



# RASTREIO NUTRICIONAL

DOCUMENTO DE APOIO  
À IMPLEMENTAÇÃO  
DA AVALIAÇÃO DO  
RISCO NUTRICIONAL

---

## 2019

# Rastreamento Nutricional

Documento de apoio à Implementação da  
Avaliação do Risco Nutricional

## FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.  
Rastreio Nutricional – Documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional.  
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2019.

### PALAVRAS CHAVE

Rastreio nutricional, NRS 2002, STRONGkids, SClínico Hospitalar

### EDITOR

Direção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa  
Tel.: 218 430 500  
Fax: 218 430 530  
E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

### AUTOR

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Grupo de Trabalho para acompanhamento, avaliação e monitorização da implementação das ferramentas de identificação de risco nutricional previstas no Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, criado pelo Despacho n.º 6691/2019, de 26 de julho.

O PNPAS agradece a colaboração da Prof. Doutora Teresa Amaral da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

Lisboa, julho, 2019



## Índice

Sumário .....	2
Enquadramento .....	3
Ferramentas de avaliação do risco nutricional .....	5
Implementação da avaliação sistemática do risco nutricional na rede de cuidados hospitalares .....	8
Indicadores de avaliação da implementação da avaliação sistemática do risco nutricional	12
Referências bibliográficas .....	13

## Índice de figuras

Figura 1. Circuito da avaliação do risco nutricional .....	10
Figura 2. Sinalética do sistema de alertas disponível no SClínico Hospitalar para a implementação do Despacho n.º 6634/2018. ....	11

## Sumário

A implementação da avaliação sistemática do risco nutricional a todos os doentes internados nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), determinada pelo Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, enquadra-se num conjunto de medidas que visam combater a desnutrição hospitalar, uma situação que amplifica a necessidade de cuidados de saúde e influencia marcadamente a qualidade de vida dos doentes, com elevados custos a nível pessoal, para a sociedade e para o sistema de saúde. Neste documento apresentam-se as ferramentas de identificação do risco nutricional definidas no Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho (NRS 2002 para o doente adulto e STRONGkids para o doente em idade pediátrica), descreve-se o processo de implementação da avaliação sistemática do risco nutricional, bem como a adaptação das funcionalidades do Registo de Saúde Eletrónico (SCLínico Hospitalar) desenvolvidas por parte dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) para a sua implementação. Este documento de apoio à implementação da Avaliação do Risco Nutricional foi desenvolvido tendo por base as experiências de dois projetos piloto Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) e Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) realizados durante o período de abril a julho de 2019.

## Enquadramento

O Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, determina a implementação de uma avaliação sistemática do risco nutricional a todos os doentes internados nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por um período superior a 24 horas. Esta identificação precoce do risco nutricional enquadra-se num conjunto de medidas que têm vindo a ser propostas pelo Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 5479/2017, com o objetivo de combater a desnutrição hospitalar, uma situação que amplifica a necessidade de cuidados de saúde e influencia marcadamente a qualidade de vida dos doentes, com elevados custos a nível pessoal, para a sociedade e para o sistema de saúde.

Mais de 30% dos doentes internados em unidades hospitalares estão em risco nutricional, uma condição que está fortemente associada ao aumento da mortalidade e morbilidade, declínio funcional, permanência hospitalar prolongada e aumento dos custos em saúde (1-4). Em Portugal, em 2007, dados de um estudo multicêntrico realizado em hospitais portugueses indicavam uma prevalência de desnutrição avaliada através do *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS-2002), entre os 28,5 e os 47,3%. Os autores referiram ainda que dois em cada três doentes tinha menções acerca de cuidados alimentares/ nutricionais prestados nos processos clínicos, mas apenas um em cada três tinha o seu peso medido e registado. Por esta altura, era já evidente que no momento de admissão hospitalar, a prevalência da desnutrição associada à doença era muito elevada, enquanto a de menções relevantes para o estado nutricional era muito escassa (5).

Mais ainda, a desnutrição hospitalar está associada ao aumento do risco de outras complicações, e ao aumento da necessidade de tratamentos hospitalares e de reinternamentos, ao aumento do tempo de internamento hospitalar, e a uma maior morbilidade e mortalidade. As *guidelines* da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* de 2003 (ESPEN) indicam que a utilização sistemática de um método de rastreio nutricional em todos os doentes permite a identificação precoce de indivíduos em risco de desnutrição, referenciando-os para uma avaliação nutricional mais detalhada e sinalizando aqueles que podem beneficiar de um plano de cuidados nutricionais. Já em 1996, a *Joint Commission* determinou que o rastreio nutricional fosse realizado nas 24 horas após a admissão do doente (6).

No que respeita à desnutrição pediátrica, nos países desenvolvidos ocorre, na maioria dos casos, secundariamente a doenças crónicas e pode ser agravada por episódios frequentes de internamento e estar relacionada com um pior prognóstico. De facto, estudos reportam um aumento na prevalência de desnutrição (20 a 50%) durante o internamento em doentes pediátricos que no momento da admissão hospitalar não estavam desnutridos (7). Mais ainda, estudos demonstram que crianças que se encontravam desnutridas na admissão hospitalar continuaram desnutridas no momento de alta (8). Por último, um estudo prospetivo desenvolvido em 12 países europeus com 2567 crianças, revelou que a desnutrição no momento da admissão hospitalar estava relacionada com menor qualidade de vida e maior frequência de ocorrência de diarreia e vómitos em doentes em idade pediátrica (9).

O risco nutricional em crianças e adolescentes hospitalizados é frequente e sub-diagnosticado e está associado a comprometimento do seu crescimento, aumento da suscetibilidade a infeções, maior tempo de internamento hospitalar, maior mortalidade e aumento dos custos em saúde (10, 11). A Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) e a Sociedade Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição (ESPGHAN) recomendam a avaliação do risco nutricional em crianças hospitalizadas durante a admissão, para facilitar a deteção de crianças em risco nutricional de forma a permitir a implementação de uma intervenção nutricional adequada (12).

O NRS-2002 é recomendado pela *European Society for Clinical and Metabolism* (ESPEN) como ferramenta de avaliação e identificação de risco, em ambiente hospitalar. É uma ferramenta simples, que pode ser operacionalizada pela equipa multidisciplinar capacitada, sensível, específica, segura, de baixo custo e bem aceite pelos doentes (13, 14).

Mais ainda, a desnutrição hospitalar está associada ao aumento do risco de outras complicações, e ao aumento da necessidade de tratamentos hospitalares e de reinternamentos, ao aumento do tempo de internamento hospitalar, e a uma maior morbilidade e mortalidade.

Mas, se a desnutrição for diagnosticada precocemente através da identificação do risco nutricional, na maioria das situações, os tratamentos baseados em abordagens nutricionais/alimentares, de baixo custo, são eficazes e suficientes. A corroborar, os resultados do estudo multicêntrico *Early nutritional support on Frailty, Functional Outcomes, and Recovery of malnourished medical inpatients Trial* (EFFORT) recentemente publicados na revista *Lancet* os quais confirmam que a prescrição de suporte nutricional individualizado durante o internamento hospitalar a doentes com risco nutricional, identificados através da ferramenta NRS-2002, melhora *outcomes* clínicos, incluindo a sobrevivência e a sua qualidade de vida, em comparação com a alimentação hospitalar padrão. Este estudo apoia fortemente a necessidade de um rastreio sistemático da desnutrição aquando a admissão hospitalar, independente da sua situação clínica, seguida por uma avaliação nutricional e a introdução de suporte nutricional individualizado em doentes de risco (15).

Recentemente, os resultados do estudo clínico multicêntrico *Early nutritional support on Frailty, Functional Outcomes, and Recovery of malnourished medical inpatients Trial* (EFFORT) publicados na revista *Lancet* (15) confirmam que a terapêutica nutricional individualizada (1015 indivíduos – grupo de intervenção) durante o internamento hospitalar a doentes com risco nutricional, identificados através da ferramenta NRS-2002, permitiu o aumento da ingestão diária de energia e proteína, diminuiu o risco de outras complicações clínicas durante 30 dias (OR ajustado 0,79 [95% IC 0,64 – 0,97]) e de mortalidade por todas as causas (OR ajustado 0,65 [95% IC 0,47 – 0,91]) com melhoria dos indicadores de função e da qualidade de vida, sem aumentar os efeitos adversos da intervenção.

Este estudo apoia fortemente a necessidade de uma avaliação sistemática do risco nutricional em todos os doentes aquando da admissão hospitalar e durante o internamento com uma periodicidade semanal, independentemente de sua situação clínica, seguida por uma avaliação nutricional e pela intervenção nutricional precoce em doentes de risco (15).

Neste documento apresentam-se as ferramentas de identificação do risco nutricional definidas no Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho (NRS 2002 para o doente adulto e STRONGkids para o doente em idade pediátrica), descreve-se o processo de implementação da avaliação sistemática do risco nutricional, bem como a adaptação das funcionalidades do Registo de Saúde Eletrónico (SCLínico Hospitalar) desenvolvidas por parte dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) para a sua implementação.



## Ferramentas de avaliação do risco nutricional

O Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho determina que a avaliação do risco nutricional deve ser realizada a todos os doentes internados nos estabelecimentos hospitalares do SNS por um período superior a 24 horas. Determina ainda que a reavaliação do risco nutricional deve ser realizada a cada 7 dias, durante o período de internamento.

O mesmo Despacho determina que no caso do doente adulto, a ferramenta de identificação do risco nutricional a ser utilizada em todos os serviços/unidades de internamento é o *Nutritional Risk Screening* 2002 (NRS-2002) e no caso de doente em idade pediátrica, a ferramenta de identificação do risco nutricional deverá ser a STRONGkids. Estas ferramentas são simples, sensíveis, específicas e têm a vantagem de poderem ser operacionalizadas por uma equipa multidisciplinar capacitada (13, 14).

A plataforma SClínico Hospitalar contempla a versão da ferramenta de avaliação do risco nutricional *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS 2002), cuja tradução se encontra validada para a língua portuguesa.

### As ferramentas de avaliação do risco nutricional no SClínico Hospitalar

1. As ferramentas de avaliação do risco nutricional encontram-se presentes no ecrã de internamento nos diferentes perfis (médico, enfermeiro e nutricionista):

- a. No perfil enfermeiro, encontram-se disponíveis no ecrã processo de enfermagem e mapa de cuidados, nomeadamente nas “Intervenções de diagnóstico frequente”.
- b. Nos perfis médico e nutricionista, encontram-se no botão “Escalas”.

2. As ferramentas NRS 2002 e STRONGkids são atribuídas automaticamente em função da idade do doente. No caso do doente internado e que faça 18 anos durante o internamento o sistema prevê uma margem de 15 dias na qual se mantém a escala pediátrica.

3. O sistema permite a realização de mais do que uma avaliação do risco nutricional e por diferentes profissionais de saúde, sendo que todas as avaliações ficam disponíveis no ecrã da “Vigilância” para o perfil enfermeiro, independentemente da categoria do profissional que a regista e no botão “Escalas” para outros profissionais.

Mais informações sobre as funcionalidades tecnológicas do SClínico Hospitalar que foram desenvolvidas pela SPMS para auxiliar a implementação do Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, podem ser consultadas no [Manual de utilizador da SPMS](#) relativo ao Risco Nutricional.

Ferramenta de identificação do risco nutricional no adulto - Ferramenta NRS 2002

**Nutritional Risk Screening (NRS-2002)**

Tabela 1* – Rastreio inicial		
	Sim	Não
1	O IMC é < 20,5?	
2	O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?	
3	O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana?	
4	O doente está gravemente doente? (p.e. em terapêutica intensiva)	

**SIM:** Se a resposta for “Sim” em qualquer questão, efetuar o rastreio da Tabela 2.  
**NÃO:** Se a resposta for “Não” para todas as questões, o doente é novamente rastreado em intervalos semanais. Se o doente p.e. tem uma cirurgia ‘major’ programada, é considerado preventivamente um plano de cuidados nutricionais que evite o risco associado.

\*Nota do tradutor: de acordo com a publicação original (2003), a Tabela 1 poderá ser aplicada em serviços/unidades de internamento onde previsivelmente a prevalência de risco nutricional seja baixa.

Tabela 2 – Rastreio final			
Deterioração do estado nutricional		Gravidade de doença (≈ aumento das necessidades)	
<b>Ausente</b> pontuação 0	Estado nutricional normal	<b>Ausente</b> pontuação 0	Necessidades nutricionais normais
<b>Ligeira</b> pontuação 1	Perda de peso > 5% em 3 meses <b>OU</b> Ingestão alimentar abaixo de 50-75% das necessidades na semana anterior	<b>Ligeira</b> pontuação 1	Fratura da anca*, Doentes crónicos, em particular com complicações agudas: cirrose*, DPOC*, Hemodiálise crónica, diabetes, oncologia.
<b>Moderada</b> pontuação 2	Perda de peso > 5% em 2 meses <b>OU</b> IMC 18,5–20,5 + deterioração do estado geral <b>OU</b> Ingestão alimentar 25-60% das necessidades na semana anterior	<b>Moderada</b> pontuação 2	Cirurgia abdominal ‘major’*, AVC*, Pneumonia grave, malignidade hematológica
<b>Grave</b> pontuação 3	Perda de peso > 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) <b>OU</b> IMC < 18,5 + deterioração do estado geral <b>OU</b> Ingestão alimentar 0-25% das necessidades na semana anterior	<b>Grave</b> pontuação 3	Lesão craneoencefálica*, Transplante de medula óssea*, Doentes de cuidados intensivos (APACHE > 10)
<b>Pontuação</b>		<b>+</b>	<b>Pontuação = Pontuação total</b>

**Idade:** Se ≥ 70 anos: adicionar 1 à pontuação total anterior = **pontuação ajustada para a idade**

**Pontuação ≥ 3:** o doente está em **risco nutricional** e é iniciado um **plano de cuidados nutricionais**  
**Pontuação < 3:** **repetir rastreio semanalmente.** Se o doente p.e. tem uma cirurgia ‘major’ programada, é considerado preventivamente um plano de cuidados nutricionais que evite o risco associado.

\* Indica que um ensaio clínico suporta especificamente a inclusão da patologia nessa categoria de gravidade.

Os diagnósticos apresentados em *itálico* são baseados nos protótipos de gravidade descritos abaixo.

O **NRS-2002** é baseado na interpretação de ensaios clínicos randomizados disponíveis. (Nota do tradutor: até à data de publicação do original, 2003)

**Risco Nutricional** é definido pelo estado nutricional atual e pelo risco de deterioração do estado atual, devido a um aumento das necessidades nutricionais causado por *stress* metabólico associado à condição clínica.

Está indicado um **plano de cuidados nutricionais** para todos os doentes que estão com:

- (1) Desnutrição grave (pontuação = 3)
- (2) Doença grave (pontuação = 3)
- (3) Desnutrição moderada (pontuação = 2) e Doença ligeira (pontuação = 1)
- (4) Desnutrição ligeira (pontuação = 1) e Doença moderada (pontuação = 2)

**Padrões de gravidade de doença:**

**Pontuação = 1:** doente com doença crónica, admitido no hospital por complicações. O doente está fragilizado, mas faz “levantar do leito” regularmente. As necessidades proteicas estão aumentadas, mas podem ser atingidas através de alimentação ou suplementação orais, na maioria dos casos.

**Pontuação = 2:** doente acamado devido a doença, p.e. após cirurgia abdominal ‘major’. As necessidades proteicas estão substancialmente aumentadas, mas podem ser atingidas, embora em muitos casos seja necessária nutrição artificial.

**Pontuação = 3:** doente internado em cuidados intensivos, com necessidade de ventilação assistida, etc. As necessidades proteicas estão aumentadas e não podem ser atingidas, mesmo com nutrição artificial. O catabolismo proteico e perda de azoto podem ser significativamente atenuados.

Fonte: Grupo de trabalho da Criação de uma versão portuguesa do *Nutritional Risk Screening* – NRS 2002.

**Ferramenta de identificação do risco nutricional em idade pediátrica - Ferramenta STRONGkids**

**STRONGkids**

Questões	Não	Sim
<b>1</b> Existe alguma patologia subjacente que contribua para o risco de desnutrição (ver lista*) ou é esperada alguma cirurgia major?	0 pontos	2 pontos
<b>2</b> O doente apresenta um estado nutricional deficitário, quando avaliado de uma forma subjetiva?	0 pontos	1 ponto
<b>3</b> Estão presentes alguns dos seguintes itens: Diarreia (≥ 5 vezes/dia) e ou vômitos (> 3 vezes/dia) Redução da ingestão alimentar nos últimos dias Intervenção nutricional prévia Ingestão insuficiente devido a dor	0 pontos	1 ponto
<b>4</b> Ocorreu perda de peso ou ausência de ganho de peso (crianças < 1 ano) durante as últimas semanas/meses?	0 pontos	1 ponto
<b>Score total (soma de todas as pontuações)</b>		

**\*Lista de doenças subjacentes que contribuem para o risco de desnutrição**

Anorexia nervosa	Doença cardíaca crónica	Doença neuromuscular
Queimados	Doença infecciosa (SIDA)	Doença metabólica
Displasia broncopulmonar (idade máxima 2 anos)	Doença inflamatória intestinal	Trauma
Doença celíaca	Cancro	Deficiência mental
Fibrose quística	Doença hepática crónica	Cirurgia eletiva major
Dismaturidade ou prematuridade (idade corrigida 6 meses)	Doença renal crónica	Outra na especificada (classificada pelo médico)
	Pancreatite	
	Síndrome do intestino curto	

Score total	Risco	Intervenção e <i>follow-up</i>
<b>4 a 5 pontos</b>	Elevado	Referenciar ao nutricionista para avaliação, diagnóstico, intervenção e monitorização nutricional
<b>1 a 3 pontos</b>	Moderado	Ponderar intervenção nutricional. Monitorizar peso 2 vezes por semana e avaliar o risco nutricional semanalmente. Referenciar ao nutricionista para o diagnóstico completo, se necessário.
<b>0 pontos</b>	Baixo	Não é necessária intervenção nutricional. Monitorizar peso regularmente e avaliar o risco nutricional semanalmente (conforme o protocolo local).

## Implementação da avaliação sistemática do risco nutricional na rede de cuidados hospitalares

O processo de avaliação do risco nutricional desde o momento da admissão hospitalar do doente está descrito na Figura 1.

1. As ferramentas de avaliação do risco nutricional (NRS 2002 e STRONGkids) devem ser aplicadas a todos os doentes internados nas unidades hospitalares do SNS por um período superior a 24 horas, nos seguintes momentos:

- a. Durante as primeiras **48 h** de internamento
- b. Com a periodicidade semanal durante o internamento

Apesar do Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho determinar que a avaliação do risco nutricional deve ser realizada, a todos os doentes internados nos estabelecimentos hospitalares do SNS por um período superior a 24 horas, durante as primeiras 24 h de internamento, o Grupo de Trabalho criado pelo Despacho n.º 6691/2019, de 26 de julho para o acompanhamento, avaliação e monitorização da implementação das ferramentas de identificação do risco nutricional previstas no Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, após a experiência de dois projetos piloto realizados em duas unidades hospitalares e atendendo à atual estrutura organizacional da maioria das unidades hospitalares, aos recursos humanos existentes e capacidade de resposta, recomenda que a avaliação do risco nutricional possa ser realizada durante as primeiras 48 h de internamento. Contudo o ideal será que esta avaliação aconteça durante as primeiras 24 h de internamento nas unidades hospitalares ou serviços que tenham capacidade para o fazer. Apesar deste período de tempo mais alargado para a avaliação do risco nutricional, o GT mantém a recomendação para que a intervenção nutricional pelo Serviço de Nutrição seja realizada num período máximo de 72 horas após a admissão hospitalar, nos casos dos doentes com risco nutricional.

2. A aplicação das ferramentas de avaliação do risco nutricional (NRS 2002 (Tabela 1 e Tabela 2) e STRONGkids) pode ser efetuada por qualquer elemento da equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro ou nutricionista), desde que devidamente capacitados. Cada unidade hospitalar deverá definir uma política/estratégia para a avaliação sistemática do risco nutricional, de modo a permitir a implementação de um modelo organizacional ajustado às condições e recursos locais.

3. No caso particular da ferramenta NRS 2002, encontram-se disponíveis no SClínico Hospitalar a Tabela 1 e a Tabela 2. A Tabela 1 do NRS 2002, poderá ser aplicada em serviços/unidades de internamento onde previsivelmente a prevalência de risco nutricional seja baixa. Nos casos em que as respostas forem “Não” a todas perguntas da Tabela 1, o rastreio nutricional fica concluído, uma vez que o doente fica identificado como um doente sem risco. Para os restantes serviços/unidades de internamento, poderá apenas aplicar-se a Tabela 2 do NRS 2002.

4. Os doentes identificados em risco nutricional ou com desnutrição devem ser referenciados para o Serviço de Nutrição. Desta forma, após o rastreio nutricional, para os doentes identificados em risco nutricional ou desnutridos, o SClínico Hospitalar emite automaticamente um pedido de colaboração ao Serviço de Nutrição. Se a avaliação do risco nutricional for efetuada pelo Serviço de Nutrição o SClínico Hospitalar não emite este pedido de colaboração. A avaliação e a intervenção nutricional pelo Serviço de Nutrição deve ser realizada num período máximo de 24 h após a identificação do risco, não

ultrapassando as 72h desde a admissão hospitalar, para os doentes que são identificados em risco durante o rastreio nutricional realizado no momento da admissão.

5. De acordo com o Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, a aplicação das ferramentas de avaliação do risco nutricional deve ser realizada a cada 7 dias de internamento, sendo que o Grupo de Trabalho criado através do Despacho n.º 6691/2019, de 26 de julho, recomenda que esta avaliação se efetue de acordo com os seguintes pressupostos:

a. Para os doentes sem risco nutricional, a reavaliação do risco nutricional a cada 7 dias deve ser realizada pelo mesmo grupo profissional que é responsável pela avaliação do risco nutricional nas primeiras 48 h após a admissão hospitalar.

b. Para os doentes com risco nutricional e que se já se encontram a ser seguidos pelo Serviço de Nutrição, a reavaliação do estado nutricional deve ser realizada pelo Serviço Nutrição.

6. O SClínico considera que a avaliação dos doentes com risco nutricional foi efetuada pelo Serviço de Nutrição quando foram efetuados os seguintes registos no módulo de Nutrição: peso, estatura, diagnóstico nutricional, observações, procedimentos/intervenções de acordo com o Catálogo Português de Nutrição. Assim, estes registos já de carácter obrigatório.

7. A avaliação e intervenção nutricional efetuadas pelo nutricionista, nomeadamente os parâmetros que dizem respeito aos resultados da avaliação nutricional (evolução do peso, IMC e ingestão alimentar), diagnóstico nutricional, procedimentos e intervenção nutricional, são exportados automaticamente para o diário clínico do doente. O resultado do rastreio nutricional (score da ferramenta de avaliação do risco nutricional) é também exportado automaticamente para o diário clínico do doente.

8. Quando é identificada uma situação de desnutrição, o respetivo diagnóstico nutricional deve ficar registado nos problemas clínicos e no relatório de alta do doente.

9. Deverá haver articulação com o Serviço de Nutrição no momento da alta ou referenciação dos doentes em situação de risco nutricional ou desnutrição para outro serviço de saúde/ nível de cuidados.

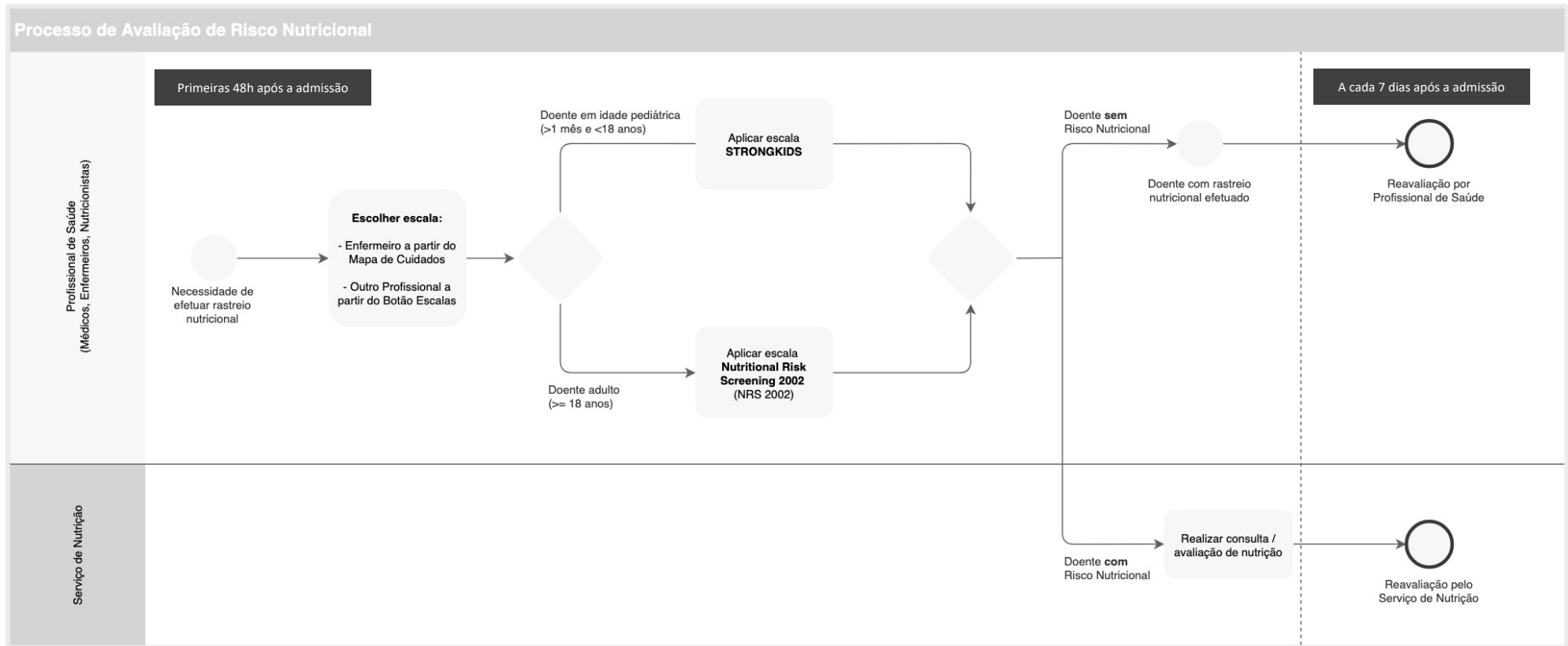


Figura 1. Circuito da avaliação do risco nutricional.

A implementação das ferramentas de identificação do risco nutricional, definida no Despacho n.º 6634/2018, previa o desenvolvimento de um sistema de alertas para todos os perfis (médico, enfermeiro e nutricionista).

Este sistema de alertas foi já desenvolvido pela SPMS, encontrando-se neste momento disponível no módulo do internamento do SClínico Hospitalar, de acordo com a sinalética descrita na Figura 2. Este sistema de alertas permite identificar:

- Os doentes que 48 h após a admissão hospitalar não foram submetidos à avaliação do risco nutricional, bem como os doentes que não foram submetidos à monitorização semanal do risco nutricional (Alerta amarelo);
- Os doentes identificados em risco nutricional, para os quais foi feito um pedido de colaboração ao Serviço de Nutrição e cuja avaliação pelo nutricionista não foi ainda efetuada (Alerta laranja);
- Os doentes com rastreio nutricional em dia e com avaliação pelo Serviço de Nutrição em dia (Alerta cinzento).



**Figura 2.** Sinalética do sistema de alertas disponível no SClínico Hospitalar para a implementação do Despacho n.º 6634/2018.

## Indicadores de avaliação da implementação da avaliação sistemática do risco nutricional

A avaliação da implementação da avaliação sistemática do risco nutricional deve ser contínua e executada a nível local, regional e nacional.

A implementação da avaliação do risco nutricional definida no Despacho n.º 6634/2018, é monitorizada e avaliada através da taxa de implementação das ferramentas de rastreio nutricional, de acordo com os indicadores definidos no referido Despacho:

- a) **Indicador 1:** Proporção de doentes submetidos a rastreio para a identificação do risco nutricional na admissão até às primeiras 48h após a admissão (%);
- b) **Indicador 2:** Proporção de doentes em risco nutricional submetidos a intervenção nutricional nas 24h após a sinalização (%);
- c) **Indicador 3:** Proporção de doentes em idade pediátrica classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional (%);
- d) **Indicador 4:** Proporção de doentes adultos classificados com risco nutricional que foram submetidos a intervenção nutricional (%).

Outros indicadores deverão ser considerados para avaliar a implementação da avaliação sistemática do risco nutricional, nomeadamente:

- a) **Indicador 1:** Número de consultas internas de nutrição realizadas;
- b) **Indicador 2:** Número de avaliações do risco nutricional através da aplicação das escalas NRS 2002 e STRONGkids;
- c) **Indicador 3:** Número de pedidos de colaboração;
- d) **Indicador 4:** Número de intervenções nutricionais realizadas;
- e) **Indicador 5:** Tipologia das intervenções nutricionais codificadas de acordo com o Catálogo Português de Nutrição;
- f) **Indicador 6:** Proporção de doentes em idade pediátrica classificados com risco nutricional com registo do diagnóstico nutricional codificado pelo Catálogo Português de Nutrição (%);
- g) **Indicador 7:** Proporção de doentes adultos classificados com risco nutricional com registo do diagnóstico nutricional codificado pelo Catálogo Português de Nutrição (%);
- h) **Indicador 8:** Proporção de doentes adultos classificados com desnutrição ausente, ligeira, moderada e grave no momento da admissão;
- i) **Indicador 9:** Proporção de doentes adultos classificados com desnutrição ausente, ligeira, moderada e grave no momento da alta hospitalar.



## Referências bibliográficas

1. Kubrak C, Jensen L. Malnutrition in acute care patients: a narrative review. *International journal of nursing studies*. 2007;44(6):1036-54.
2. Felder S, Lechtenboehmer C, Bally M, Fehr R, Deiss M, Faessler L, et al. Association of nutritional risk and adverse medical outcomes across different medical inpatient populations. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)*. 2015;31(11-12):1385-93.
3. Aeberhard C, Birrenbach T, Joray M, Muhlebach S, Perrig M, Stanga Z. Simple training tool is insufficient for appropriate diagnosis and treatment of malnutrition: A pre-post intervention study in a tertiary center. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)*. 2016;32(3):355-61.
4. Casaer MP, Mesotten D, Hermans G, Wouters PJ, Schetz M, Meyfroidt G, et al. Early versus late parenteral nutrition in critically ill adults. *N Engl J Med*. 2011;365(6):506-17.
5. Matos L, Teixeira MA, Henriques A, Tavares MM, Alvares L, Antunes A, et al. Nutritional status recording in hospitalized patient notes. *Acta Med Port*. 2007;20(6):503-10.
6. Centers for Medicare & Medicaid Services. Acute Care Hospital Inpatient Prospective Payment System. 2019.
7. Joosten KF, Hulst JM. Nutritional screening tools for hospitalized children: methodological considerations. *Clin Nutr*. 2014;33(1):1.5.
8. Rocha GA, ocha EJ, Martins CV. The effects of hospitalization on the nutritional status of children. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(1):70-4.
9. Hecht C, Weber M, Grote V, Daskalou E, Dell'Era L, Flynn D, et al. Disease associated malnutrition correlates with length of hospital stay in children. *Clin Nutr*. 2015;34(1):53-9.
10. Secker DJ, Jeejeebhoy KN. Subjective Global Nutritional Assessment for children. *The American journal of clinical nutrition*. 2007;85:1083-9.
11. Joosten KF, Hulst JM. Malnutrition in pediatric hospital patients: current issues. *Nutrition & Food Science*. 2011;27:133-7.
12. Agostoni C, Axelson I, Colomb V, Goulet O, Koletzko B, Michaelsen KF, et al. The need for nutrition support teams in pediatric units: a commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005;41:8-11.
13. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22(4):415-21.
14. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr*. 2015;34(3):335-40.
15. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet (London, England)*. 2019;393(10188):2312-21.



**Direção-Geral da Saúde**

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500 | Fax: +351 218 430 530

E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)