**RELATO DE CASO DE CONDUTA DIETOTERÁPICA PARA PACIENTE COM HEPATOPATIA CRÔNICA**

Talita Iraci Lins Rabelo da Costa (1); Pamela Rodrigues Martins Lins (2); Maria da Conceição Rodrigues Gonçalves(3)

Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Nutrição/MONITORIA

**RESUMO**

Trata-se de um estudo de caso de um paciente que estava internado no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Foram coletados os dados através do prontuário na enfermaria da clínica médica. O paciente se encontra com os seguintes diagnósticos: Hepatopatia Crônica Alcoólica, Ascite e Trombose de veia porta. Após a avaliação nutricional os valores antropométricos aferidos apontaram reservas protéicas comprometidas segundo os valores da circunferência do braço. Quanto à semiologia nutricional foram observados sinas físicos de desnutrição, levando a conclusão de Desnutrição Proteico-Calórica, bastante prevalente em pacientes com hepatopatias crônicas. Este trabalho tem como objetivo o relato de um caso clínico, para identificar as deficiências nutricionais na hepatopatia crônica alcoólica, tendo como proposta, de acordo com a coleta dos dados, uma conduta dietoterápica correta, de forma individualizada a fim de suprir as necessidades nutricionais e clinicas. Com isso mostrando o papel essencial do Nutricionista no ambiente hospitalar e capacitação de novos profissionais através de professores e monitores para tamanha responsabilidade.

**PALAVRAS-CHAVE**: Estudo de Caso, Dietoterapia, Hepatopatia Crônica Alcoólica, Trombose da veia porta

1. Monitor voluntário
2. Orientador
3. Coordenador

**INTRODUÇÃO**

A doença hepática crônica resulta em grande impacto nutricional, independente de sua etiologia (SARIM et al., 1997), pelo fato do fígado responsabilizar-se por inúmeras vias bioquímicas na produção, modificação e utilização de nutrientes e de outras substâncias metabolicamente importantes (NOMPLEGGI e BONKOVSKY, 1994). A presença do álcool constitui por si só um agravante, por promover desvios de vias metabólicas aumentando o consumo energético, a produção de H+ e das formas ativas do oxigênio (DICHI et al., 1993).

A desnutrição energético-protéica (DEP) é comum em indivíduos com dano hepático avançado (Ritter L, et al. 2006). A deterioração nutricional associa-se a elevada morbimortalidade devido a maior incidência de infecções e má cicatrização de feridas, entre outras complicações (HIRSCH S; 2006). Considera-se que a DEP induz a degradação mais rápida da função hepática, resultando na formação de um ciclo vicioso, onde a desnutrição agrava a doença e essa agrava o estado nutricional (MCCULLOUGH AJ, et al.2006) Vários fatores podem contribuir para a instalação da DEP nesses indivíduos, dentre eles, gasto energético de repouso aumentado, infecções, complicações digestivas e absortivas, jejum prolongado e ingestão alimentar insuficiente (MAIO R, et al. 2000).

A hepatopatia cronica alcoólica tem uma ampla gama de apresentação clínica, a partir de um estado assintomático, até que um quadro clínico de falha do fígado (BIRD G and WILLIAMS R.; 1990). A Ingestão contínua de álcool causa danos ao fígado de forma progressiva: esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose. A esteatose hepática é a patologia mais comum, geralmente sem manifestações clínicas. A hepatite alcoólica ocorre em 10-20% dos pacientes com esteatose, que continuam a beber.

A trombose de veia porta se caracteriza por uma obstrução venosa portal causado por um coágulo sanguíneo. As etiologias da formação do coágulo podem ser divididas em quatro grupos: Lesão direta na veia porta, malformação congênita do sistema vascular com acometimento do sistema porta, fatores indiretos que influenciem na formação do trombo de veia porta e causas idiopáticas (SCHETTINO. et al, 2006).

**DESCRIÇÃO METODOLÓGICA**

A coleta de dados foi feita do prontuário do paciente localizado na enfermaria da clinica médica B do Hospital Universitário Lauro Wanderley na Universidade Federal da Paraíba. Foram aferidos o peso, altura, a circunferência do braço e a circunferência abdominal. Foi realizada uma revisão da literatura através de consulta de artigos científicos a fim de investigar sobre a doença e sua evolução.

Foram feitas visitas ao leito na enfermaria com o intuito de facilitar a compreensão do quadro clinico e fazer o acompanhamento mais próximo da realidade, buscando informações sobre hábitos alimentares, estilo de vida, adesão da dieta oferecida, sintomas, entre várias opções. Logo após a coleta de dados do prontuário e a visita ao paciente, foi feita uma proposta de conduta dietoterápica para determinada situação nutricional e clínica.

**RESULTADOS**

A.S, do sexo masculino, 47 anos, casado, peso atual de 48 kg, 1,65m de altura. Foi internado no Hospital Universitário Lauro Wanderley com um quadro de febre, grande perda de peso, prurido, dor ao respirar e tosse seca. De acordo com o histórico do paciente, o mesmo refere um aumento do volume abdominal que teve inicio há 3 meses atrás associado a hiporexia devido empachamento. Relata também episódios de febre juntamente com diarréia aquosa. Histórico de hematêmese há 2 anos com icterícia e surgimento de prurido leve. O quadro clínico do paciente está estável e quando questionado o que sente não fala muito e só se refere que está bem.

De acordo com a avaliação nutricional realizada os valores antropométricos encontrados foram os seguintes: Peso atual: 48 kg, Altura: 1,65m, IMC: 53,2/2,72 = 21,3 kg/m² 🡪Eutrófico Circunferência do braço = 23 cm Adequação da CB (%) = 23/29, 7 x 100 = 77,4% 🡪 Desnutrição moderada Circunferência da cintura = 86cm🡪 Não possui riscos de complicações metabólicas associadas à obesidade. De acordo com o IMC o paciente se encontra eutrófico, com reservas protéicas comprometidas segundo os valores da circunferência do braço, não apresentando risco para doenças metabólicas associadas á obesidade. Quanto à semiologia nutricional foram observados alguns sinas físicos de desnutrição como o aspecto emagrecido, atrofias das musculaturas temporais e de pinçamento do polegar e perda da bola gordurosa de Bichart, além da ascite e icterícia. Conclui-se que o paciente se encontra com Desnutrição Proteico-Calórica.

O Paciente fazia uso dos seguintes medicamentos: Furosemida 40 mg , Dipirona 500mg, Espironolactona 100mg, Plasil 10 mg e Polaramine 2mg.

Os exames laboratoriais mostraram que o paciente está com os valores de Colesterol total, Triglicerídeos, LDL e VLDL em níveis muito abaixo. A glicemia de jejum de 69mg/dl encontra-se em valores normais. O hemograma se encontra dentro dos padrões normais exceto os Leucócitos e a Hemoglobina.

Em relação ao HDL mostrou-se um valor muito abaixo do normal sendo de 20 mg/dl. Para aumentar o colesterol bom (HDL) recomenda-se uma dieta pobre em açúcares e gorduras trans e insaturadas e o aumento do consumo de alimentos fonte de gordura vegetal, como as encontradas no óleo de coco, abacate e nozes e o consumo de alimentos fonte de ômega 3, 6 e 9, como os peixes salmão, atum e sardinha. A hemoglobina se encontra abaixo dos valores normais sendo de 8,73 g/dl ocasionando um quadro de anemia. Nesse caso é recomendada a ingestão de alimentos fontes de ferro. Os Leucócitos estão em valores muito altos, 14500 mm3 podendo caracterizar uma infecção bacteriana, trauma entre outras suspeitas.

A conduta dietoterápica prescrita foi normocalórica, por ser uma doença de elevado catabolismo; Normoglicidica, enfatizando o uso de fibras para melhorar o trânsito intestinal encontradas nos alimentos como mamão, pão integral e entre outros;

Normoproteica com seleção, devido à hepatopatia, pois atualmente a restrição protéica não é indicada nesses casos, levando em consideração os possíveis benefícios do uso de proteínas de origem vegetal e os aminoácidos de cadeia ramificada; Normolipidica com seleção que visa evitar o desconforto abdominal e o retardo no esvaziamento gástrico.

Por apresentar um quadro de ascite, recomenda-se dieta hipossódica restringindo sua quantidade a 2 gramas/dia. Devido à ocorrência de diarréia, se faz necessário uma dieta constipante e rica em fibras solúveis. A restrição total de bebidas alcoólicas é essencial para o tratamento do paciente.

As necessidades energéticas foram calculadas pela regra de bolso no qual tem como base o IMC que foi utilizado o valor fixo segundo recomendação de 35 kcal/kg de peso/dia, foi utilizado para o calculo o peso teórico mínimo de 54,67 kg, sendo GET: 35 kcal x 54,67 kg = 1913,45 kcal. A conduta dietoterápica foi montada considerando o valor energético total calculado de 1913,45 kcal, mais com um aumento sendo totalizado no valor de **1969,99** kcal.

Foi utilizado o peso teórico mínimo para o calculo da dieta para recuperação do estado nutricional já que mesmo estando no limite de eutrofia segundo o índice de massa corporal, apresenta-se com desnutrição moderada no conteúdo de massa muscular corporal de acordo com a avaliação nutricional, concluindo uma desnutrição protéico-calorica.

Quanto à distribuição dos macronutrientes à dieta proposta foi normoprotéica (Proteínas -1,3 g/kg de peso – 14,5 % do VET), normolipídica (Lipídeos – 25,5% do VET), e normoglicídica (Carboidratos – 60 % do VET), ambas com seleção. A administração da dieta foi por via oral, com consistência normal e fracionamento de 6 vezes ao dia, de 3 em 3 horas.

Diante disso, foi proposta uma conduta dietoterápica para o paciente com base nas necessidades nutricionais e na disponibilidade dos alimentos do HU.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REFEIÇÃO |  | MEDIDAS CASEIRAS |
| DESJEJUM | * Melão * Papa de aveia   .Leite desnatado  .Aveia  .Açúcar | 1 fatia  1 copo  4 c. sopa  1 c. sopa |
| LANCHE  (MANHÃ) | * Leite enriquecido com fruta   .Leite  .Maçã sem casca  .Torrada | 1/2 copo  1 unidade  1 fatia |
| ALMOÇO | * Salada cozida   (Chuchu,beterraba e cenoura)  .Azeite   * Arroz cozido * Feijão verde * Peixe cozido | 1 xícara  1 colher de chá  4 c. cheias  1 concha pequena  1 e 1/5 porção |
| LANCHE  (TARDE) | * Suco de goiaba   .Goiaba  . Açúcar   * Biscoitos | ½ copo  1 unid. grande  1 colher de sopa  2 unidades |
| JANTAR | * Sopa de Legumes e Carne   .Legumes cozidos  .Carne magra cozida   * Cuscuz com ovo   .Cuscuz  .Ovo cozido   * Pão integral | 1/2 xícara  1 fatia fina  1 fatia pequena  1/2 unidade    3 fatias |
| COLAÇÃO | * Suco de Caju | ½ copo médio |

**CONCLUSÃO**

Pelo o que foi visto no trabalho, é de extrema importância uma conduta dietoterápica adequada e individualizada de forma a garantir promoção, manutenção e recuperação da saúde, além da recuperação do estado nutricional. No caso das hepatopatias crônicas se torna essencial a mudança de alimentação e estilo de vida para recuperação da saúde e redução da mortalidade. Com isso conclui-se a tamanha importância do profissional Nutricionista no ambiente hospitalar e da responsabilidade dos professores e monitores na capacitação de novos profissionais na área da Dietoterapia para assumir tamanha responsabilidade como profissionais de saúde.

**REFÊRENCIAS**

BIRD G and WILLIAMS R. Treatment of advanced alcoholic l¡ver disease. Alcohol & Alcohol 1990; 25: 197-206.

Dichi JB, Dichi I, Di Lello A, Papini SJ, Machado WM, Burini RC. Conseqüências nutricionais da dietoterapia restrita em sódio (50 mEq) em pacientes cirróticos com ascite. Rev Bras Nutr Clin 1993; 8:11

Hirsch S. Aspecto nutricional en el manejo del paciente cirrótico. Gastr Latinoam, 17:194-196 ; 2006

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, Nutrição & Dietoterapia,** 11ª ed. São Paulo: Editora Roca, 2005.

Maio R, Dichi JB, Burini RC. Consequências nutricionais das alterações metabólicas dos macronutrientes na doença hepática crônica. Arq Gastroenterol 2000;37:52-57.

McCullough AJ. Pathophysiology of nonalcoholic steatohepatitis. J Clin Gastroenterol 40:17-2; 2006

Nompleggi DJ, Bonkovsky HL. Nutritional supplementation in chronic liver disease: an analytical review. Hepatology 1994; 19:518-33

Ritter L, Gazzola J. Avaliação nutricional no paciente cirrótico: uma abordagem objetiva, subjetiva ou multicompartimental? Arq Gastroenterol 2006;43:66-70

Sarin SK, Dhingra N, Bansal A, Malhotra S, Guptan RC. Dietary and nutritional abnormalities in alcoholic liver disease: a comparison with chronic alcoholics without liver disease. Am J Gastroenterol 1997; 92:777-83

SCHETTINO, Graziela C. M. et al. Trombose de veia porta em crianças e adolescentes.J. Pediatra. (Rio J.), Porto Alegre, v. 82, n. 3, Junho 2006.