

**FACTORES IMPLICADOS NO APARECIMENTO DE
MALNUTRIÇÃO ASSOCIADA À DOENÇA EM DOENTES COM
CARCINOMAS DA CAVIDADE ORAL E FARINGO-LARINGE**

Susana Maria Santana do Couto

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação
Universidade do Porto
Serviço de Otorrinolaringologia
Hospital de S. João

Setembro de 2000

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

OBJECTIVOS

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do Estudo

Fundamentação Teórica

Seleção dos Processos Clínicos

Recolha de Dados

Tratamento e Avaliação dos Dados Recolhidos

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS INTERNAMENTOS

Número de Internamentos

Motivos de Internamento

Duração do Internamento

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Dados Pessoais

Antecedentes Pessoais

CARACTERÍSTICAS DOS DADOS CLÍNICOS

História e Evolução da Doença

Diagnósticos

Tratamentos

Complicações da Doença ou Tratamentos

CARACTERIZAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Factores Nutricionais e/ou Alimentares

Dados Antropométricos

Valores Analíticos

DISCUSSÃO

CONCLUSÃO

BIBLIOGRAFIA

ANEXO



3

6

7

7

7

7

8

11

13

13

13

13

14

14

14

16

19

19

20

20

23

24

24

27

28

30

34

36

40

INTRODUÇÃO

Desde a década de 70, é possível encontrar na literatura referências a casos de malnutrição associada a situações de doença nos hospitais⁽¹⁻⁴⁾.

Sabe-se que a malnutrição é causa de alterações da capacidade funcional, de perturbações imunológicas e gastrointestinais e de atrasos na cicatrização⁽⁵⁾. Estes aspectos estão relacionados com a incidência de complicações e de piores resultados clínicos com um conseqüente aumento do tempo de internamento e de convalescença dos doentes^(5,6).

A patogénese da malnutrição é multifactorial. No entanto, alterações metabólicas e da ingestão alimentar, comuns em situações de doença, são de importância fundamental⁽⁷⁾.

Durante muitos anos, julgou-se que as necessidades energéticas estariam aumentadas, na maioria das patologias, em consequência do catabolismo associado ao stress metabólico. Estas observações resultaram, em parte, do uso de métodos de avaliação das necessidades energéticas pouco adequados e da generalização dos seus resultados. Com o reconhecimento deste facto e com a alteração das linhas de orientação dos protocolos terapêuticos, as necessidades energéticas recomendadas têm vindo a diminuir e a ser progressivamente mais adaptadas a cada indivíduo e a cada doença^(8,9). No caso de neoplasias malignas, a resposta metabólica traduz-se no aparecimento de alterações da mobilização e da utilização de nutrientes^(6,8,10,11).

É evidente que uma ingestão alimentar não adaptada às necessidades individuais, é essencial para o desenvolvimento de malnutrição^(6,7). Dos vários factores responsáveis pela modificação da ingestão alimentar durante a doença, são de salientar os seguintes:

- Anorexia como consequência de neoplasias malignas ou infecções;
- Odinofagia, causada por mucosite, candidíase, obstruções e ulcerações da mucosa oral;
- Dificuldade na deglutição (disfagia);
- Náuseas e vômitos, resultantes de processos patológicos e/ou de tratamentos, como a quimioterapia;
- Episódios de jejum, como os devidos a exames auxiliares de diagnóstico, a tratamentos e a procedimentos médico-cirúrgicos;
- Impossibilidade de uma alimentação independente (astenia e incapacidades motoras);

- Exclusão e recusa de certos alimentos pela possibilidade de aparecimento de efeitos indesejáveis ou intolerâncias;
- Causas psicossociais, como a solidão, a depressão, e poucos conhecimentos nutricionais;
- Efeito da hospitalização⁽⁶⁾.

Esta situação tem sido documentada em vários grupos de doentes hospitalizados, sendo frequente em doentes do foro oncológico e nos que necessitam de alterações da consistência e/ou textura dos alimentos^(12,13).

McWhirter *et al.*, monitorizou o estado nutricional de 112 doentes internados por mais de uma semana e verificou que 64% tinham perdido peso ao longo da hospitalização, incluindo 75% dos 55 doentes classificados, na admissão, como desnutridos⁽¹⁴⁾.

As principais razões indicadas na literatura para a progressão da malnutrição associada a doença e consequente deterioração do estado nutricional em doentes hospitalares, são:

- Tipo de organização e reduzida flexibilidade dos serviços de alimentação e restauração institucional^(12,14-16);
- Características das refeições servidas ao doente, i.e., o pouco cuidado com as características organolépticas dos alimentos^(12,14-16);
- Falta de assistência durante as refeições na enfermaria⁽¹⁷⁻²⁰⁾;
- Necessidade de evitar a ingestão alimentar antes das intervenções médicas e/ou cirúrgicas⁽⁶⁾;

Estas situações são potenciadas pela frequente ausência de políticas de gestão hospitalar que contemplem as problemáticas da avaliação e do suporte nutricional^(6,18-21).

É importante referir que o não reconhecimento destes problemas, seja por falta de conhecimentos, de treino e/ou de interesse, leva a que não se identifiquem os doentes em risco, e a que não se institua um suporte nutricional atempado e adequado aos mesmos⁽²²⁾.

Existe algum esforço para identificar os grupos de doentes que estarão mais susceptíveis de desenvolver malnutrição associada à doença. No entanto, e, embora seja difícil comparar estes estudos entre si, uma vez que não existe uma uniformização dos critérios de definição de malnutrição e dos métodos de avaliação do estado nutricional utilizados nos diferentes trabalhos, os seus resultados indicam que dos grupos patológicos em maior risco⁽⁶⁾, é possível destacar os doentes com carcinomas da cabeça e do pescoço^(6,23,28)

Estes doentes, frequentemente, apresentam na altura da admissão hospitalar malnutrição e uma perda de peso significativa, motivados pelo efeito local do tumor que dificulta a ingestão alimentar^(6,23,24). Além disso, estes indivíduos têm, habitualmente, histórias de tabagismo e de uma ingestão crónica marcada de álcool^(25,26).

Por estas razões, muitos poderão sofrer de carências nutricionais, mesmo antes do aparecimento da sintomatologia que origina o recurso aos serviços médicos especializados ⁽²⁵⁾.

O tratamento destas patologias envolve, frequentemente, uma combinação de modalidades terapêuticas ^(26,27).

A radioterapia, dependendo do local irradiado, pode induzir mucosite, xerostomia, lesões nervosas, trismo, alterações do gosto e do olfacto. Também pode ocorrer perda de peças dentárias mas, esta consequência pode ser minimizada com um cuidado oral adequado ^(26,28).

As intervenções cirúrgicas são na sua maioria extensas e com ressecções radicais de estruturas da cabeça e do pescoço. Estes procedimentos, podem originar consequências nocivas como dificuldade na mastigação e na deglutição. Por vezes após a cirurgia, existe a possibilidade de aspiração crónica durante a deglutição, o que torna a alimentação oral num sério risco, sendo necessário recorrer, de forma transitória ou permanente, a outras vias de administração ^(26,29).

A quimioterapia, quando utilizada, pode desencadear efeitos graves a nível sistémico alterando, consoante a tolerância do doente, a sua capacidade de ingerir, digerir e/ou absorver os alimentos ^(26,30).

Por tudo o que foi descrito, os doentes com carcinomas da cavidade oral, faringe e laringe encontram-se potencialmente em risco de desenvolver situações de malnutrição associada à doença e como tal, é importante estudar as características individuais e da patologia de base desta população, relacionando-as com os factores implicados no aparecimento de malnutrição.

OBJECTIVOS

- Caracterizar a frequência dos factores relacionados com o desencadear de malnutrição associada a doença, numa população de indivíduos com carcinomas da cavidade oral, faringe e laringe.
- Estudar as características dos indivíduos com carcinomas da cavidade oral e faringo-laringe.
- Observar a abrangência das informações disponíveis nos registos clínicos sobre os factores implicados no aparecimento de malnutrição associada à doença.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do Estudo

Foi efectuado um estudo descritivo e retrospectivo baseado na revisão dos processos clínicos de internamento de doentes com patologia oncológica da cavidade oral, da faringe e da laringe do Serviço de Otorrinolaringologia (O.R.L.) do Hospital de S. João (H.S.J.) no Porto.

Fundamentação Teórica

A fundamentação teórica desta revisão, foi obtida após pesquisa bibliográfica do tema, de forma a compreender quais os parâmetros mais frequentes, e concordantes com os objectivos propostos, na situação a estudar.

Seleccção dos Processos Clínicos

Obteve-se uma listagem de 368 processos clínicos no Serviço de Estatística e Codificação do H.S.J., após pesquisa da base de dados dos registos dos internamentos do hospital, com as seguintes informações de entrada:

- Doentes com diagnósticos de neoplasias da cabeça e do pescoço (GDH - 64);
- Internamentos do intervalo de tempo de Junho de 1996 a Dezembro de 1998.

Estes processos de internamento foram disponibilizados pelo Arquivo Central do H.S.J., para selecção da população específica a rever.

Critérios de Elegibilidade

Estes processos sofreram um processo de selecção, de forma a concretizar a reunião da informação dos doentes pertencentes à população específica a estudar. O critérios que regeram essa selecção foram os seguintes:

- Processos clínicos de internamento com diagnóstico de carcinoma epidermoide da cavidade oral, da faringe e/ou da laringe;
- Processos clínicos de internamento de doentes, provenientes da urgência ou da consulta externa de ORL do Hospital de S. João.

Foram excluídos da população do estudo todos os processos clínicos de internamento que não cumprissem os critérios de inclusão e os processos onde fossem observados os seguintes aspectos:

- Ausência do motivo de internamento;
- Ausência do diagnóstico;
- Ausência de história clínica;
- Internamentos motivados por quadros agudos e/ou situações urgentes de doentes com as características de inclusão, mas que eram acompanhados clinicamente noutras instituições.

Os 226 processos de internamento seleccionados para esta revisão correspondem ao internamento de 100 doentes.

Por ausência de um processo clínico único por doente, verificou-se que doentes com internamentos sucessivos apresentavam múltiplos processos. Para ultrapassar esta situação agruparam-se todos os processos de cada doente, de forma a obter as informações pertinentes para o estudo do mesmo. No entanto, e como para cada internamento se realiza a avaliação clínica de cada doente, na descrição de alguns parâmetros, ao longo deste trabalho, será o número total de processos e não o número total de doentes a ser utilizado como referência. Qualquer mudança de abordagem será convenientemente comentada no decorrer deste trabalho.

Recolha de Dados

De forma a facilitar a recolha sistemática dos dados de todos os processos a incluir na revisão, desenvolveu-se um "*Protocolo de Recolha de Dados*" que abrange os principais elementos da documentação

clínica e todos os pontos seleccionados no estudo da bibliografia, pertinentes para a concretização dos objectivos deste trabalho.

Este protocolo foi testado, de forma aleatória, em 20 processos de internamento, de forma a verificar a sua adequação à informação que se pretendia recolher e à informação disponibilizada pelos registos clínicos.

O "*Protocolo de Recolha de Dados*" (ver em anexo) é constituído pelas seguintes partes:

- *Dados referentes aos processos de internamento*, onde constam os números dos processos clínicos e as datas de admissão e de alta, para posterior cálculo da duração dos internamentos;
- *Dados pessoais*, que inclui as informações do doente, tais como, nome, sexo, idade, data de nascimento, profissão e localidade (distribuição por distritos), para a caracterização demográfica da população. Para a classificação das ocupações profissionais, utilizou-se uma adaptação dos critérios presentes no "*The Registrar General Social Class Classification. Classification of Occupations, London, HMSO, 1980*", com as seguintes categorias:
 - *Classe I* – Quadros superiores/ profissões liberais (ex.: médicos, economistas, advogados);
 - *Classe II* – Ocupações intermédias (ex.: professores e enfermeiros);
 - *Classe III* – Ocupações específicas (ex.: polícias, secretárias, artesãos)
 - *Classe IV* – Trabalhadores semi-especializados (ex.: operários fabris, carpinteiros);
 - *Classe V* – Ocupações não especializadas (ex.: agricultores, construção civil). Inclui-se nesta categoria os reformados e as domésticas.
- Antecedentes pessoais, registo dos parâmetros da evolução natural da doença, dos sintomas e sinais iniciais e o tempo de existência dos mesmos, dos antecedentes clínicos pessoais e familiares e dos hábitos, destes procurava-se referência aos hábitos etílicos e tabágicos. Estas informações seriam recolhidas na história clínica presente em cada admissão.
- Diagnósticos e registo das datas dos mesmos, bem como a localização das neoplasias (informação recolhida do protocolo de actuação do Serviço de ORL-HSJ e das notas clínicas da admissão).
- Nesta secção, procura-se também referências ao estadiamento. Entende-se por *estadiamento* a avaliação da extensão da doença e dos órgãos envolvidos, de modo a que seja possível a escolha da abordagem terapêutica mais adequada⁽³¹⁾. O estadiamento tem como base os achados clínicos e

patológicos e habitualmente, obedece ao sistema de classificação TNM⁽³²⁾. De forma a facilitar a avaliação de todos os estadiamentos disponíveis optou-se pela seguinte estratégia⁽³³⁾:

- Doente com *doença local* – todos aqueles com estadiamentos T1-4 N0 M0;
- Doentes com *doença regional* – todos aqueles com estadiamentos T1-4 N1-3 M0;
- Doentes com *doença distante ou sistémica* – todos aqueles com estadiamentos T1-4 N1-3 M1;
- Recolha dos resultados da avaliação clínica e funcional do *estudo pré-operatório*, no caso dos doentes cirúrgicos;
- Registo das informações referentes aos *tratamentos médicos e/ou cirúrgicos*. Consultava-se o registo da cirurgia e anestesia, para identificação da mesma, e os diários clínicos para recolha de todas as informações relativas ao tipo de tratamento e à evolução pós-operatória. Procurou-se ainda qualquer referência aos tratamentos de radioterapia e/ou das suas complicações;
- Folha de registo e descrição das *complicações* relativas ao tratamento e/ou doença. Entende-se por *complicação* todas as situações patológicas registadas nos diários clínicos e que, de alguma forma originaram alterações do curso natural da doença de base ou dos tratamentos realizados e uma utilização adicional dos recursos hospitalares⁽³⁴⁾;
- Folha de registo dos *parâmetros analíticos* onde se recolhiam os valores disponíveis do hemograma e bioquímica relativos ao internamento, à alta clínica, ao estudo pré-operatório e aos ciclos de quimioterapia. Para todos os parâmetros analíticos considerou-se como valores de referência, os adoptados pelo Laboratório Central do H.S.J., no entanto, para os valores implicados habitualmente na avaliação nutricional, estas referências foram ainda associadas aos limites preconizados na bibliografia^(24,35);

Tabela n.º 1

	Proteínas Totais	Albumina Sérica	Contagem Total de Linfócitos (C.T.L.)[§]
Normal	66,0 – 87,0 g/L	35,1 – 50,0 g/L	>1200 n.º/mm ³
Desnutrição moderada	60,0 – 65,9 g/L	28,0 – 34,9 g/L	1200 – 800 n.º/mm ³
Desnutrição severa	< 60,0 g/L	< 28,0 g/L	< 800 n.º/mm ³

§ CTL (n/mm³) = (% Linfócitos x Leucócitos) / 100

- Informações sobre a *situação nutricional e alimentar* incidindo sobre tipo, consistência e/ou textura da dieta atribuída, a sua aceitação, os registos de dificuldade na alimentação, a via de administração, o recurso à nutrição artificial e todas as intervenções nutricionais, bem como, a monitorização das mesmas;

61060



400282

- Dados relativos à avaliação antropométrica (peso e estatura), recolhidos, sempre que presentes, da avaliação funcional pré-operatória (Provas da Função Respiratória- Serviço de Pneumologia/H.S.J.), das notas médicas anteriores aos ciclos de quimioterapia (cálculo da superfície corporal - Medicina Oncológica/H.S.J) ou de registos presentes nos processos. Nos dois primeiros casos, sabe-se (comunicação pessoal) que estas medições se realizam em balanças de trave com estadiómetro, arredondando as 100 g, em pijama e descalços, excepto no caso de doentes com pouca mobilidade, em que os valores indicados seriam os citados pelo próprio doente;
- Registo da impressão clínica ou *avaliação subjectiva do estado geral* do doente, habitualmente, presente na avaliação inicial do doente;
- Principais *motivos de internamento* e internamentos com causas nutricionais e/ou alimentares.

Tratamento e Avaliação dos Dados Recolhidos

Tratamento dos dados e cálculos efectuados

Em todos os processos procedeu-se à contagem dos dias de internamento totais e dos dias posteriores às intervenções cirúrgicas uma vez que estes, como vem indicado na bibliografia, poderão ser um possível indicador de evolução e resposta dos doentes aos tratamentos efectuados, já que o tempo de internamento anterior à intervenção depende não só da condição clínica do doente, mas também de factores de ordem logística e de funcionamento interno da instituição. Como tal, os tempos de internamento totais, podem não traduzir a evolução clínica dos doentes⁽³⁴⁾.

Durante a avaliação dos tempos de hospitalização, calculou-se também a frequência de internamentos com mais de 7 dias, tempo a partir do qual os doentes apresentam maior risco da estadia hospitalar poder influenciar o seu estado nutricional⁽⁶⁾.

Avaliaram-se ainda os dias de internamento:

- com sonda nasogástrica colocada durante procedimento cirúrgico;
- necessários para iniciar alimentação oral no pós- operatório;
- número de dias com a prescrição das intervenções nutricionais.

Com os dados disponíveis, calculou-se, ainda, o peso de referência ou teórico, através da média aritmética dos valores das fórmulas de *Butheau*[†] e da *Metropolitan Life Insurance*^{‡(36,37)}, arredondados as décimas. Com estes valores acedeu-se, posteriormente, ao valor do desvio ponderal em relação ao peso de referência ou teórico^{‡†}. Para categorizar esta informação utilizou-se como limite o valor inferior a 85% e superior a 110% do peso de referência ou teórico^(24,38).

Procedeu-se também à determinação do *Índice de Massa Corporal*^{††} e para estabelecer uma classificação, considerou-se os seguintes marcos^(36,38):

Desnutrição severa- 13,0 – 15,9 kg/m²

Desnutrição moderada- 16,0 – 16,9 kg/m²

Desnutrição ligeira- 17,0 – 18,4 kg/m²

Normal- 18,5 – 24,9 kg/m²

Obesidade Grau I- 25,0 – 29,9 kg/m²

Obesidade Grau II- 30,0 – 39,9 kg/m²

Avaliação dos dados

Os dados foram introduzidos no programa de análise estatística Epi Info versão 6.04 b, 1997 (CDC/OMS) e a execução gráfica foi realizada em Microsoft[®] Excel 97.

Os resultados são apresentados na forma de médias (\pm desvio padrão), medianas ou frequências, de acordo com a natureza da variável e da sua distribuição^(39,40).

[†] $0,8 \text{ (estatura + idade / 2)}$

[‡] $50 + 0,75 \text{ (idade-150)}$, idade constante ≥ 45

^{‡†} % desvio ponderal = $(\text{peso actual/peso de referência ou ideal}) \times 100$

^{††} I.M.C. (Kg/m²) = peso / estatura^2

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS INTERNAMENTOS

Número de Internamentos

O número de hospitalizações por doente, encontra-se compreendida entre 1 e 6 internamentos. Verificou-se a existência de 70 doentes (70%) com mais de um internamento.

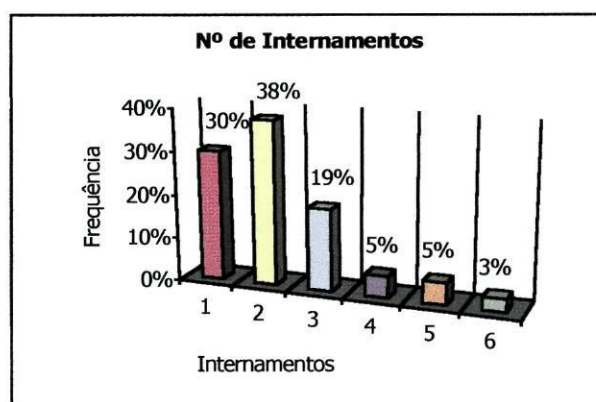


Gráfico n.º 1

Motivos de Internamento

Tabela n.º 2

Motivos de Internamento	N=226	%
Estadiamento	46	20,4
Estadiamento e cirurgia	17	7,5
Cirurgia	20	8,8
Estadiamento e quimioterapia	11	4,9
Quimioterapia	106	46,9
Distúrbios alimentares e/ou hidroelectrolíticos	17	7,5
Quadros agudos	9	4,0

Dos motivos de internamento salienta-se o facto de 17 processos clínicos, equivalentes a 17 doentes (17.0%), serem relativos a hospitalizações por distúrbios alimentares ou hidroelectrolíticos. Estes internamentos foram motivados, especificamente, por: disfagia total em 8 doentes (47.1%), 5 doentes (29.4%) tinham

queixas de anorexia, desidratação em 2 doentes (11.8%), 1 doente (5.9 %) por vômitos recorrentes e 1 doente (5.9 %) por aparecimento de fistula faringo-esófago-cutânea.

Destes internamentos resultaram as seguintes intervenções clínicas: colocação de sonda nasogástrica em 12 (70.6%), execução de jejunostomia em 3 (17.6%) e fluidoterapia em 2 (11.8%).

Duração do Internamento

Tempo de internamento total

Os tempos de internamento totais variaram entre 1 e 183 dias, com uma mediana de 25.0. Em 93,9% dos doentes verificou-se um tempo de internamento total superior a 7 dias.

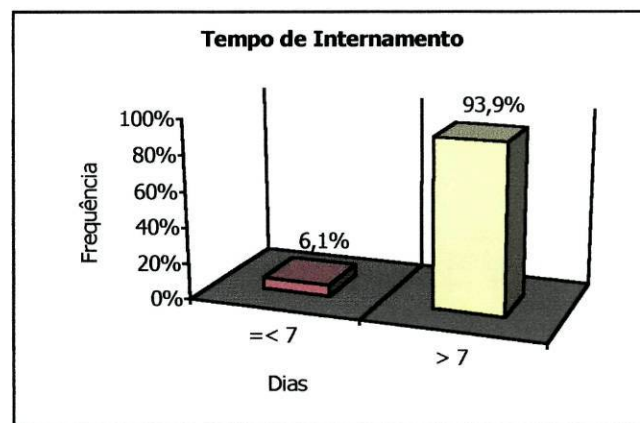


Gráfico n.º 2

Tempo de internamento pós-operatório

Dos 37 doentes cirúrgicos (37.0%) apenas foi possível obter este dado em 36, por motivo de falecimento de um doente. O tempo de internamento médio no pós-operatório encontrado foi de 20.6 ± 13.9 dias, com um valor mínimo de 7 dias e um valor máximo de 87 dias.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Dados Pessoais

Sexo

Na população estudada, 99 indivíduos são do sexo masculino (99.0%) e 1 do sexo feminino (1.0%).

Idade

Os indivíduos apresentavam idades compreendidas entre os 34 e os 83 anos, sendo a idade média de 57.4 ± 10.3 anos. Os elementos da população do sexo masculino tinham uma média de idades de 57.5 ± 10.3 anos e o elemento do sexo feminino tinha 48 anos.

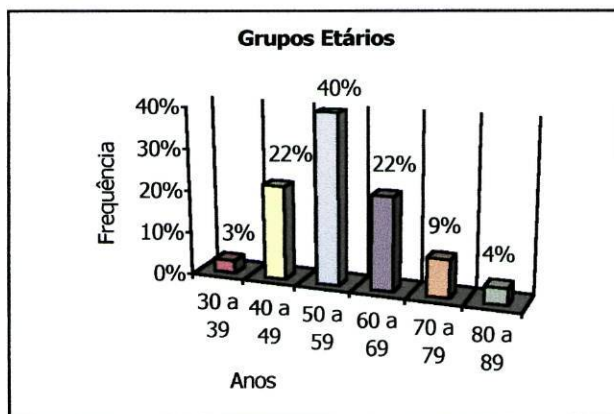


Gráfico n.º 3

Localidade

Os resultados indicam a seguinte distribuição por distrito de proveniência dos doentes internados no intervalo de tempo desta revisão.

Tabela n.º 3

Distrito	N=100	%
Braga	5	5.0%
Porto	88	88.0%
Viana do Castelo	4	4.0%
Vila Real	3	3.0%

Actividade profissional

Foi possível no processo clínico de 90 doentes encontrar o registo da actividade profissional. Procedeu-se à classificação das mesmas utilizando as categorias adaptadas do "The Register General's Social Class Classification of Occupations" (Gráfico n.º 4).

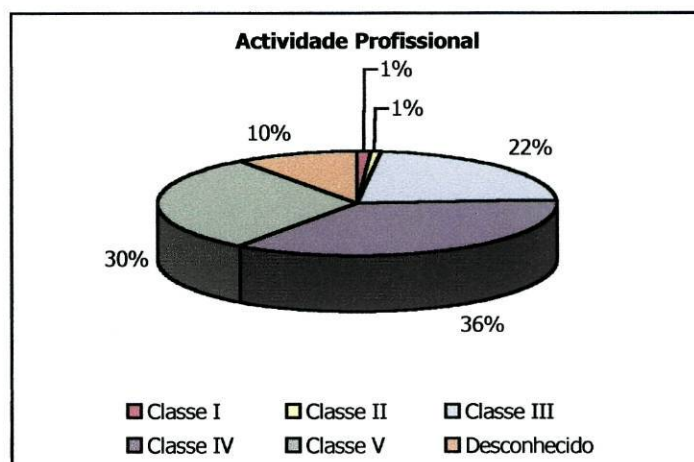


Gráfico n.º 4

A maioria dos doentes (73.3 %) foram classificados nas classes IV (trabalhadores semi-especializados) e V (ocupações não especializadas). O elemento feminino da população pertencia a uma ordem religiosa e foi incluído na classe V.

Antecedentes Pessoais

Antecedentes Clínicos

Nas notas de admissão obteve-se informação sobre os antecedentes clínicos de 91 dos doentes avaliados, como se pode observar na tabela n.º 4.

Tabela n.º 4

Antecedentes clínicos	N=91	%
Não relevante	35	38,5
HTA	10	11,0
Alterações cardiovasculares [†]	3	3,3
Outras neoplasias [‡]	5	5,5
Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2	3	3,3
Dislipidemia	1	1,1
Tuberculose Pulmonar	17	18,6
DPOC	3	3,3
Outras alterações respiratórias [‡]	4	4,4
Alterações hepatodigestivas [§]	6	6,6
Outras [¶]	4	4,4

[†] insuficiência venosa profunda (2), enfarte do miocárdio (1).
[‡] neoplasias do pulmão (2), estômago (2), esófago (1). [‡] pneumonia (2), asma (1), bronquite (1). [§] disfunção hepática (3), úlceras gástricas (2) e duodenal (1). [¶] Síndrome Korsacov (1), Síndrome de Down (1), epilepsia (1), patologia dentária (1).

Salienta-se o facto de que a Tuberculose Pulmonar, presente em 18,6% das histórias clínicas, seja a patologia mais frequente, seguida pela Hipertensão Arterial e pelas Alterações Hepatodigestivas, descritas em 11,0% e 6,6% respectivamente.

Hábitos Tabágicos

Tinham antecedentes de hábitos tabágicos, 92% dos indivíduos estudados e em apenas 3 doentes se encontrou referências a que nunca tinham fumado. Em 5 doentes não foi possível encontrar qualquer menção a respeito deste tipo de hábito.

Os doentes que tinham disponível no seu processo clínico quantos anos fumaram (51,1%), fizeram-no, em média, durante 35.7 ± 8.9 anos, com um valor mínimo de 20 anos e um máximo de 55 anos.



Gráfico n.º 5

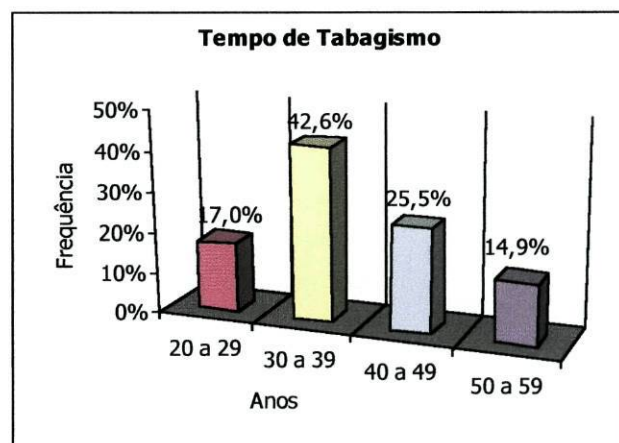


Gráfico n.º 6

Quanto à quantidade de cigarros consumida, verificou-se que do total de doentes incluídos neste estudo, 61,0 % tinham hábitos tabágicos designados de *marcados* (mais de 20 cigarros/ dia).

Tabela n.º 5

Tempo (anos)	Quantidade de cigarros			Total n= 92
	<10 cig/dia	≤ 20 cig/dia	> 20 cig/dia	
20-29	-	5	3	8
30-39	-	2	18	20
40-49	-	6	6	12
50-59	-	3	4	7
Desconhecido	2	13	30	45
Total	2	29	61	

Ao examinar a relação entre o consumo e a duração do mesmo (tabela n.º 5), verificamos que os indivíduos com os consumos mais elevados são também aqueles que o fizeram durante mais tempo.

Todos os fumadores eram do sexo masculino.

Hábitos Etílicos

Dos 100 doentes avaliados, 78.0 % dos doentes tinham indicação de consumo de bebidas alcoólicas, 2.0 % não consumiam este tipo de bebidas e em 20.0% não foi possível obter esta informação dos seus processos clínicos.

O consumo alcoólico foi quantificado (em g de álcool/dia), em 1 dos processos. Nos restantes registos de internamento, o consumo encontrava-se qualificado de forma subjectiva. Assim, encontrou-se referência a 13 doentes com história de «abuso de álcool» (entre os quais se inclui a quantificação em g de álcool/dia), a 21 menções de consumos «marcados» e, nos restantes casos, descrições de consumos «moderados» ou «ligeiros».

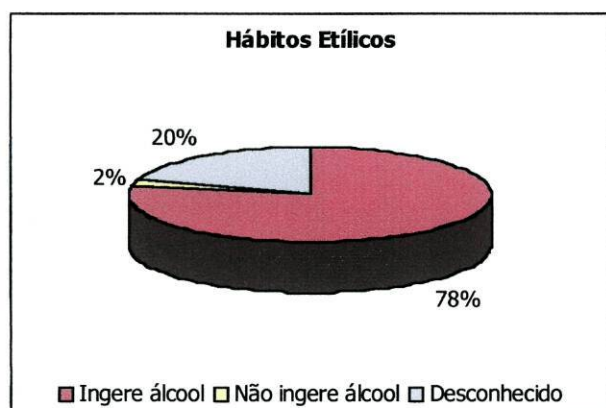


Gráfico n.º 7

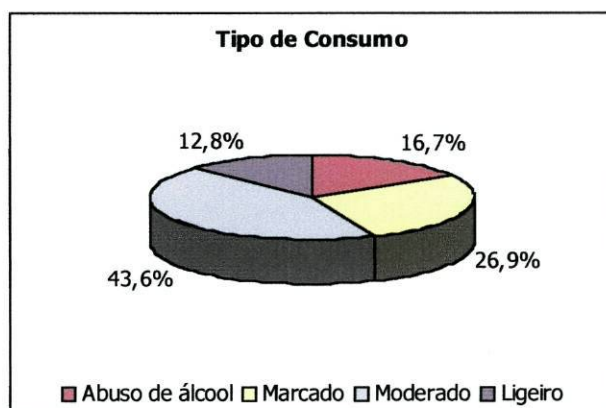


Gráfico n.º 8

Em nenhum dos processos se encontrava quantificado o tempo de consumo de bebidas alcoólicas.

Apenas em 6 (7.6%), foi possível encontrar referências ao tipo de bebidas consumidas (vinho e cerveja).

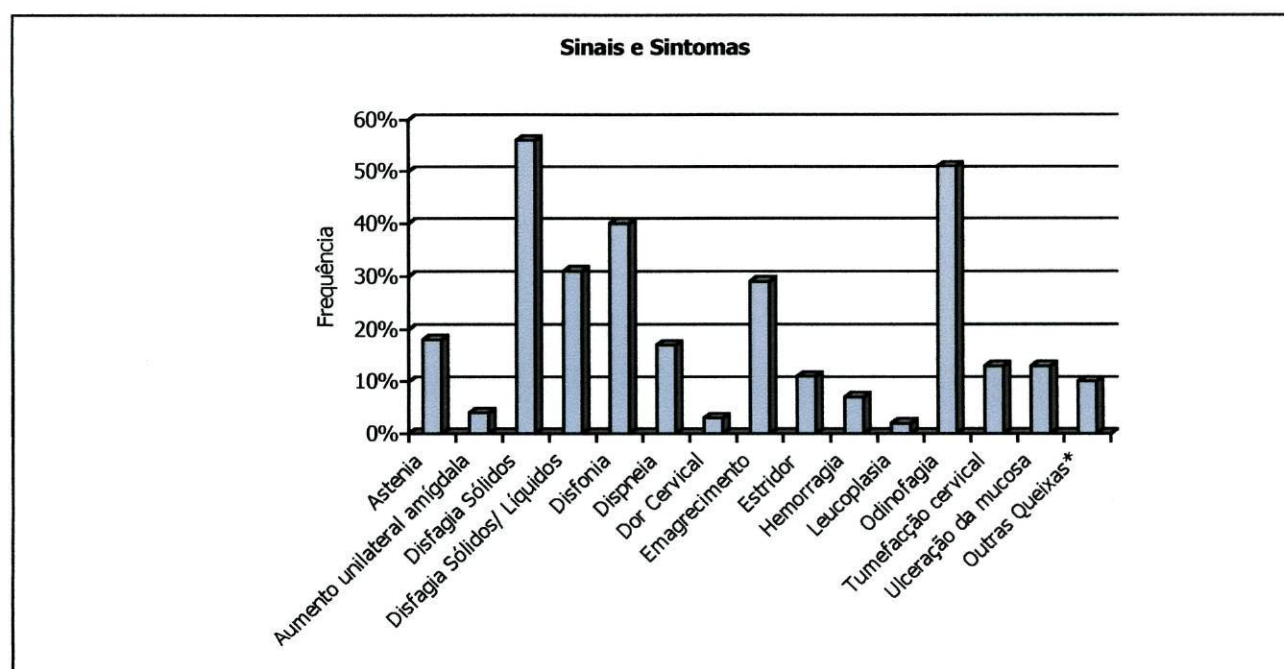
Todos os doentes com consumo de álcool eram do sexo masculino.

CARACTERÍSTICAS DOS DADOS CLÍNICOS

História e Evolução da Doença

Sinais e Sintomas Iniciais

Dos motivos que levaram estes doentes a recorrer ao médico especialista estes, foram os mais frequentes:



* Fistula cutânea (1), estase salivar (3), candidíase oral (4), lesões cutâneas (1), otalgia (1).

Gráfico n.º 9

Ao observar a distribuição das várias queixas iniciais desta população podemos referir que as mais frequentes foram a disfagia a sólidos, em 56% dos indivíduos, seguida de odinofagia e de disfonia, apresentados por 51% e 40% dos doentes que recorreram ao hospital respectivamente.

Encontrou-se nos registos clínicos iniciais uma frequência de 29.9%, no que diz respeito ao emagrecimento. Em nenhum processo se quantificava a perda de peso em relação ao peso habitual.

Em 80% dos doentes, estabeleceu-se o intervalo de tempo que mediou o aparecimento do sinal e/ou do sintoma e o primeiro recurso à especialidade que variou entre 7 dias e 18 meses, com um valor médio de duração de 6 ± 3 meses desde da manifestação da(s) primeiras queixa(s).

Diagnósticos

As situações clínicas mais frequentes foram as neoplasias das estruturas anatómicas da laringe 53%, seguida pelas patologias malignas da faringe (40%). Os diagnósticos envolvendo os carcinomas da cavidade oral estão representados nesta população em 7 doentes, entre os quais figura o representante feminino deste estudo.

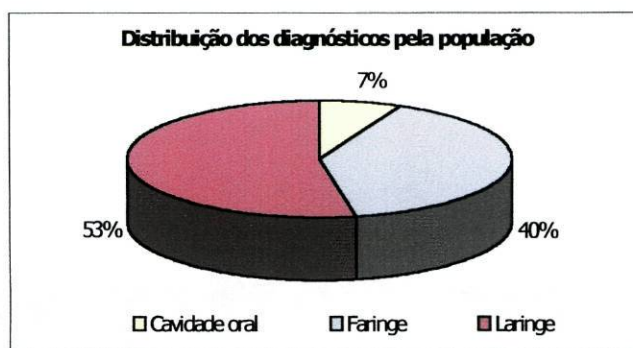


Gráfico n.º10

Quanto à classificação das várias neoplasias, através do estadiamento e de forma a possibilitar uma comparação entre cada situação descrita, foram estes os resultados encontrados:

Tabela n.º 6

Região Anatómica	Local	Regional	Sistémica
	(T1-4 N0 M0) n= 21(%)	(T1-4 N1-3 M0) n= 74(%)	(T1-4 N1-3 M1) n= 3(%)
Cavidade Oral	2 (9,5)	5 (6,7)	-
Faringe	3 (14,3)	36 (48,6)	-
Laringe	16 (76,2)	33 (44,6)	3

Nos processos revistos, apenas não obtivemos o estadiamento em 2 doentes com diagnósticos de neoplasia da laringe e da faringe.

A maioria dos doentes (96.9%) evidenciava uma situação de doença loco-regional, e apenas 3 doentes (3.1%) mostravam sinais clínicos de doença sistémica, i.e. com metástases distantes.

Tratamentos

No grupo de 100 doentes em estudo foram efectuados os seguintes tratamentos: cirurgia (37%), quimioterapia (45%) e outros tratamentos (18%).

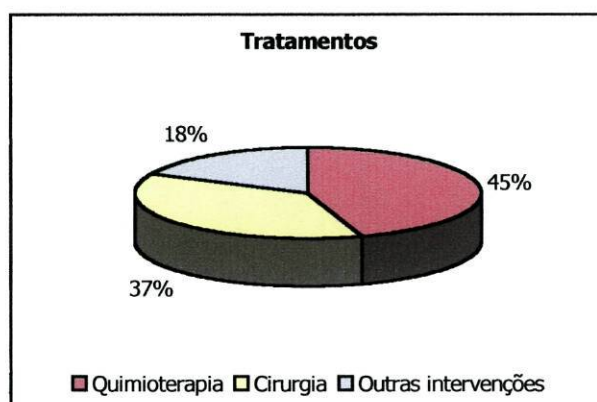


Gráfico n.º 11

Verificou-se que ao longo da sequência de internamentos, 45 doentes realizaram ciclos de quimioterapia e 37 indivíduos sofreram intervenções cirúrgicas. Enquadrados na categoria de outras intervenções, 18 doentes tiveram internamentos que foram motivados por alterações alimentares ou hidroelectrolíticas ou hemodinâmicas (transusão de sangue).

Cirurgia

Durante a revisão dos processos clínicos encontrou-se descrições das seguintes intervenções cirúrgicas:

Tabela n.º7

Intervenção Cirúrgica	N = 37	%
Laringectomia total	20	54.1
Laringectomia parcial	10	27.0
Faringolaringectomia total	1	2.7
Laringectomia com retalho miocutaneo	1	2.7
Cervicotomia	1	2.7
Amigdalectomia	1	2.7
Jejunostomia	3	8.1

Vinte e seis dos 37 doentes cirúrgicos (70.3%) realizaram dissecação cervical durante o procedimento cirúrgico.

O intervalo de dias após a cirurgia, possível indicador da evolução clínica do doente⁽³⁴⁾, foi já descrito no decorrer deste trabalho (*vide supra*).

Quimioterapia

Verificou-se que, da população do estudo, 45% efectuaram ciclos de quimioterapia que estavam distribuídos da seguinte forma:

Tabela n.º 8

N.º de ciclos de quimioterapia	N = 45	%
1 ciclo	7	15,6
2 ciclos	17	37,8
3 ciclos	15	33,3
5 ciclos	6	13,3

Ao analisar a tabela n.º 8, compreendemos que 84,4% dos 45 doentes, realizaram mais do que 1 ciclo de quimioterapia e encontramos alusão a 5 ciclos em 6 (13,3%) casos.

Um dos factores mais importante, que se põe na avaliação dos ciclos de quimioterapia, é a tolerância:

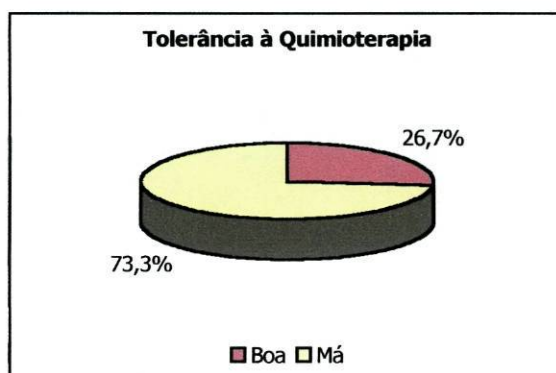


Gráfico n.º 12

Dos doentes com este tratamento, 33 (73.3%) tinham registos de sinais de toxicidade ao mesmo. As principais complicações mencionadas nos processos clínicos, foram as náuseas e os vómitos, como se pode observar na tabela seguinte:

Tabela n.º 9

Complicações da quimioterapia	N=33	%
Náuseas	15	45.5
Náuseas e vómitos	12	36.4
Náuseas, vómitos e diarreia	4	12.1
Náuseas, vómitos, confusão e lipotimia	1	3.0
Morte	1	3.0

Radioterapia

Como este tratamento, é efectuado em regime de ambulatório e num local independente do Serviço de Otorrinolaringologia do H.S.J., apenas foi possível recolher informações da quantidade de doentes que realizaram radioterapia, se este dado fosse mencionado na história clínica. Encontrou-se esta referência em 18 doentes e em dois tipos de situações, no pós-operatório e depois de ciclos de quimioterapia:

Tabela n.º 10

Radioterapia	N = 18	%
Pós-operatório	7	38.8
Após Quimioterapia	11	61.1

Complicações da Doença ou Tratamentos

Foram consideradas como complicações, todas as situações patológicas registadas nos diários clínicos e que de alguma forma, alteraram o curso natural da doença ou dos tratamentos e uma utilização adicional dos recursos hospitalares⁽³⁴⁾.

Em relação as complicações, encontraram-se documentadas as seguintes:

Tabela n.º 11

Complicações	N = 22	%
Fistulas cutâneas	6	27.3
Pneumonia	3	13.6
Infecção urinárias	2	9.1
Sub-oclusão intestinal	1	4.5
Evisceração	1	4.5
Esofagite	1	4.5
Febre neutropénica	1	4.5
Morte	7	31.8

Dos processos avaliados de 100 doentes, constatamos a existência de complicações relativas à doença e/ou tratamento, em 22 % dos indivíduos em questão.

É de referir que as complicações intestinais (evisceração e sub-oclusão), ocorreram em doentes com jejunostomia de alimentação.

CARACTERIZAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Factores Nutricionais e/ou Alimentares

Tipo e aceitação da dieta atribuída no internamento

Em todos os processos clínicos, com a excepção de 1 doente em que não se obteve qualquer tipo de informação alimentar e/ou nutricional, foi possível perceber qual o tipo de dieta que esta população fez no internamento.

A maioria dos doentes (54,0%) foram internados com a atribuição de dieta mole, a 19,0% doentes foi-lhes servida dieta de consistência líquida e no caso de 26,0% a prescrição foi de dieta *geral*.

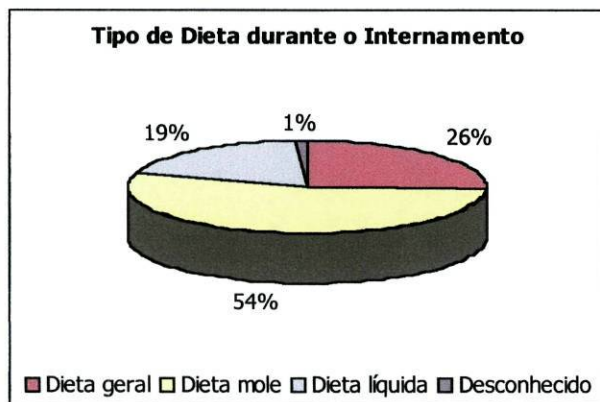


Gráfico n.º 13

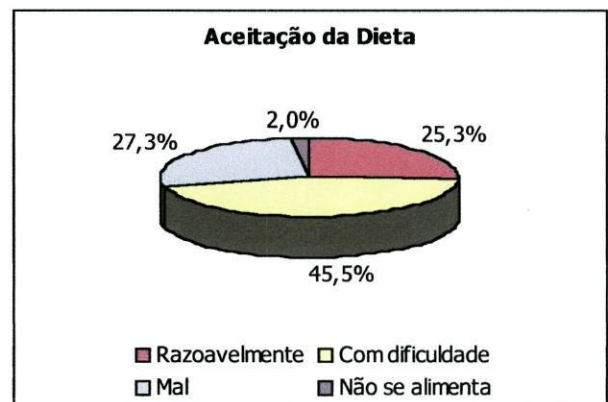


Gráfico n.º 14

A classificação encontrada para definir a aceitação da dieta (gráfico n.º 14), é uma classificação subjectiva mas, no entanto, parece ser uma designação comum uma vez que foi a adoptada nos registos clínicos.

A maioria dos doentes (72,7%) apresentavam problemas, alimentando-se «com dificuldade» ou «mal» e 2,0 % dos casos «não se alimenta».

Estavam registados como factores que impediam a ingestão alimentar sem limitações, os seguintes:

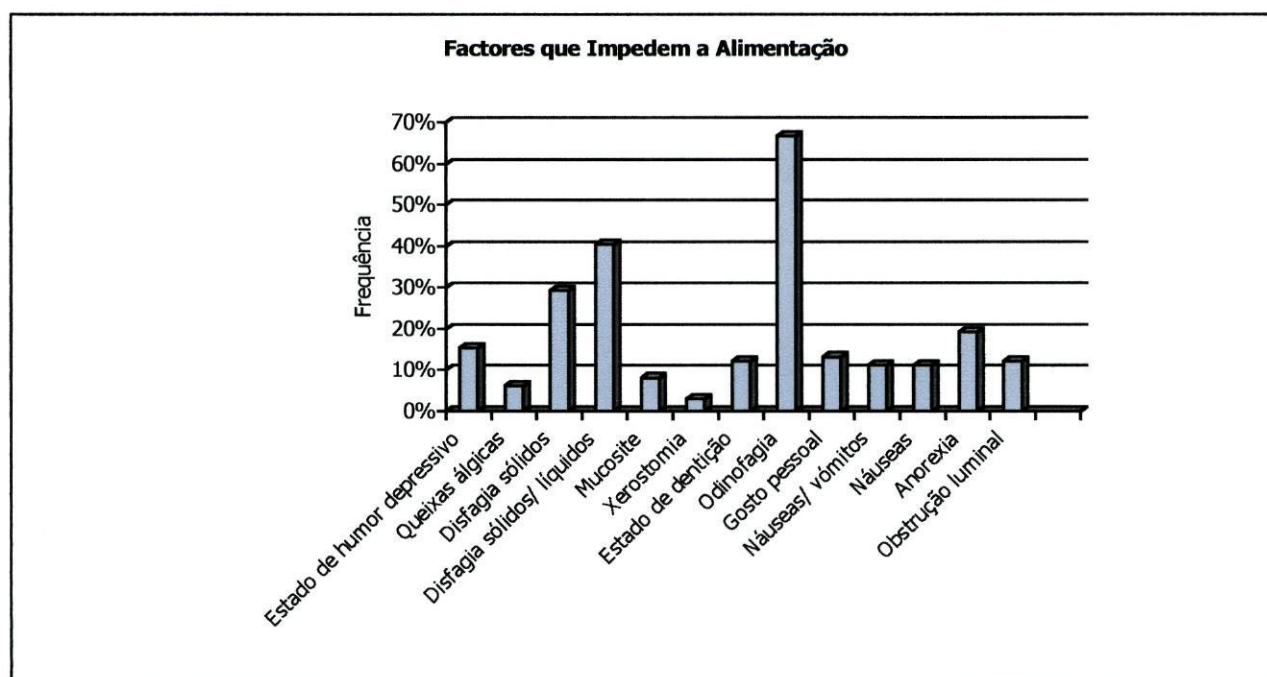


Gráfico n.º 15

Dos 99 doentes em cujos processos constavam informações alimentares e/ou nutricionais conclui-se que, durante o internamento, 66,6 % destes apresentaram queixas de odinofagia e 40,4 % tiveram dificuldade na deglutição, de sólidos e de líquidos, sendo estes os parâmetros mais frequentemente encontrados.

Verifica-se que o gosto pessoal, bem como as alterações do estado de humor foram referidos como influências na ingestão alimentar, respectivamente, em 15,2% e em 13,1% dos casos. A falta de apetite impedia uma alimentação sem problemas em 19,2% dos doentes.

Vias de Administração

Na altura do internamento, a maior parte destes indivíduos (98,0%) mantinha alimentação «per os» e apenas 2 doentes (2,0 %) apresentavam sonda nasogástrica.

No decorrer das hospitalizações, 7% dos doentes colocaram sonda nasogástrica de uma forma definitiva por agravamento da função da deglutição, e 3 doentes foram submetidos a jejunostomias de alimentação por comprometimento total da função oral.

De um total de 37 doentes cirúrgicos, 31 (83.7%) inseriram sonda nasogástrica durante o procedimento a que foram submetidos. O tempo de permanência com sonda nasogástrica, encontra-se distribuído num intervalo que tem como mínimo 1 dia e máximo 111 dias e com uma mediana de 12.0 dias.

A quantidade de dias, no pós-operatório, necessários para iniciar alimentação por via oral, é em média cerca de 11.5 ± 5.3 dias, com um mínimo de 4 dias e um máximo de 29 dias.

Intervenções Nutricionais

Quanto ao pedido de colaboração de nutricionista, este pedido de consulta encontrou-se registado nos processos de 6 doentes. As intervenções levadas a cabo por este profissional de saúde foram, 2 modificações alimentares e respectivos planos alimentares de alta clínica e ainda a 4 prescrições de nutrição entérica total e a sua monitorização. O tempo que os doentes permaneceram com estas prescrições distribuem-se entre um mínimo de 3 dias e um máximo de 85 dias, com uma mediana de 25.0 dias. Em toda a revisão não se encontrou mais evidências de prescrição de nutrição entérica total.

No decorrer da monitorização das intervenções, foi necessário suspender a nutrição entérica total em 2 doentes com jejunostomia de alimentação, por motivo de complicações do tubo digestivo (evisceração e sub-oclusão intestinal), recorrendo-se a nutrição parentérica total. É de referir que a nutrição parentérica foi prescrita por nutricionistas que acompanhavam estes doentes. Estas prescrições de nutrição parentérica foram também as únicas observadas e tiveram a duração respectiva de 5 e 19 dias.

Após a admissão hospitalar 8 doentes (8.1%) apresentavam suplementação alimentar. O tempo médio de suplementação encontrado foi de 15.3 ± 14.1 dias, com um intervalo de valores entre os 5 dias e os 45 dias. Todas as prescrições referem-se a suplementos nutricionais comerciais orais e foram prescritos durante ciclos de quimioterapia.

Estavam disponíveis, nos processos de internamento de 31 (31,3%) doentes, dados quanto à apreciação subjectiva do estado geral individual. Esta informação constava dos registos da avaliação inicial destes doentes, tendo sido encontradas as seguintes impressões clínicas: «bom estado geral» em 1 doente; «razoável estado geral» em 10 (32,3%) e «mau estado geral» em 20 (64,5%) doentes.

Dados Antropométricos

Peso e Estatura

Só foi possível encontrar dados relativos ao peso e à estatura em 40% doentes da revisão. Esta informação diz apenas respeito ao período pré-intervenção (seja esta cirúrgica ou médica), uma vez que não encontramos estes dados de monitorização e/ou de alta clínica nos processos de internamento.

Durante a recolha dos valores disponíveis do peso e da estatura, verificou-se que estes estavam compreendidos entre um valor mínimo de 38.0 Kg e um valor máximo de 103.0 Kg para o peso e para a estatura entre o valor mínimo de 151.0 cm e o valor máximo de 180.0 cm. O peso e a estatura média encontradas são respectivamente $55.1 \text{ Kg} \pm 14.4$ e $163.9 \pm 5.4 \text{ cm}$.

Tabela n.º 12

Valores Antropométricos	Peso (Kg)	Estatura (cm)
Total (n = 40)	55.1 ± 14.4	163.9 ± 5.4
Masculino (n = 39)	54.9 ± 14.6	164.1 ± 5.5
Feminino (n = 1)	65.7	158.0

Desvios Ponderais

Dos doentes com valores de peso disponíveis, 67,5% apresentavam desvios ponderais em relação ao peso de referência ou teórico inferiores a 85% (gráfico n.º 16).

Os desvios ponderais, em relação ao peso de referência ou teórico, encontrados têm como mediana 79.9 e como valores mínimo e máximo 60.9% e 145.0% respectivamente.

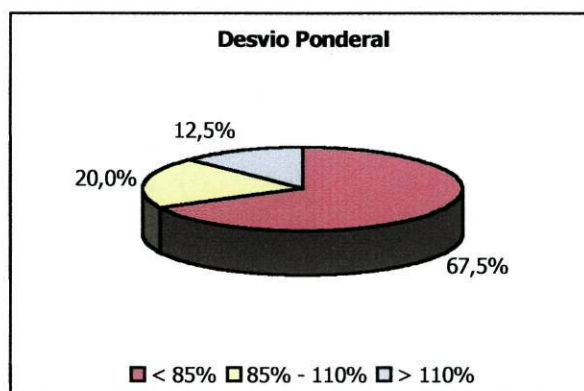


Gráfico n.º 16

Índice de Massa Corporal

Com os dados obtidos e para os doentes que deles dispunham, calculou-se também o índice de massa corporal (I.M.C.). Estes valores apresentavam uma mediana 19.1 e uma amplitude de valores desde os 14.7 Kg/m² até aos 35.0 Kg/m².

Tabela n.º 13

I.M.C (Kg/ m ²)	N = 40	%
13.0 até 15.9	6	15.0
16.0 até 16.9	3	7.5
17.0 até 18.4	9	22.5
18.5 até 24.9	15	37.5
25.0 até 29.9	4	10.0
30.0 até 39.9	3	7.5

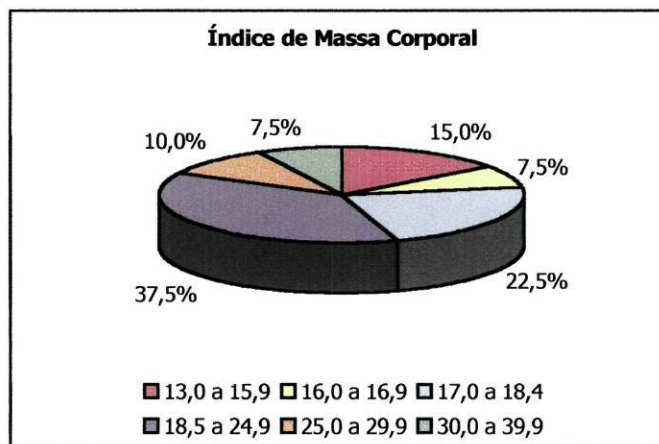


Gráfico n.º 17

Valores Analíticos

Durante a revisão dos processos clínicos procedeu-se também à recolha dos valores dos parâmetros analíticos mais utilizados para efeitos de avaliação nutricional.

Assim, registou-se para cada doente o valor de albumina sérica e das proteínas totais, referentes ao primeiro internamento de cada doente.

Em 57% dos doentes obteve-se os valores das proteínas totais, gráfico n.º 18.

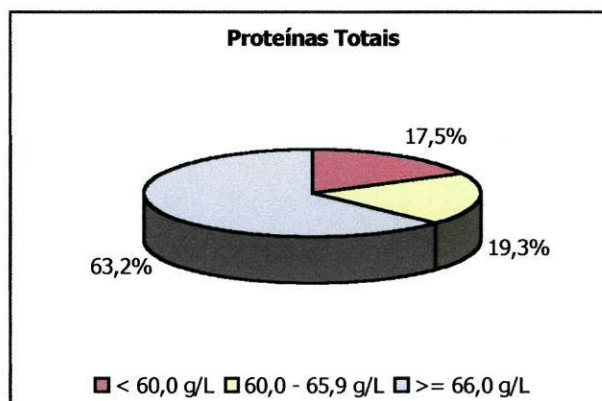


Gráfico n.º 18

Vinte e um doentes (36,8%) tinham indicação de valores inferiores a 66,0 g/L. Os restantes tinham um doseamento pertencente ao intervalo da normalidade (66,0 – 87,0 g/L)

Os valores de albumina apenas estavam disponíveis em 55% dos doentes, e encontrou-se um valor médio de 36.1 ± 7.7 g/L. Estes quando comparados com os valores de referência considerados para esta revisão, mostram que 22 doentes (45.5%) apresentam, nos seus processos de internamento, valores de albumina sérica inferiores a 35 g/L.

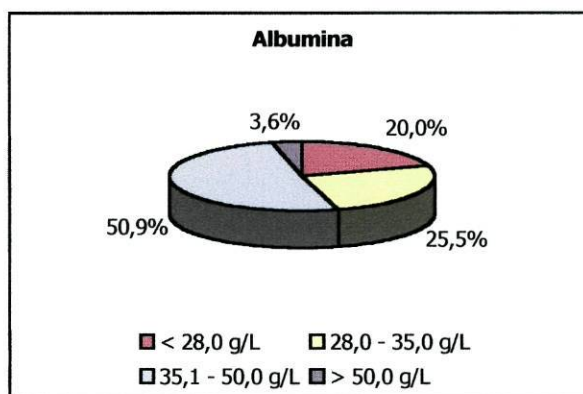


Gráfico n.º 19

No caso da contagem total de linfócitos, foram estes os valores calculados:

Tabela n.º 14

Contagem Total de Linfócitos	N =85	%
> 1200 n.º/mm ³	50	58,8
800 – 1200 n.º/mm ³	28	32,9
< 800 n.º/mm ³	7	8,3

Como se pode observar na distribuição da tabela n.º 14, 35 (41,2%) doentes têm valores inferiores ao limite considerado nesta revisão.

DISCUSSÃO

A população deste trabalho é constituída quase exclusivamente por indivíduos de sexo masculino. Este facto reflecte a epidemiologia das neoplasias estudadas.

A idade média dos doentes, desta revisão é, também, semelhante ao encontrado na literatura⁽²⁶⁾.

A distribuição pelas várias categorias profissionais revela uma predominância de ocupações profissionais semi-especializadas, de funções não especializadas e de reformados.

Estes doentes são submetidos a vários internamentos e destes 17% tinham como motivo de admissão problemas com alimentação ou hidroelectrolíticos.

O tempo de hospitalização é relativamente longo e em 93.9% dos casos encontrou-se uma duração superior a 7 dias. Existem estudos que sugerem que uma permanência em internamento mais de uma semana contribui para o aumento do risco de uma ingestão menos adequada às necessidades diárias^(6,34).

Estas observações indicam a necessidade de uma actuação específica durante a estadia hospitalar e realçam a importância do acompanhamento nutricional aos doentes com diagnósticos de neoplasias da cavidade oral, faringe e laringe^(23,24).

O tempo pós-tratamento parece ser um possível indicador da evolução clínica e da resposta à terapêutica⁽³⁴⁾. Neste trabalho apenas foi calculado o tempo pós-operatório. Isto deve-se ao facto de os dados relativos à radioterapia e à monitorização da resposta aos ciclos de quimioterapia constarem de processos próprios e independentes dos processos clínicos de internamento do Serviço de O.R.L.

Existe forte evidência que os principais factores de risco para este tipo de neoplasias são os consumos substanciais e frequentes de tabaco e bebidas alcoólicas⁽⁴¹⁾. Nesta revisão, constatou-se que, na maioria dos processos clínicos, é possível encontrar referências a estes consumos. No entanto, notou-se a ausência de uma quantificação destes hábitos, em particular para o consumo de álcool.

Ao examinar as queixas, mais frequentes, que originaram o recurso hospitalar perceberemos que algumas podem influenciar a ingestão alimentar, já que estas, se relacionam com alterações tanto da mastigação como da deglutição. Assim, a disfagia (56,0%) e a odinofagia (51,0%) são menções habituais nas notas de admissão e da história clínica. A dispneia, presente em 17% dos casos, pode também comprometer a alimentação oral, não só pela influência directa da dificuldade respiratória, mas também pela frequente utilização clínica de traqueotomias, como forma de resolução deste problema⁽⁴²⁾.

Nesta revisão observam-se tempos de demora média de recurso aos serviços médicos especializados de cerca 6 meses \pm 3 meses. Atendendo a uma história usual de *(ab)uso* crónico de álcool e de tabaco, só por si capazes de influenciar o estado geral^(24,25,43), associada à "carga" metabólica da doença⁽⁴⁴⁾ e à exposição prolongada a sintomas incapacitantes da ingestão alimentar^(23,24), facilmente se poderá propor uma explicação para que 29,0% dos doentes tenham citado emagrecimento, no decorrer da história natural da sua doença, e o mesmo tenha sido registado na avaliação médica inicial.

Sabendo que a precocidade da intervenção clínica e um estado geral conservado poderão influenciar os resultados clínicos⁽²⁶⁾, seria importante estabelecer estratégias de sensibilização que permitam uma diminuição geral da demora do recurso aos cuidados de saúde específicos da situação, permitindo intervenções mais atempadas.

O padrão de evolução deste tipo de carcinomas efectua-se através da invasão local dos tecidos adjacentes e pela disseminação regional linfática. A disseminação hemática, e consequentemente, sistémica não é comum, tratando-se, geralmente, de um fenómeno tardio⁽²⁶⁾. Os estadiamentos recolhidos nesta revisão demonstram também, este modo de actuar da história natural da doença, uma vez que só se encontrou evidência clínica de metástases à distância em 3 doentes.

O aparecimento de complicações, frequentemente, altera a evolução clínica dificultando, por vezes, a reintegração do doente, no seu ambiente sócio-familiar, no tempo que seria desejável⁽³⁴⁾.

Sabe-se também, que internamentos prolongados colocam os indivíduos em maior risco, principalmente aqueles que por qualquer motivo já se encontrem, na hospitalização, num estado mais debilitado^(4,14,17). Como tal, quando se prevê que os doentes vão estar impedidos da utilização plena da função oral, a longo prazo ou de forma permanente, é essencial planear o modo de administrar os nutrientes de modo a satisfazer as necessidades nutricionais individuais^(22,24,45,46).

Nos doentes com indicação para suporte nutricional e sem alterações funcionais do sistema digestivo, a via entérica deverá ser a preferida^(24,47,48).

Existem muitos métodos de administrar por via entérica os nutrientes e cada um deles tem vantagens e desvantagens⁽⁴⁸⁾. O mais simples é a sonda nasogástrica, mas não se encontra recomendada para situações a longo prazo. As jejunostomias de alimentação são uma solução, no caso de doentes com refluxo gastroesofágico e/ou com uma função gástrica comprometida, no entanto, a sua maior desvantagem é necessitarem, para que se consiga atingir o aporte adequado sem complicações, de uma infusão constante de formulas adaptadas aos condicionalismos do meio intestinal. Esta situação acarreta uma limitação severa da mobilidade e da independência do doente^(48,49).

A técnica, indicada na literatura como a mais adequada para assegurar uma resposta eficaz às muitas questões que levanta a planificação de uma intervenção nutricional em doentes com neoplasias da cabeça e do pescoço, é a gastrostomia percutanea endoscópica (habitualmente designada de *PEG*)^(23,24,49). Como mantém a capacidade reservatório do estômago permite o desenho de um plano de administração intermitente ou em bólus. Ao eliminar a necessidade da infusão continua dos nutrientes, facilita-se a independência do doente ao meio hospitalar⁽⁴⁹⁾. Neste trabalho, como solução permanente aos problemas alimentares apenas foi possível identificar a realização de jejunostomias de alimentação e a colocação de sondas nasogástricas.

Atendendo à sintomatologia mais frequente desta patologia^(24,26), a maioria dos doentes (73%) tinham nos seus processos registos de refeições com alteração da consistência e/ou textura dos alimentos. Este facto, como vem sendo descrito na literatura, levanta uma série de questões em relação à adequação deste tipo de refeições às necessidades de cada doente⁽¹²⁾. Além disso, são dietas que pelas suas características, necessitam de particular cuidado na apresentação e serviço aos doentes^(16,47).

Nesta revisão, verificou-se o uso das dietas culinárias institucionais de consistência líquida, em 19,0% dos doentes admitidos. Desta utilização é importante referir a natureza pouco específica das mesmas, com uma composição calórico-proteica e um volume variável, o que dificulta o controlo da ingestão alimentar dos doentes que as consomem^(16,50).

Do estudo dos factores que impedem uma alimentação sem limitações, é interessante observar que as alterações do estado de humor (nomeadamente a depressão) e o gosto pessoal influenciam o comportamento alimentar destes doentes, uma vez que se encontrou registos de referências aos mesmos nos diários clínicos de 15,1% e de 13,1% doentes respectivamente.

Quanto à utilização dos recursos do "arsenal" da nutrição clínica, foi possível verificar que apenas se encontram documentadas utilizações esporádicas, dos produtos comerciais disponíveis na Farmácia Hospitalar.

Em relação aos pedidos de colaboração aos especialistas em nutrição clínica, estes foram todos efectuados em períodos tardios tanto dos internamentos como da própria doença. Esta observação é concordante com outros estudos e parece ir de encontro à justificação avançada nessas publicações, de que a nutrição clínica especializada é, muitas vezes, vista como um último recurso terapêutico e por isso, utilizada em doentes que poderão já não ter indicação directa para o uso de métodos mais agressivos^(6,21,24,51). Nesta situação, encontra-se, igualmente, documentado o aumento do risco de complicações associadas ao uso da nutrição clínica artificial^(51,52).

O uso de suplementos orais parece ser uma forma eficaz de melhorar a densidade nutricional da ingestão diária de forma a atingir os objectivos para cada doente, mas estas recomendações são formuladas a partir de trabalhos em que os resultados são referentes a indivíduos com IMC <18,5 Kg/m² ou com desvios <85% do peso ideal teórico⁽⁵³⁻⁵⁵⁾. Independentemente desta sugestão, o recurso a este tipo de produtos comerciais não diminui a necessidade de um aconselhamento alimentar individual, para aumentar o consumo de alimentos mais adequados, existindo mesmo a indicação de manter o aconselhamento ao longo da suplementação oral^(24,28). Contudo, não podemos deixar de reconhecer a importância destes na prestação dos cuidados de saúde, principalmente aos doentes crónicos^(24,53-55).

Apenas foi possível observar registos de peso e de estatura em 40% dos doentes, e depois de calcular o desvio ponderal em relação ao peso de referência ou teórico percebemos, que 67,5% dos casos tinham desvios inferiores a 85% do peso de referência ou teórico. É também de realçar, a frequência de um I.M.C. menor a 18,5 Kg/m² em cerca de 82,5% dos doentes.

Quanto aos parâmetros laboratoriais encontrados durante a avaliação dos processos de internamento, estes, mostram que cerca de 45,5% e 36,8% dos doentes, no que diz respeito à albumina sérica e as proteínas totais, apresentavam valores inferiores aos considerados como limite. Quanto ao parâmetro imunológico avaliado, verificamos que 41,2 % dos doentes, com registo destes valores, tinham uma contagem total de linfócitos inferior a 1200 n.^o/mm³ ⁽²⁴⁾.

É essencial, na gestão dos cuidados prestados aos doentes crónicos, uma integração funcional das várias especialidades em equipas multidisciplinares, proporcionando uma melhoria dos cuidados prestados e permitindo que as intervenções sejam no sentido da qualidade de vida e/ou da reabilitação^(16,18,21,22,24,56,58).

CONCLUSÃO

Os carcinomas da cavidade oral, faringe e laringe envolvem estruturas do corpo humano que são estruturalmente complexas e cruciais para a sobrevivência. Estes doentes encontram-se muitas vezes desfigurados e as alterações mais comuns manifestam-se na mastigação, na deglutição e na fala. Como tal, estes necessitam de uma integração estreita dos cuidados médicos com a reabilitação. A taxa de sucesso terapêutico é influenciada pela idade, pelo estado geral do doente, pelo diagnóstico e pelo tratamento atempado⁽²⁶⁾.

A malnutrição associada à doença existe numa proporção elevada de indivíduos hospitalizados^(6,17,19,22,58), entre os quais se podem destacar os doentes com estas patologias^(23,25,59). Existe também a evidência que se estes, na altura da admissão, apresentarem alguma forma de malnutrição, estarão em maior risco de deteriorarem o seu estado nutricional, durante a estadia hospitalar^(14,45). Como tal, é necessário identificar estes doentes para que as intervenções nutricionais sejam iniciadas de forma precoce e com um carácter mais normalizado dentro das abordagens terapêuticas^(22,24,45,47,56). Para isso, é importante, a disponibilização de instrumentos de avaliação e sinalização dos doentes em risco, que facilmente se enquadrem na prática clínica de rotina^(24,57,59,60).

Os resultados deste trabalho são comparáveis com outros desta área, ao sugerirem que os objectivos preconizados para o apoio nutricional a doentes crónicos ainda não foram, na sua grande maioria, atingidos. As razões, que se podem indicar, para a prevalência desta situação, encontram-se relacionados principalmente com a falta de reconhecimento deste problema^(6,20,22,45). Estas incluem:

- Falta de normas e de linhas de orientação práticas internacionais e nacionais^(6,61);
- Falta de contemplação destes problemas na gestão hospitalar e de disponibilização dos recursos apropriados^(18,21);
- Tipo de organização dos serviços de nutrição e restauração institucional dos hospitais e/ou falhas na avaliação e continuidade das intervenções nutricionais e alimentares^(6,16,50);
- Reduzido número de especialistas em nutrição clínica no Sistema Nacional de Saúde^(21,56,62);
- Falta de reconhecimento da importância da nutrição pela equipa clínica e registos hospitalares limitados^(4,14,20,21,63).

Esta revisão ao observar abrangência da informação dos registos clínicos, no que diz respeito aos aspectos nutricionais e alimentares, verificou que é fundamental controlar a documentação clínica de forma a reduzir as discrepância e aumentar a consistência na forma como se processa a recolha e o registo das informações nutricionais e alimentares, caso contrário estes dados terão uma utilidade limitada na avaliação do estado nutricional destes doentes e no estudo da adequação dos cuidados prestados na área da alimentação e nutrição aos mesmos^(20,45,63-65).

Ainda existem temas onde é evidente a necessidade de mais investigação, destes seria importante uma análise de custos e de benefícios clínicos relevantes, de modo, a identificar quais os doentes que beneficiam de suporte nutricional e em que altura da sua doença este o é mais eficaz⁽⁶⁶⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Coats KG, Morgan SL, Bartolucci AA, Weinsier RL. Hospital-associated malnutrition: A reevaluation 12 years later (The skeleton in the hospital closet). *J Am Diet Assoc* 1993; 93: 27-33;
2. Bristian BR, Blackburn GL, Hallowell E, Heddle R. Protein status of general surgical patients. *JAMA* 1974; 230: 858-860;
3. Bristian BR, Blackburn GL, Vitale J, Cochran D, Naylor J. Prevalence of malnutrition in general medical patients. *JAMA* 1976; 235: 1567-1570;
4. Hill GL, Blackett RL, Pickford I *et al.* Malnutrition in surgical patients. *Lancet* 1977; I: 689-692;
5. Naber THJ, Schermer T, de Bree A *et al.* Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its associations with disease complications. *Am J Clin Nutr* 1997; 66: 1232-1239;
6. Green CJ. Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. *Clinical Nutrition* 1999; 18 (suppl 2): 3-28;
7. Pichard C, Jeejeebhoy KN- Nutritional management of clinical undernutrition. In: Garrow JS, James WPT. *Human Nutrition and Dietetics*. 9th edition. Churchill Livingstone 1993: 421-439;
8. Knox LS, Crosby LO, Feurer ID *et al.* Energy expenditure in malnourished cancer patients. *Ann Surg* 1983; 197: 152-162;
9. Elia M. Changing concepts of nutrient requirements in disease: implications for artificial nutritional support *Lancet* 1995; 345: 1279-1284;
10. Jeevanandam M, Horowitz SF, Lowry SF, Brennan MF. Cancer cachexia and protein metabolism. *Lancet* 1984: 1423-1427;
11. Heber D, Tchekmedyan NS. Cancer cachexia and anorexia. In: Heber D, Blackburn GL, Go VLW, eds. *Nutritional Oncology*. Academic Press, 1999: 537-546;
12. Brynes AE, Stratton RJ, Wright L, Frost GS. Energy intakes fail to meet requirements on texture modified diets. *Proc Nutr Soc* 1998; 57: 117 A. (abstract);
13. Zanuy MAV, Sanz ML, Celaya Pérez S. Nutricion y cáncer. In: Celaya Pérez S. *Nutricion Artificial*. Tomo II. Biblioteca Aula Medica. Libros Princeps: 357-368;
14. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994; 308: 945-948;
15. Stephen AD, Beigg CL, Elliot ET, Macdonald IA, Allison SP. Food provision, wastage and intake in medical, surgical and elderly hospitalized patients. *Clin Nutr* 1997; 16 (Suppl 2): 4;

16. Eastwood M. Hospital food [letter]. *N Engl J Med* 1997; 336: 1261;
17. Wise J. Patients go hungry in British hospitals. *BMJ* 1997; 314:399;
18. Tarbuck A. Patients go hungry in British hospitals. Department of Health should commission research on this problem [letter]. *BMJ* 1997; 314: 752;
19. Pennington CR, McWhirter JP. Patients go hungry in British hospitals. Malnutrition is common, unrecognized and treatable in hospital patients [letter]. *BMJ* 1997; 314: 752;
20. Garrow J. Starvation in hospital. Nutrition is given too little attention by doctors, nurses and managers [editorial]. *BMJ* 1994; 308: 934;
21. Payne-James J, Silk D. Clinical nutrition support. Better control and assessment are needed. *BMJ* 1990; 301: 1-2;
22. Royce C, Taylor M. Starvation in hospital. Identifying malnutrition benefits everybody [letter]. *BMJ* 1994; 308: 1370.
23. Brookes GB. Nutritional status in head and neck cancer: observations and implications. *Clin Otolaryngol* 1982; 8: 211-220;
24. Goodwin WJ, Byers PM. Nutritional management of the head and neck patient. *Med Clin North Am* 1993; 77 (3): 597- 609;
25. Kissin B, Kaley MM, Su WH, Lerner R. Head and neck cancer in alcoholics. *JAMA* 1973; 21 (224): 1174-1175;
26. Schantz SP, Harrison LB, Forastiere AA. Cancer Of The Head And Neck Cancer: In: Principles & Practice of Oncology. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA eds. Fifth Edition Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia; 1997: 735-847;
27. Aisner J, Hiponia D, Conley B *et al.* Combined modalities in the treatment of the head and neck cancer. *Semin Oncol* 1995; 22(3 Suppl 6): 28-34;
28. Hearne BE, Dunaj JM, Daly JM, Strong EW, Vikram B, LePorte B, DeCosse J. Enteral nutrition support in the head and neck cancer: Tube vs. Oral feeding during radiation therapy. *J Am Diet Ass* 1985; 85: 669-677;
29. Fortunato L, Ridge JA. Surgical palliation of head and neck cancer. *Curr Probl Cancer* 1995; 19 (3): 153-165;
30. Donaldson SS, Lenon RA. Alterations of nutritional status: impact of chemotherapy and radiation therapy. *Cancer* 1979; 43: 2036-2052
31. Lowitz B, Casciato D. Manual of clinical oncology. 3rd edition. Lippincott-Raven Publishers. 1995 (cd-rom);
32. UICC (International Union against Cancer), AJCCS (American Joint Committee for Cancer Staging);
33. Hussey DH, Latourette HB, Panje WR. Head and neck cancer: an analysis of the incidence, patterns of treatment, and survival at the University of Iowa. The University of Iowa College of Medicine, Iowa. 1990;
34. Buzby GP, Knox LS, Crosby LO, Einsenberg JM, Haakenson CM, McNeal GE, Page CP, Peterson OL, Reinhardt GF, Williford WO. Study protocol (Veterans affair): a randomized clinical trial of total parenteral nutrition in malnourished surgical patients. *Am J Clin Nutr* 1988; 47: 366-381;

35. Whitney EN, Cataldo CB, Rolfes SR. The nutrition care process: Assessing Anthropometric and Biochemical Data. In: Whitney EN eds. *Understanding Normal and Clinical Nutrition*. Fifth edition. West/Wadsworth, 1998: 543-560;
36. Heymsfield SB, Baumgartner RN, Pan SF. Nutrition Assessment of Malnutrition by Anthropometric Methods. In: Shils ME, Olson JA, ShiKe M, Ross AC, eds. *Modern Nutrition in Health and Disease*. 9th edition. Williams & Wilkins, 1998: 903-921;
37. Metropolitan Life Insurance Co. Height and Weight Tables, Stst Bull Metropol. Nsur. Company, 1984; 64:2-9;
38. Denke M, Wilson J. Protein and energy malnutrition. In: *Harrison's Internal Medicine*. 14th edition. McGraw Hill, 1998 (cd-rom);
39. Margetts BM, Nelson M. Design concepts in nutrition epidemiology. 2nd edition. Oxford University Press, 1997: 3-63;
40. Hennekens CH, Buring JE. *Epidemiology in Medicine*. Little Brown and Company, 1993: 101-131;
41. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. *Food Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective*. 1997: 94-117;
42. Bassett MR, Dobie RA: Patterns of nutritional deficiency in head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck* 1983; 91: 119- 125;
43. Whitney EN, Cataldo CB, Rolfes SR. The nutrition care process: Assessing Historical and Physical data. In: Whitney EN eds. *Understanding Normal and Clinical Nutrition*. Fifth edition. West/Wadsworth, 1998: 519-542;
44. Tayek JA. Nutritional and Biochemical Aspects of the Cancer Patient. In: Heber D, Blackburn GL, Go VLG, eds. *Nutritional Oncology*. Academic Press. 1992: 519-536;
45. George L. Starvation in hospital. Screen patients on admission [letter]. *BMJ* 1994; 308: 1369;
46. Dempsey DT, Mullen JL, Buzby GP. The link between nutritional status and clinical outcome: can nutritional intervention modify it? *Am J Clin Nutr* 1988; 47: 352-356;
47. Whitney EN, Cataldo CB, Rolfes SR. The nutrition care process: Developing a Nutrition Care Plan. In: Whitney EN eds. *Understanding Normal and Clinical Nutrition*. Fifth edition. West/Wadsworth, 1998: 561-583;
48. Enterría PG. Nutricion enteral. In: Celaya Pérez S. *Nutricion Artificial*. Tomo II. Biblioteca Aula Medica. Libros Princeps: 123-138;
49. Rodríguez JJA, Palma JP. Técnicas invasivas de acceso al tubo digestivo: cirugía. Técnicas percutáneas. In: Celaya Pérez S. *Nutricion Artificial*. Tomo II. Biblioteca Aula Medica. Libros Princeps: 153-160;
50. Ramos HR, Luna PPG. Planteamiento del código de dietas en un hospital. In: Celaya Pérez S. *Nutricion Artificial*. Tomo II. Biblioteca Aula Medica. Libros Princeps: 357-368;
51. Allison SP. The uses and limitations of nutritional support. *Clin Nutr* 1992; 11: 319-330;
52. Gallagher-Allred CR, Voss AC, Finn SC, McCamish M A. Malnutrition and clinical outcomes: the case for medical nutrition therapy. *J Am Diet Assoc* 1996; 96: 361-369;

53. Potter J, Langhorne P, Roberts M. Routine protein energy supplementation in adults: systematic review. *BMJ* 1998; 317: 495-501;
54. Flynn MB, Leighty FF. Preoperative outpatient nutritional support of patients with squamous cancer of the upper aerodigestive tract. *Am J Surg* 1987; 154: 359-362;
55. Crossland SG, Higgins GC. Nutritional Supplement in head and neck radiation therapy. *JPEN* 1977; 1: 27 A;
56. Lock M, Vald V. Starvation in hospital. Refer early to a dietitian [letter]. *BMJ* 1994; 308: 1669-1370;
57. Ottery FD. Supportive nutrition to prevent cachexia and improve quality of life. *Semin Oncol* 1995; 22: 98-110;
58. Edington J, Kon P, Martyn CN. Prevalence of malnutrition in patients of internal medicine. *Clin Nutr* 1996;15: 60-63;
59. van Bokhorst MAE, van Leeuwen PAM, Sauerwein HP, Kuik DJ, Snow GB, Quak JJ. Assessment of malnutrition parameters in head and neck cancer and their relation to postoperative complications. *Head Neck* 1997; 19: 419-425;
60. Baker JP, Detsky AS, Wesson DE *et al.* Nutritional assessment a comparison of clinical judgment and objective measurements. *N Eng J Med* 1982; 306: 969-972;
61. Farthing MJG. Malnutrition in wards of world. *Nutrition* 1994; 10: 424-425;
62. Avenell A. Starvation in hospital. Ethically indefensible and expensive [letter]. *BMJ* 1994: 308: 1369;
63. Moran BJ, Jackson AA. Nutrition education. The attitude and involvement of clinicians in nutritional support. *Clin Nutr* 1995; 14: 191-192;
64. Bruun LI, Bosaeus I, Bergstad I, Nygaard K. Prevalence of malnutrition in surgical patients: evaluation of nutritional support and documentation. *Clin Nutr* 1999; 18: 141-147;
65. Lewis JS. Assessing physician variability in parenteral nutrition orders given a set of patient parameters as a mean of determining educational needs. *Hosp Pharm* 1993; 28(6): 525-529;
66. Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy K *et al.* Nutrition support in clinical practice: review of published data and recommendations for future research directions. *JPEN* 1997; 21: 113-156.

Anexo

DADOS RETIRADOS DO PROCESSO

Nº do Processo do Internamento _____
Data Int. ____/____/____ Data Alta ____/____/____

NOME _____

SEXO
F M

MORADA
Rua _____
Freguesia _____ Código Postal _____

TELEFONE ____/____/____ PROFISSÃO _____

NATURALIDADE _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ IDADE ____ Anos

Data de inicio da recolha de dados ____/____/____ N.º _____

Obs. _____

Data de termino da recolha de dados ____/____/____

Assinatura _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

SINTOMAS E SINAIS INICIAIS

(riscar o que não se aplica)

1. dor localizada na boca (ou dentes), garganta ou ouvido
2. odinofagia
3. disfagia (líquidos, sólidos ou ambos)
4. disfonia
5. estridor e/ou dispneia
6. leucoplasia
7. aumento unilateral da amígdala (adulto)
8. ulcera da mucosa (com/sem massa associada)
9. existência de uma massa (com/sem dor) _____
10. outros _____

Tempo até recorrer ao médico _____ dias/semanas/meses/anos

ANTECEDENTES CLÍNICOS

1. não relevantes
2. outras neoplasias _____
3. HTA
4. alterações cardiovasculares _____
5. DMNID/DMID
6. dislipidemia _____
7. TP
8. DPOC
9. outras alterações respiratórias _____
10. anemia _____
11. alterações da coagulação
12. outras alterações hematológicas _____
13. disfunção hepática _____
14. dispepsia _____
15. outras alterações gastrointestinais _____
16. patologia dentária
17. _____
18. _____
19. _____

HÁBITOS

TABÁGICOS Sim Não Desconhecido

Desde _____ anos Até _____ anos

N.º cigarros _____ /dia

Obs. _____

ETILICOS Sim Não Desconhecido

História de abuso de álcool Sim Não

Desde _____ anos Até _____ anos

Quanto _____ /dia O quê _____

Obs. _____

TOXICODEPENDÊNCIAS Sim Não Desconhecido

Obs. _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Neoplasias Sim Não Desconhecido

Obs. _____

DIAGNÓSTICO

Descrição anatomo-patológica e localização _____ / _____ / _____

ESTADIAMENTO

T _____ N _____ M _____ _____ / _____ / _____

resultado após estadiamento clínico

T _____ N _____ M _____

resultado após avaliação da peça cirúrgica

pT _____ N _____ M _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA

ESTUDO PRÉ-OPERATÓRIO

ESTUDO DA COAGULAÇÃO

____/____/____

Alterações Sim Não Desconhecido
Medidas correctivas _____

PROVAS DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

____/____/____

Ventilação voluntária máxima _____ (150-200l/min)
Alterações Sim Não Desconhecido
Obs. _____

Peso Actual _____ Kg Estatura _____ m

E.C.G

____/____/____

Alterações Sim Não Desconhecido
Obs. _____

CINTILIGRAMA ÓSSEO

____/____/____

Imagem evidenciando metástese óssea
Sim Não Desconhecido

Obs. _____

TRATAMENTOS ANTERIORES

RADIOTERAPIA

____/____/____

Duração _____ dias/semanas

N.º de sessões _____ Dose total _____

Tolerância Boa Má Abandono

Obs. _____

QUIMIOTERAPIA

____/____/____

Duração _____ dias N.º ciclos _____

Esquema prescrito _____

Tolerância Boa Má Abandono

Obs. _____

Peso Actual _____ Kg

Estatura _____ m

CIRURGIA

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO _____/_____/_____
Descrição _____

Tipo Total Parcial
Dissecção Cervical Sim Não
Funcional Radical modificada
Radical Unilateral/Bilateral

Risco Op. **ASA** I II III IV _____
Duração da Anestesia _____ h Peso _____ Kg

TRATAMENTOS POSTERIORES

RADIOTERAPIA _____/_____/_____

Duração _____ dias/semanas
Nº de sessões _____ Dose total _____
Tolerância Boa Má Abandono
Obs. _____

QUIMIOTERAPIA _____/_____/_____

Duração _____ dias Nº ciclos _____
Esquema prescrito _____

Tolerância Boa Má Abandono
Obs. _____

Peso Actual _____ Kg Estatura _____ m

DEFINIÇÃO DAS COMPLICAÇÕES ESPECIFICAS DA CIRURGIA E/OU RELACIONADAS COM A DOENÇA

INFECCÕES

INFECCÕES DA FERIDA

- eritema, edema, dor, ferida não aberta
- igual ao Grau I mas a ferida é aberta, espontaneamente ou pelo cirurgião, ferida sem exsudado purulento
- exsudado purulento visível na ferida
- flegmão, necessita de desbridamento cirúrgico

Grau I ___/___/___

Grau II ___/___/___

Grau III ___/___/___

Grau IV ___/___/___

ABCESSO

- necessita de drenagem espontânea ou cirúrgica

___/___/___

INFEÇÃO URINÁRIA

- com confirmação bacteriológica de > 100 000 organismos/mL de urina

___/___/___

SEPSIS, SEPTICÉMIA E BACTERIÉMIA

- com sinais clínicos de bacteriemia (febre \geq 38,5 ou tremulo de frio) e pelo menos uma cultura de sangue positiva

___/___/___

CHOQUE SÉPTICO

- como na bacteriemia mas associado a hipotensão arterial e/ou hipoperfusão sendo necessário agentes de manutenção hemodinamica

___/___/___

TÉCNICAS

DEISCÊNCIA DA FERIDA

- necessita de encerramento cirúrgico

___/___/___

FISTULA ANASTOMOTICA

- necessita de cirurgia ou de estudo de contraste

Faringo-cutanea Esófago-cutanea Traqueo-esofágica

___/___/___

HEMORRAGIA PÓS-OPERATÓRIA

- necessita de transfusão de 6 ou mais unidades de sangue nas 48h pós-op.

___/___/___

ULCERA DE DECUBITO

- perda de pele de diâmetro > 2 cm

___/___/___

FUNÇÃO RENAL

OLIGÚRIA

- output urinário <300mL/24h sem elevação do valor da creatinina ou creatinina < 2.0 mg/dL

____/____/____

INSUFICÊNCIA RENAL

- elevação dos valores de creatinina > 2.0 mg/dL

____/____/____

FALÊNCIA RENAL

- elevação dos valores de creatinina > 5.0 mg/dL, ou início de diálise

____/____/____

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

ATELECTASIA LOBULAR

- confirmação radiológica do colapso lobular

____/____/____

INFECÇÃO PULMONAR

- pneumonia abscesso pulmonar empiema (Rx/cultura) ____/____/____

EMBOLIA PULMONAR

- com confirmação de angiografia

____/____/____

CARDIO-VASCULAR

TROMBOSE VENOSA

- com documentação radiográfica ou evidência clínica com recurso a anticoagulantes

____/____/____

PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA

- necessitando suporte ventilatório mecânico e massagem cardíaca

____/____/____

HEPATOBILIAR

DISFUNÇÃO HEPÁTICA

- aumento na bilirrubina total sérica > 2.0 mg/dL

____/____/____

ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

- igual ao anterior mas com sonolência, confusão ou coma

____/____/____

GASTROINTESTINAL

HEMORRAGIA E/OU ULCERA DE STRESS

- necessitando de 2 ou mais unidades de sangue (24h) e endoscopia

____/____/____

PERFURAÇÃO, OBSTRUÇÃO OU ISQUEMIA

____/____/____

PANCREATITE (>DA AMILASE SÉRICA E SINAIS CLÍNICOS)

____/____/____

DADOS DOS TRATAMENTOS (DOENTES NÃO CIRURGICOS)

RADIOTERAPIA _____/_____/_____

Duração _____ dias/semanas

Nº de sessões _____ Dose total _____

Tolerância Boa Má Abandono

Obs. _____

QUIMIOTERAPIA

Duração _____ dias _____/_____/_____

Esquema prescrito _____

Tolerância Boa Má Abandono

Obs. _____

Peso Actual _____ Kg Estatura _____ m

Duração _____ dias _____/_____/_____

Esquema prescrito _____

Tolerância Boa Má Abandono

Obs. _____

Peso Actual _____ Kg Estatura _____ m

Duração _____ dias _____/_____/_____

Esquema prescrito _____

Tolerância Boa Má Abandono

Obs. _____

Peso Actual _____ Kg Estatura _____ m

NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO

Informação sobre o Registo do Tipo de Dieta

Dieta Geral Dieta Mole Dieta Líquida Desconhecido
Com Reforço Sem Reforço

Alimenta-se da Dieta Prescrita (diário de enfermagem)

Bem Razoavelmente Com Dificuldade Mal Não se Alimenta

O que Impede a Alimentação

Estado de Humor _____
Queixas Álgicas _____
Disfagia Sólidos
Disfagia Líquidos
Disfagia Ambos
Mucosite
Xerostomia
Estado de Dentição
Obstrução Luminal
Gosto
Odinofagia

Via de Administração

Oral Sonda nasogástrica Sonda nasoentérica
Gastrostomia cirúrgica PEG Jejunostomia
Parentérica - periférica central

Nutrição Artificial

Nutrição Entérica suplementos Nutrição Entérica total Nutrição Parentérica

Tolerância Boa Má Abandono _____

Data									
Evolução									

CÁLCULOS A PARTIR DOS VALORES DE DISPONÍVEIS

PESO IDEAL, TEÓRICO OU DE REFÊRENCIA _____ Kg

Média aritmética das formulas de:

Butheau **$0,8 [(E - 100) + I/2]$**

Metropolitan Life Insurance **$50 + 0,75 (E - 150)$**

Obs.

E- Estatura (cm)

I- Idade (anos), constante a partir de 45 anos

Resultados arredondados as 100 g

DESVIO PONDERAL EM RELAÇÃO AO PESO IDEAL, TEÓRICO
OU DE REFÊRENCIA _____ %

% desvio ponderal = **$(PA/PI) 100$**

Obs.

PA- Peso actual (Kg)

PI- Peso ideal (Kg)

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL _____ (Kg/m²)

I.M.C. = **PA / E^2**

Obs.

PA- Peso actual (Kg)

E- Estatura (m)

CONTAGEM TOTAL DE LINFÓCITOS _____ (n^o/mm³)

C.T.L. (n.^o/mm³) = **$(\% \text{ linfócitos} \times n.^{\circ} \text{ de leucócitos}) / 100$**

INTERNAMENTOS

NÚMERO DE INTERNAMENTOS

MOTIVO DO INTERNAMENTO

- estadiamento
- estadiamento e intervenção cirúrgica
- intervenção cirúrgica
- estadiamento e tratamento médico/ oncológico
- tratamento médico/ oncológico
- problemas alimentares, endócrinos e hidroelectrolíticos
- quadros agudos
- _____
- _____
- _____
- outros _____

Problemas com alimentação, endócrinos e hidroelectrolíticos

Problemas:

1. disfagia total
2. desidratação
3. anorexia
4. _____
5. _____

Resolução:

1. SNG
2. Gastrostomia
3. Jejunostomia
4. Nutrição Parentérica
5. Fluidoterapia
6. _____
7. _____

DIAS DE INTERNAMENTO

Dias de internamento totais _____

Dias de internamento pós intervenção
(médica ou cirúrgica) _____