta – Macio e Pedacos Pequenos

EVITAR: legumes crus; hortícolas que sejam muito fibrosos; leguminosas;

ADEQUAÇÃO: cozer muito bem; passar na varinha mágica e servir na forma de creme ou picado; colocar as leguminosas na sopa ou fazer creme de feijão, grão, ervilhas. Vegetais cozidos, ou cozidos ao vapor, com tamanho final depois da confeção inferior a: Adultos: pedaços de 15mm = 1.5cm



Adequação da Dieta – Macio e Pedacos Pequenos

EVITAR: pão normal, seco, sandes, tostas ou torradas de qualquer gênero;

ADEQUAÇÃO: Pão pré gelificado, que seja muito húmido e gelificado na totalidade da sua espessura; Pulverizar a bolacha e o pão em pão ralado e adicionar às preparações culinárias.



Dieta Mole ou “Dieta Variante Disfagia”



- **Fruta:** Dióspiro, kiwi, melancia, melão, meloa, ananás, abacaxi, laranja, tangerina, uvas, salada de fruta, manga, fruta não madura.
- **Hortícolas e Leguminosas:** Espargos, couve, alface, alcachofra, pepino, vagem, tomate, aipo, feijão, grão, ervilhas, favas, milho, lentilhas, tomate.
- **Carne:** Vaca, porco, asas e peito de frango, carne assada.
- **Pescado:** Peixe seco, com peles ou espinhas, bacalhau não modificado.
- **Pão e Derivados:** Pão duro, sopas de pão, cereais, tostas, bolachas não pulverizadas, broa, massa do tipo esparguete ou fusilli, massa seca, arroz seco.
- **Leite e Derivados:** iogurtes com pedaços, iogurte de cereais, queijo seco ou fundido.
- **Outros:** Gelatina normal, chocolate não modificado, gelado, soja, caldo verde, sopa não passada, jardineira, álcool, sementes, Pedacos de gelo , Wafers (inclui também a hóstia), Cones de waffle usado para gelado, Biscoito amanteigado / cookies/ crackers, Batatas fritas – tipo salgadinho (ex: Pringles)

Adequação da Dieta – Dieta Geral

- Alimentos normais do cotidiano, de várias texturas, que são apropriadas à idade e desenvolvimento
- Qualquer método de confecção e palamenta pode ser utilizado para confeccionar ou ingerir esses alimentos
- Os alimentos podem ser duros e crocantes ou naturalmente macios
- Os alimentos podem ser de uma variedade de tamanhos o Pedacos menores ou maiores menores ou maiores que 15mm= 1,5cm
- Inclui pedaços duros, firmes, mastigáveis, fibrosos, aderentes, secos, crocantes, quebradiços
- Inclui alimentos que contém sementes, membranas e peles, cascas e espinhas/ossos
- Inclui “dupla consistência” para sólidos e líquidos

Dieta Mole “Dieta Variante Disfagia”

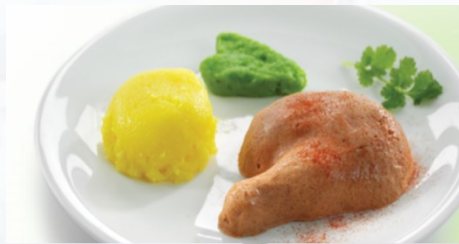
- **Fruta:** Dióspiro, kiwi, melancia, melão, meloa, ananás, abacaxi, laranja, tangerina, uvas, salada de fruta, manga, fruta não madura.
- **Hortícolas e Leguminosas:** Espargos, couve, alface, alcachofra, pepino, vagem, tomate, aipo, feijão, grão, ervilhas, favas, milho, lentilhas, tomate.
- **Carne:** Vaca, porco, asas e peito de frango, carne assada.
- **Pescado:** Peixe seco, com peles ou espinhas, bacalhau não modificado.
- **Pão e Derivados:** Pão duro, sopas de pão, cereais, tostas, bolachas não pulverizadas, broa, massa do tipo esparguete ou fusilli, massa seca, arroz seco.
- **Leite e Derivados:** iogurtes com pedaços, iogurte de cereais, queijo seco ou fundido.
- **Outros:** Gelatina normal, chocolate não modificado, gelado, soja, caldo verde, sopa não passada, jardineira, álcool, sementes, Pedacos de gelo , Wafers (inclui também a hóstia), Cones de waffle usado para gelado, Biscoito amanteigado / cookies/ crackers, Batatas fritas – tipo salgadinho (ex: Pringles)



Adequação da Dieta – Dieta Geral

- Alimentos normais do cotidiano, de várias texturas, que são apropriadas à idade e desenvolvimento
- Qualquer método de confecção e palamenta pode ser utilizado para confeccionar ou ingerir esses alimentos
- Os alimentos podem ser duros e crocantes ou naturalmente macios
- Os alimentos podem ser de uma variedade de tamanhos o Pedacos menores ou maiores menores ou maiores que 15mm= 1,5cm
- Inclui pedaços duros, firmes, mastigáveis, fibrosos, aderentes, secos, crocantes, quebradiços
- Inclui alimentos que contém sementes, membranas e peles, cascas e espinhas/ossos
- Inclui “dupla consistência” para sólidos e líquidos

Modificação de Dietas – Como?



- **Moída**

Adicionar molho, manteiga, *ketchup*, caldo, água, sumo ou leite

- **Puré**

Alimentos liquefeitos ou alimentos processados, macios não requerem mastigação

- **Viscosa**

Adicionar água, leite ou caldos de confecção

- **Líquido**

Puré de batata, cereais de arroz de bebé, biscoitos, pão, pão ralado, sumo maçã

Southeast Region Dysphagia Summit Task Force Committee – Dysphagia resource directory

Consistência dos Líquidos

NÉCTAR

Líquidos suficientemente finos para serem bebidos por palhinha copo

Ex: néctares de fruta (pêssego, damasco), batidos de fruta, iogurtes líquidos.



MEL

Líquidos suficientemente espessos para serem comidos pela colher.

Não têm capacidade de ter uma forma e serem bebidos por palhinha

Ex: iogurtes líquidos espessos, molho de tomate, mel, compotas



PUDIM

São os líquidos que têm que ser ingeridos por colher
(ao cair não alteram a sua forma)

Ex: pudins, batido de leite/iogurte com gelado, gelatina, alimentos para bebé, puré de fruta



Exemplos de Espessantes Alimentares



Exemplos de Espessantes Alimentares

• **NEUTANA** - mais versátil e elástica
• pode ser utilizada em alimentos quentes ou frios e é extremamente fácil de usar
• foi especialmente formulado para misturar numa ampla gama de alimentos



Alimentação para Conforto



- É a alimentação fornecida, por via oral, **respeitando** a vontade e tolerância do doente;
- Um dos objetivos pode ser a **paliação de sintomas**, a maximização do conforto e da qualidade de vida;
- **Não tem como objetivo o aporte nutricional;**
- Não é dieta zero.

Dieta de Conforto em Cuidados Paliativos Oncológicos: Reflexões sobre os Sentidos de Conforto da Comida

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n2.3828>

Comfort Diet in Oncologic Palliative Care: Reflections on Food-related Meanings of Comfort

Dieta Reconfortante em Cuidados Paliativos Oncológicos: Reflexiones sobre los Sentidos de la Comida Reconfortante

Nathalia Roberta Pires de Camargo¹; Rosane de Souza Santos²; Mariana Fernandes Costa³

REVISTA NUTRÍCIAS 15: 24-27, APN, 2012 **PÁG. 24**

Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos

Nutritional Support in Palliative Care

CÍNTIA PINHO-REIS¹

Alimentação para Conforto

- Constitui um **fator diferenciador** do processo de cuidado alimentar e nutricional, mantendo a dignidade e a compassividade;
- Poderá **ajudar os familiares ou cuidadores** a sentir-se menos culpados por não se optar por nutrição e hidratação artificiais;
- Pode ser **dada em simultâneo com NHA**.

Published in final edited form as:

J Am Geriatr Soc. 2010 March ; 58(3): 580–584. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02740.x.

Comfort Feeding Only: A Proposal to Bring Clarity to Decision-Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia

Statement 16:

For patients with advanced dementia priority should always be given to careful eating assistance (feeding by hand). [Consensus]

Commentary

Patients with dementia who require tube feeding only for a period of time in regard to disease directed treatment with a perspective of oral intake of food again, have an acceptable risk/benefit ratio. As long as patients with dementia have decisional capacity, they have to be included in the communication [25–27].

Problema identificado	Sobrevida esperada de meses ou superior	Sobrevida esperada de semanas ou dias
Redução da ingestão alimentar e absorção normal	Manter alimentação por via oral	Manter alimentação por via oral
	Considerar suplementos nutricionais orais	Considerar suplementos nutricionais orais

Alimentação para Conforto

- A institucionalização condiciona a alimentação para conforto.



British Journal of Community Nursing, VOL. 19, NO. Sup7 | Nutrition and Palliative Care

Nutrition in palliative and end-of-life care

Loraine Gillespie , Anne-Marie Raftery

International Journal of Older People Nursing

WILEY

ORIGINAL ARTICLE 

Factors Associated With the Initiation of Comfort-Focused Nutrition Care Orders for Long-Term Care Residents at End of Life

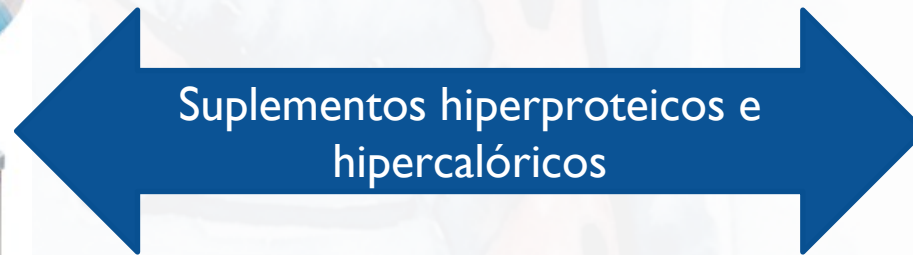
Jill Koechl¹  | Albert Banerjee² | George Heckman^{3,4} | Heather Keller^{1,3}

Nutrição Artificial



Exemplos de Suplementos Nutricionais Orais

- Para complementar a hidratação e a ingestão nutricional de base, será necessário:



**ORIENTAÇÕES PARA
A TERAPÊUTICA NUTRICIONAL**

Malnutrição ou Perda de Peso

De acordo com as guidelines da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN), em situações de malnutrição ou risco de malnutrição associada a doença, devem ser administrados Suplementos Nutricionais Oraís (SNO), nos doentes em que a ingestão alimentar por via oral não seja suficiente para atingir as necessidades energéticas e proteicas, permitindo¹⁻³:



Melhorar o estado nutricional



Melhorar a capacidade funcional, preservando ou aumentando a força muscular



Aumentar a qualidade de vida

RECOMENDAÇÕES DIÁRIAS



ENERGIA

≥ 30 kcal/kg/dia



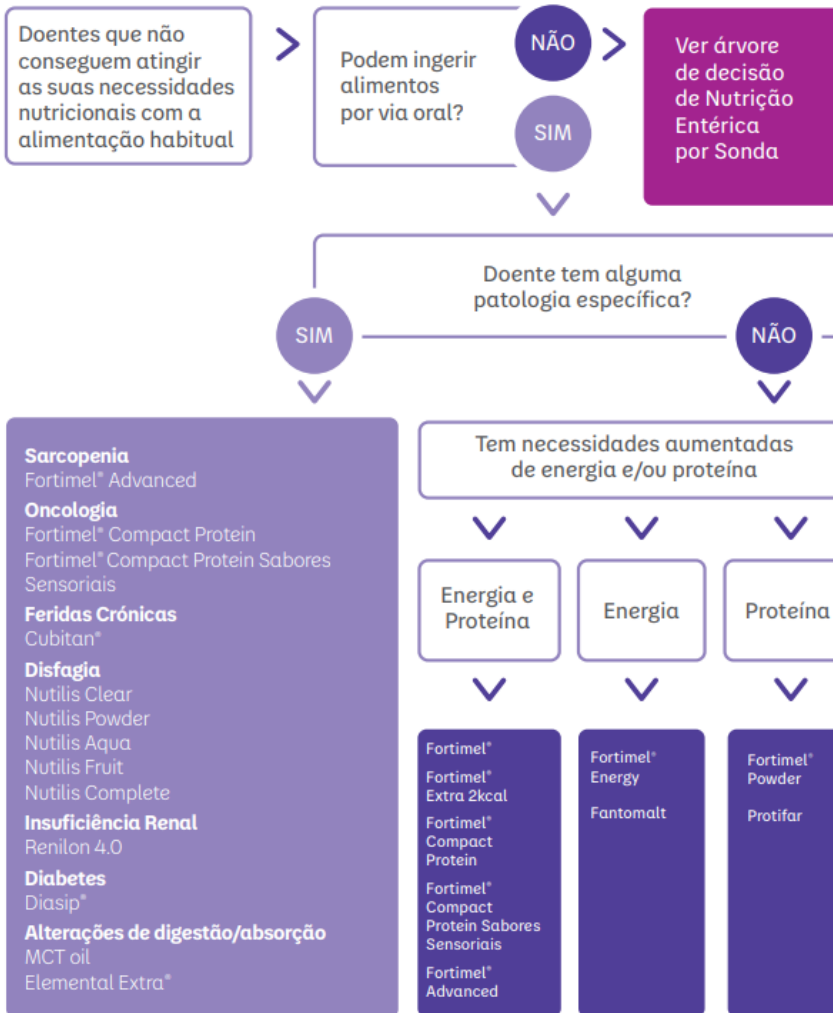
PROTEÍNA

1,2 a 1,5 g/kg/dia

Em idosos malnutridos com doença severa:
até 2 g/kg/dia

1. Cederholm T, et al. Clin Nutr. 2017 Feb;36(1):49-64. 2. Deutz NEP, et al. Clin Nutr. 2014 Dec;33(6):929-36. 3. Wunderle C, et al. Clin Nutr. 2023 Sep;42(9):1545-1568.

Árvore de decisão de recomendação de **SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL ORAL (SNO)**



Nutrição Oral

Suplemento alimentar	
MERITENE Magnésio e Vitamina D	10
MINAMI MorEPA Kids 6+	12
MINAMI MorEPA Original	14
MINAMI MorEPA Platinum + Vitamina D	16
VITAL PROTEINS Peptidos de Colagénio	18
NATURE'S BOUNTY ENERGIA	20
NATURE'S BOUNTY IMUNIDADE	22
NATURE'S BOUNTY BELEZA	24
NATURE'S BOUNTY BEM-ESTAR DIÁRIO	26
NUUN HYDRATION	28
Saúde Intestinal	
OPTIFIBRE Obstipação	30
Multivitamínico com proteína	
MERITENE Força e Vitalidade	32
MERITENE Força e Vitalidade Drink	34
Dieta completa hiperproteica	
RESOURCE Protein	36
Dieta hipercalórica	
RESOURCE Energy	38
RESOURCE Ultra Fruit	40
Dieta hiperproteica e hipercalórica de volume reduzido	
RESOURCE Ultra +	42
Dieta completa hipercalórica e hiperproteica	
RESOURCE HP/HC	44
RESOURCE Crema 2.0	46
MERITENE Clinical Extra Protein	48
Dieta específica para doente cirúrgico/crítico	
IMPACT	50
Dieta completa específica para pacientes com diabetes	
RESOURCE Diabet	52
Módulos	
RESOURCE Arginaid	54
RESOURCE Instant Protein	56

Hidratação e Nutrição Reforçada

Espessante e bebidas de textura modificada	
RESOURCE Espessante bClear	60
RESOURCE Espessante	62
RESOURCE Aqua + Gelificada	64
Dietas de textura modificada	
MERITENE Nutrição Ref. - Cereal Instant	66
MERITENE Nutrição Ref. - Puré de Frutas Instant	68
MERITENE - Puré Instant	72
MERITENE Nutrição Ref. - Puré	76

Nutrição Pediátrica

Doença de Crohn	
MODULEN IBD	80
Alergia à proteína do leite de vaca	
ALTHÉRA	82

Nutrição por Sonda

Dieta completa equilibrada	
ISOSOURCE Standard	86
ISOSOURCE Standard Fibre	88
Dieta completa hipercalórica	
ISOSOURCE Energy	90
Dieta específica para pacientes com necessidades e proteicas aumentadas	
ISOSOURCE Protein	92
Dieta completa hipercalórica e hiperproteica	
ISOSOURCE 2.0 Protein	94
Dieta específica para pacientes diabéticos	
NOVASOURCE Diabet	96
Dieta específica para pacientes com patologia gastrointestinal	
NOVASOURCE GI Control	98
Dieta específica para doente cirúrgico/crítico	
IMPACT Enteral	100

Althéra 82



IMPACT 50

IMPACT Enteral 100

Isosource®

ISOSOURCE 2.0 Protein Smartflex 94

ISOSOURCE Energy Smartflex 90

ISOSOURCE Protein Smartflex 92

ISOSOURCE Standard Smartflex 86

ISOSOURCE Standard Fibre Smartflex 88

Meritene®

MERITENE Clinical Extra Protein 48

MERITENE Força e Vitalidade 32

MERITENE Força e Vitalidade Drink 34

MERITENE Magnésio e Vitamina D 10

MERITENE Nutrição Ref. - Cereal Instant 66

MERITENE Nutrição Ref. - Puré 76

MERITENE Nutrição Ref. - Puré de Frutas Instant 68

MERITENE - Puré Instant 72



MINAMI®

MINAMI MorEPA Kids +6 + vitamina D 12

MINAMI MorEPA Original 14

MINAMI MorEPA Platinum + Vitamina D 16

MODULEN. IBD

MODULEN IBD 80



NATURE'S BOUNTY BELEZA 24

NATURE'S BOUNTY BEM-ESTAR DIÁRIO 26

NATURE'S BOUNTY ENERGIA 20

NATURE'S BOUNTY IMUNIDADE 22

NOVASOURCE®

NOVASOURCE Diabet Smartflex 96

NOVASOURCE GI Control Smartflex 98



NUUN SPORT ELECTROLYTES 28

NUUN ULTRA HYDRATION 28



OPTIFIBRE Obstipação 30

resource®

RESOURCE Aqua + Gelificada 64

RESOURCE Arginaid 54

RESOURCE Crema 2.0 46

RESOURCE Diabet 52

RESOURCE Energy 38

RESOURCE Espesante 62

RESOURCE Espesante bClear 60

RESOURCE HP/HC 44

RESOURCE Instant Protein 56

RESOURCE Protein 36

RESOURCE Ultra + 42

RESOURCE Ultra Fruit 40

VITAL PROTEINS

VITAL PROTEINS Colagénio 18

Classificação por necessidade
nutricional/condição 102

Normas para o correto uso e armazenamento
dos nossos produtos 103

Regulamento Delegado (UE) 2016/128 102

102 Alimentos para fins medicinais específicos

Substâncias ou produtos que causem alergias ou
intolerâncias que sejam de declaração obrigatória
na embalagem 105



Exemplos de suplementos

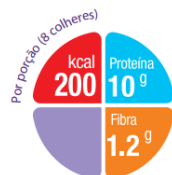
- Suplementos modulares
- Suplementos na forma de creme
- Suplementos na forma líquida
- Suplementos líquidos para disfagia
- Suplementos sólidos para disfagia



- Suplementação alimentar prescrita com base no cálculo prévio das necessidades energéticas e respectiva distribuição de macronutrientes; a ingestão da dieta artesanal também conta para os cálculos;
- Os doentes merecem mais do que pôr suplementos “a olho”.

Suplementos modulares

- Custo versus benefício



Características Nutricionais

Densidade energética **1.0 kcal/ml**

Hidratos de carbono **49%**

Proteínas **20%**

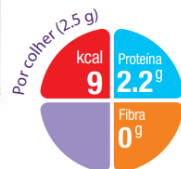
Lípidos **30%**



Isento de glúten



Teor residual de lactos (0.4g/porção)¹



Características Nutricionais

Densidade energética **3.68 kcal/g**

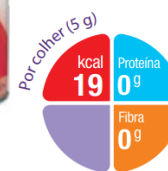
Hidratos de carbono **1%**

Proteínas **95%**

Lípidos **4%**



Isento glúten



Características Nutricionais

Densidade energética **3.84 kcal/g**

Hidratos de carbono **100%**

Proteínas **0%**

Lípidos **0%**



Isento de glúten



Isento de lactose

Suplementos Nutricionais Orais

Aceitabilidade versus Adesão versus Custo

- Compreender a aceitabilidade desta nova forma de comer
- Perceber o valor que o doente atribui às preparações culinárias
- Explicar sobre a manipulação
 - Fora da embalagem
 - Personalizar
 - Servir num copo, tigela, taça de sobremesa...
 - Decorar com peças de fruta / ervas aromáticas

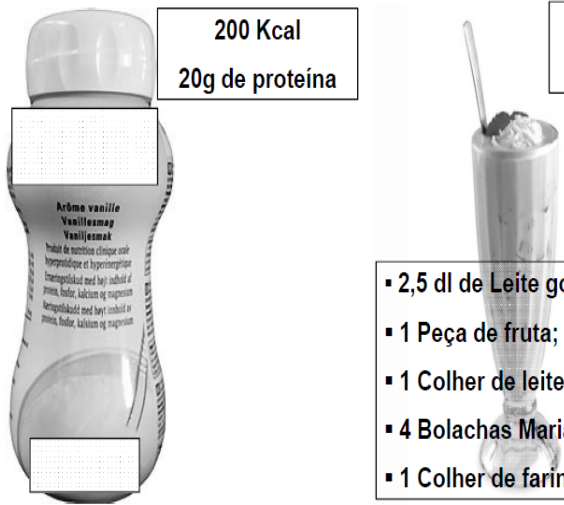


Lad et al (2005)

Suplementos Nutricionais Oraais

Aceitabilidade versus Adesão versus Custo

Suplementos Alimentares
Mito ou realidade?



200 Kcal
20g de proteína

250 Kcal
10g de proteína

- 2,5 dl de Leite gordo;
- 1 Peça de fruta;
- 1 Colher de leite em pó;
- 4 Bolachas Maria;
- 1 Colher de farinha láctea

Expectativa? Preço? Sabor dos alimentos?

Cor

Aparência

Apresentação

Variedade sabores

Temperatura

Textura

Consistência

Horário

Modo de Administração

Lad *et al* (2005)

Hidratação

25ml água/ Kg de peso atual

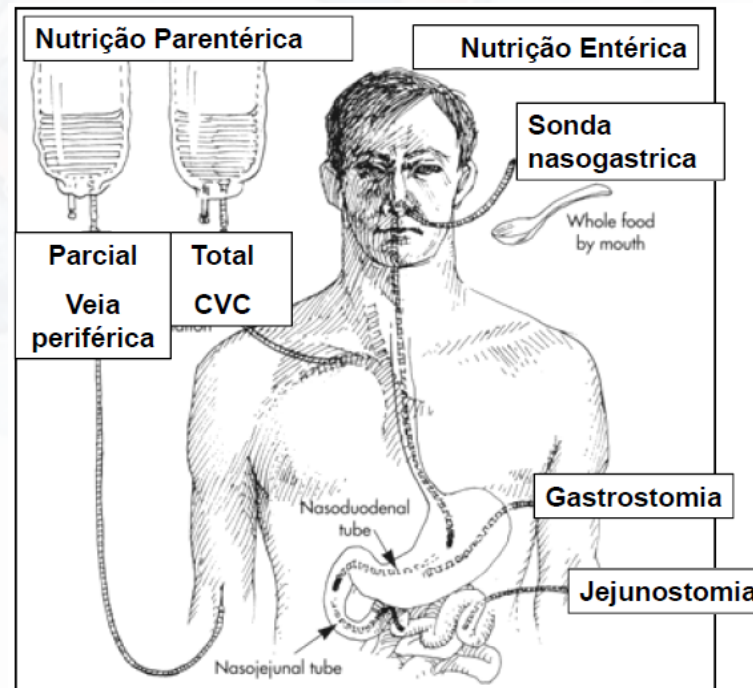


- Gelado de água (espessado);
- Chá e infusões de ervas frias ou quentes (espessado);
- Batidos de leite ou iogurte de aromas com fruta;
- Aromatizar a água com hortelã, canela, pepino, gengibre, frutas (espessado);
- Aromatizar água com pó de sabor (espessado; exemplo Tang ou outro aromatizador em pó; aromatizador da prozis);
- Leite com chocolate (espessado);
- Sumo de fruta (espessado);
- Água espessada;
- Água gelificada.



Nutrição e Hidratação Artificiais

Ponderar sobretudo os riscos e benefícios de cada intervenção



World Nutrition 2023;14(3):74-78

Nourishment or Punishment: Nutrition support towards the end of life

Nutrição Entérica



When is enteral nutrition indicated?

Matthew L. Bechtold MD¹ | Patricia M. Brown RD² | Arlene Escuro MS, RD³ |

Grupo de Trabajo SENPE

Nutrición en cuidados paliativos: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE

- A NE está indicada para doentes cujo TGI se encontra funcionando mas cuja ingestão oral é insuficiente para atingir as necessidades nutricionais.
- Tem-se demonstrado benéfica para doentes com doença do neurónio motor, esclerose múltipla, tumores localizados na região da cabeça e do pescoço ou no esófago.
- No que diz respeito ao tipo de dispositivo de NE a utilizar, o uso de PEG tem-se generalizado.



100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales pero con signos y síntomas de enfermedad leves
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50 % del día
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50 % del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo

Karnofsky Performance Status

Problema identificado	Sobrevida esperada de meses ou superior	Sobrevida esperada de semanas ou dias
Alimentação oral significativamente comprometida e absorção normal	Considerar nutrição entérica	Considerar hidratação por via parentérica Nutrição Artificial não recomendada

Nutrição Entérica

NUTRITION AND HYDRATION IN THE END-OF-LIFE CARE: ETHICAL ISSUES

A.R.
ARTIGO DE REVISÃO

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO EM FIM DE VIDA: QUESTÕES
ÉTICAS

¹ Instituto de Botânica da
Universidade de São Paulo

Cristina Pinto-Ribeiro^{1,2}; António Sarmento^{1,3}; Manuel Luis Capelas^{1,4}

Tipo	Complicações
Mecânica	Posicionamento incorreto (da sonda de alimentação na traqueia, pneumotórax, colocação intracraniana); exteriorização do tubo de alimentação; obstrução; dor nasofaríngea, sinusite; otite média; rouquidão, ulceração laríngea; erosões esofágicas, esofagite; estenose; fístula traqueosofágica; perfuração do duodeno.
GI	Diarreia ou obstipação; distensão abdominal; refluxo; náusea; caimbras; regurgitação; aspiração pulmonar; cólicas abdominais; interações medicamentosas.
Metabólica/ Bioquímica	Deficiências de vitaminas, minerais, oligoelementos e ácidos gordos essenciais; hiperglicemia; hipercalcemia; hipofosfatemia; hipomagnesemia; hipozincemia.
Outras	Contaminação microbiológica dos alimentos e, consequentemente, intoxicação alimentar.

Nutrição Parentérica

- A instituição de NP beneficia doentes com tracto gastrointestinal não funcionante;
- Benéfica em situações de Ileus paralítico, cancro do foro ginecológico com metástases associadas a obstruções do trato gastrointestinal e doentes com cancro no trato digestivo alto;
- Contraindicada quando sobrevida inferior a quatro semanas, com doença de Alzheimer em fase avançada ou demência vascular, a utilização de NP deverá resultar numa reflexão interdisciplinar cuidadosa

Mecânicas – pneumotórax, hidrotórax, perfuração cardíaca, endocardite, embolismo pulmonar, fístula arteriovenosa, hematoma subclávio, tromboflebites

Metabólicas – desequilíbrio eletrolítico, hipocalcemia, hipomagnesemia, acidose metabólica, azotemia, hipoglicemia

Infecciosas – contaminação do catéter, contaminação das soluções nutricionais

Curr Opin Support Palliat Care. 2015 December ; 9(4): 346–354. doi:10.1097/SPC.0000000000000171.

The Last Days of Life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients

David Hui, MD, MSc, Rony Dev, DO, and Eduardo Bruera, MD
Department of Palliative Care and Rehabilitation Medicine, MD Anderson Cancer Center,
Houston, USA

Especialização em



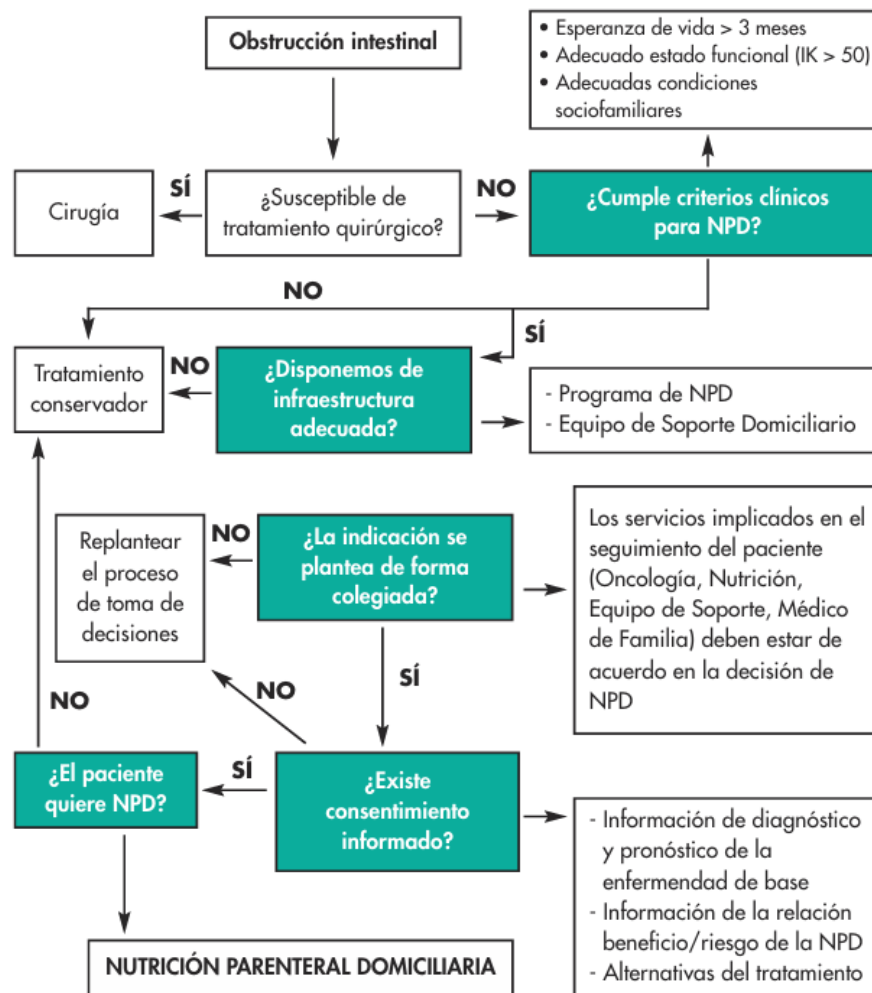
Review

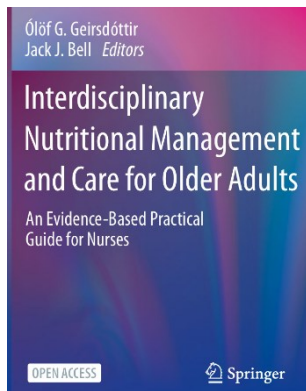
A Narrative Review: Analysis of Supplemental Parenteral Nutrition in Adults at the End of Life

Francisco Rivas García ^{1,*}, Rafael Jesús Giménez Martínez ², Felipe José Huertas Camarasa ³,
Joan Carles March Cerdà ⁴, Fuensanta Lloris Messeguer ⁵ and Margarita López-Viña Gallardo ⁶

Algoritmo de Tomada de Decisión sobre Nutrição Parentérica

Alonso Babarro A, et al. Evaluación de un programa de nutrición parenteral domiciliaria en pacientes oncológicos terminales. *Nutr Hosp* 2004; 19:281-5.





Nutrição Parentérica

- Não existe evidência suficiente para afirmar que assegura ou melhora a QdV;
- Pode permitir, em pessoas doentes com prognóstico vital <1-2 meses, com boa capacidade funcional, o alcançar de um objetivo pessoal ou o resolver uma situação importante

Problema identificado	Sobrevida esperada de meses ou superior	Sobrevida esperada de semanas ou dias
Absorção significativamente comprometida e impossibilidade de iniciar nutrição entérica	Considerar nutrição parentérica	Considerar hidratação por via parentérica Nutrição parentérica não recomendada

Medically assisted nutrition for palliative care in adult patients (Review)

Good P, Cavenagh J, Mather M, Ravenscroft P



Review

The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care

Paolo Cotogni ^{1,*}, Silvia Stragliotto ², Marta Ossola ³, Alessandro Collo ⁴, Sergio Riso ⁴ and on behalf of the Intersociety Italian Working Group for Nutritional Support in Cancer [†]



Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clinu>



e-SPEN guideline

ESPEN guidelines on nutrition in dementia

Dorothee Volkert ^{a,*}, Michael Chourdakis ^b, Gerd Faxen-Irving ^c, Thomas Frühwald ^d, Francesco Landi ^e, Merja H. Suominen ^f, Maurits Vandewoude ^g, Rainer Wirth ^{a,b}, Stéphane M. Schneider [†]

20. We recommend against the use of artificial nutrition (enteral nutrition, parenteral nutrition and parenteral fluids) in the terminal phase of life. (Grade of evidence: very low)

15. We recommend that each decision for or against artificial nutrition and hydration for patients with dementia is made on an individual basis with respect to general prognosis and patients' preferences. (Grade of evidence: very low)

● participants:

- cancer,
- non-cancer,
- dementia,
- neurodegenerative diseases.

● intervention:

- medically assisted nutrition - parenteral, enteral nutrition.

Artigo Original

Bottoni, Zaher-Rutherford. Rev Bras Bioética 2019;15(e9):1-25



Reflexão Bioética sobre uso de nutrição e hidratação artificial em pacientes terminais

Bioethical reflection on the use of nutrition and artificial hydration in terminal patients



Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clinu>



ESPEN guideline clinical nutrition in neurology



Rosa Burgos ^{a,*}, Irene Bretón ^b, Emanuele Cereda ^{c,d}, Jean Claude Desport ^e, Rainer Dziewas ^f, Laurence Genton ^g, Filomena Gomes ^h, Pierre Jéus ⁱ, Andreas Leischker ^j, Maurizio Muscaritoli ^k, Kalliopi-Anna Poulia ^l, Jean Charles Preiser ^l, Marjolain Van der Marck ^m, Rainer Wirth ⁿ, Pierre Singer ^o, Stephan C. Bischoff ^p

Recommendation 21:

EN (tube feeding) should be preferred over PN in ALS patients who need nutritional therapy.

In the acute setting, PN can be used if EN is contraindicated or non-feasible.

Home PN is generally not indicated in ALS patients. In case of patient' refusal or non-feasibility of EN, risk-to benefit ratio, financial burden and ethical issues should be evaluated before considering Home PN.

Grade of recommendation: GPP – strong consensus (100% agreement)

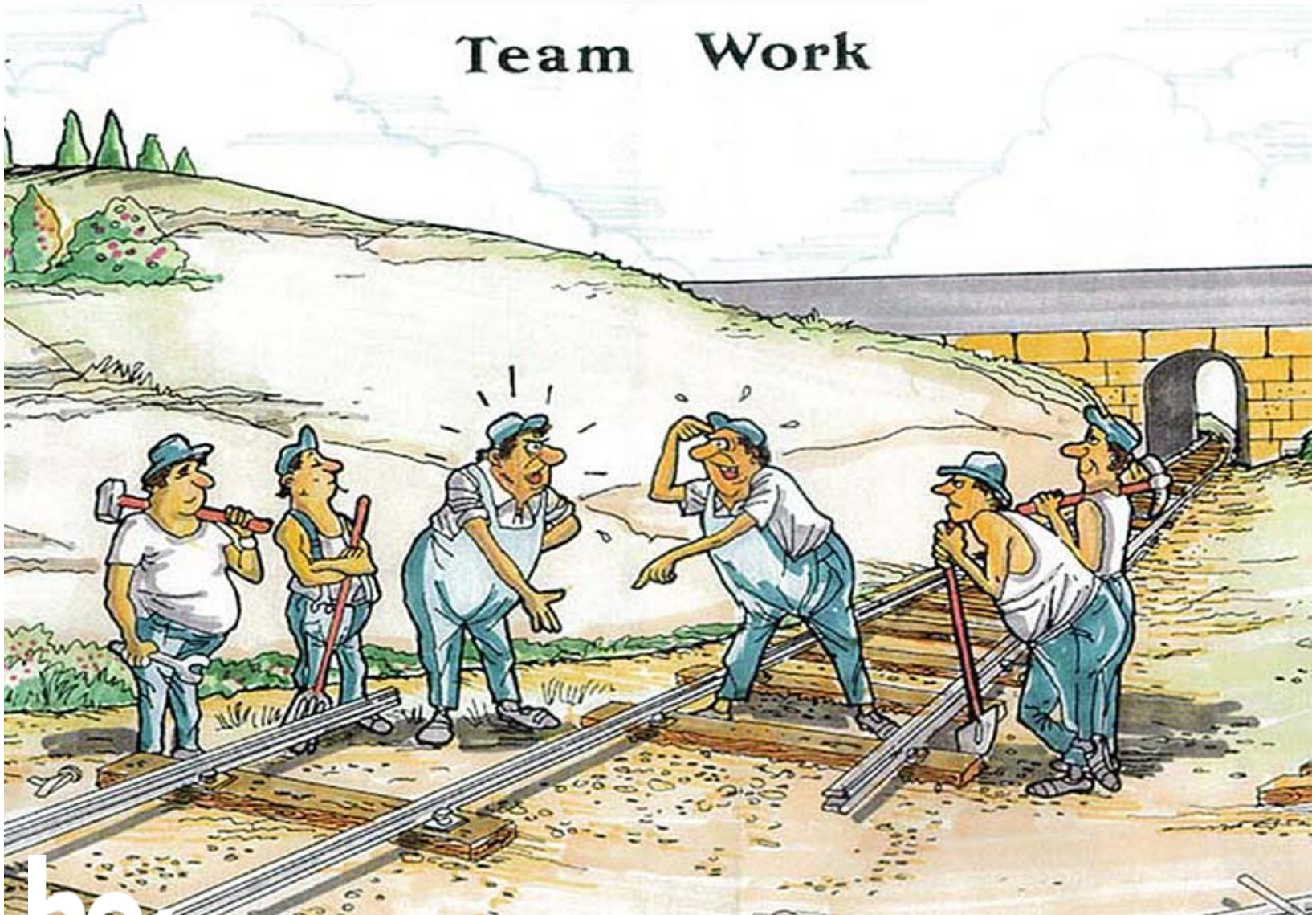
Questões Orientadoras no Processo de Tomada de Decisão

- **Prognóstico:** O doente morrerá mais cedo, em consequência da desnutrição, se o tratamento nutricional não for iniciado? Isto é, o tratamento nutricional impediria uma morte que poderíamos chamar de prematura?
- **Qualidade de Vida:** Como interferiria o tratamento nutricional na qualidade de vida?
- **Risco vs Benefício:** Os efeitos secundários, as complicações e os custos do tratamento são aceitáveis? Isto é, existe uma relação positiva entre risco e benefício?

Pronóstico estimado
Estado nutricional
Capacidad de ingesta oral
Existencia de síntomas con impacto nutricional
Inflamación sistémica
Estadíaje tumoral
Capacidad funcional
Comorbilidad
Preferencias del paciente
Funcionamiento del tracto gastrointestinal
"Logística" (capacidad de administrar un tratamiento nutricional)

Problema identificado	Sobrevida esperada de meses ou superior	Sobrevida esperada de semanas ou dias
Alimentação oral significativamente comprometida e absorção normal	Considerar nutrição entérica	Considerar hidratação por via parentérica
	Especialização em Disfagias Orofaríngeas	Nutrição Artificial não recomendada

Team Work





Dúvidas?

Obrigada!

