

**TRATAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTE COM COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA: UM ESTUDO DE CASO**

Aluna: Bruna de Souza Fontoura

Orientador: Elton Bicalho de Souza

Rio de Janeiro

2022

BRUNA DE SOUZA FONTOURA

**TRATAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTE COM COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA: UM ESTUDO DE CASO**

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Nutrição Clínica da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientação: Elton Bicalho de Souza

Rio de Janeiro

2022

 **CIP - Catalogação na Publicação**

|  |  |
| --- | --- |
|   FF684t  | Fontoura, B S  Tratamento nutricional de paciente com colangite biliar primária: um estudo de caso / B S Fontoura. - Rio de Janeiro, 2022. 25 f. Orientador: Souza E B . Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Nutrição Clínica, 2022.1. Colangite biliar primária. 2. Cirrose. 3. Desnutrição. 4. Terapia Nutricional. I. E B , Souza, orient. II. Título. |

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

**BRUNA DE SOUZA FONTOURA**

**TRATAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTE COM COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA: UM ESTUDO DE CASO**

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Nutrição Clínica da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Área de concentração:

Data de defesa: 07 de maio de 2022

Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Elton Bicalho de Souza

Orientador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vivian Westerfalem Santos de Lima

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tatiana Pereira de Paula

**RESUMO**

A colangite biliar primária (CBP), anteriormente denominada cirrose biliar primária, é uma doença hepática colestática crônica progressiva, autoimune, caracterizada pela inflamação e destruição progressiva dos ductos biliares interlobulares. A doença afeta particularmente mulheres após a quarta década de vida em 90% dos casos e costuma cursar com a presença dos anticorpos antimitocondriais (AAM), que é o principal marcador sorológico da doença. A redução da ingestão calórica pode ocorrer em pacientes cirróticos devido à ascite e à hipertensão portal (HP), a qual compromete a absorção e a digestão de nutrientes, acarretando dentre as diversas implicações clínicas um quadro de desnutrição proteico-energética (DPE). O objetivo deste estudo foi relatar um caso de paciente que cursa com colangite biliar primária e verificar a importância da terapia nutricional no tratamento da doença. Foi utilizado para análise nutricional, um questionário de inquérito dietético, avaliações físicas e antropométricas e por fim, foi elaborado um plano alimentar de acordo com as necessidades da paciente. Conforme os resultados obtidos, verifica-se a importância de um tratamento dietético adequado para melhor qualidade de vida.

**Palavra-chave**: Colangite biliar primária; Cirrose; Desnutrição; Terapia nutricional.

**ABSTRACT**

Primary biliary cholangitis (PBC), formerly called primary biliary cirrhosis, is a progressive, autoimmune chronic cholestatic liver disease characterized by inflammation and progressive destruction of interlobular bile ducts. The disease particularly affects women after the fourth decade of life in 90% of cases and usually occurs with the presence of antimitochondrial antibodies (AMA), which is the main serological marker of the disease. Reduction in caloric intake may occur in cirrhotic patients due to ascites and portal hypertension (PH), which compromises the absorption and digestion of nutrients, resulting among the various clinical implications a picture of protein-energy malnutrition (EDP). The purpose of this all is to report a case of a patient who is presenting with primary biliary cholangitis and to verify the importance of nutritional therapy in the treatment of sickness. Thus, it was used for nutritional analysis, a dietary survey questionnaire, physical and anthropometric evaluations and finally, a food plan was elaborated according to the patient's needs. According to the results obtained, the importance of an adequate dietary treatment for better quality of life is verified.

**Keywords**: Primary biliary cholangitis, cirrhotic, malnutrition, nutricional therapy

**SUMÁRIO**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **INTRODUÇÃO**
2. **OBJETIVOS**
3. **PACIENTE E MÉTODOS**
4. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**
5. **CONCLUSÃO**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** **ANEXOS**  | Pág.891012212226 |

**1. INTRODUÇÃO**

A colangite biliar primária (CBP), anteriormente denominada cirrose biliar primária, é uma doença hepática colestática crônica progressiva, autoimune, caracterizada pela inflamação e destruição progressiva dos ductos biliares interlobulares de pequeno e médio calibre (TEIXEIRA, 2009), com formação de granulomas, levando à ductopenia, cirrose e insuficiência hepática (KAPLAN, 2005; BRASIL, 2019).

 Estima-se que a prevalência mundial desta doença seja entre 67 a 940 casos por um milhão de habitantes, com incidência entre 0,7 a 49 por um milhão de habitantes por ano (JHAVERI, 2017). Entretanto, a doença afeta particularmente mulheres após a quarta década de vida (BITTENCOURT, 2019) em 90% dos casos (10 mulheres para cada homem), e costuma cursar com a presença dos anticorpos antimitocondriais (AAM) (JORGE, 2011), que é o principal marcador sorológico da doença, estando presente em 90 a 100% dos casos de CBP, dependendo do método empregado para sua detecção (KAPLAN, 2005).

 É pouco esclarecida a etiologia da doença, mas acredita-se que um conjunto de fatores ambientais, genéticos e imunológicos são predisponentes para esta doença. Fatores de risco como etilismo, exposição a xenobióticos e infecções específicas poderão desempenhar um papel chave na etiopatogenia da CBP (CORRIGAN, 2015).

 O diagnóstico da doença exige a presença de pelo menos dois dos seguintes critérios: valor da fosfatase alcalina (FA) elevado e; presença de anticorpos antimitocondriais e histologia hepática compatível com CBP (PRINCE, 2004). No momento do diagnóstico, a forma assintomática é prevalente em até 50% a 60% dos casos (PANDIT, 2021) e, quando sintomáticos, os sintomas mais comuns são prurido e fadiga (UDDENFELD, 2000), sendo raros os doentes que se apresentam inicialmente com sinais de doença hepática avançada, com complicações de hipertensão portal - ascite, encefalopatia hepática, hemorragia de varizes esofágicas (EASL, 2009).

 Existe um protocolo do Ministério da Saúde, desenvolvido em 2019, para auxiliar na obtenção de um diagnóstico ágil para os pacientes com esta doença e, consequentemente, um tratamento adequado para contribuir com a redução dos sintomas e aumento na sobrevida livre de transplante, melhora dos sintomas e da qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2019). O tratamento padrão é o uso do ácido ursodeoxicólico (AUDC), que promove melhora tanto dos indicadores bioquímicos quanto os histológicos da atividade da doença, prolongando o tempo de sobrevida livre de transplante, em uma proporção significativa de doentes (LINDOR, 2007; LINDOR et al., 2009). No entanto, estima-se que cerca de 40% dos pacientes respondem inadequadamente a este fármaco, mantendo elevações persistentes da FA e da bilirrubina, e que cerca de 3 a 5% são intolerantes ao fármaco, o que condiciona o prognóstico e ressalva a importância de novas opções terapêuticas (SCHRAMM, 2018).

 Uma melhor compreensão da progressão da doença tem proporcionado o conhecimento de diversos processos, aos quais devem ser dirigidas as intervenções terapêuticas. Avanços recentes têm produzido novos agentes, alguns dos quais deverão ser aprovados num futuro próximo. Certos agentes já conhecidos continuam a acumular evidências que suportam o seu uso como terapêuticas adjuvantes, em não respondedores à monoterapia com AUDC (MOUSA et al., 2016).

 A redução da ingestão calórica pode ocorrer em pacientes cirróticos devido à ascite e à hipertensão portal (HP), a qual compromete a absorção e a digestão de nutrientes, acarretando dentre as diversas implicações clínicas um quadro de desnutrição proteico-energética (DPE) (DORNELLES et al., 2010). Observa-se também a diminuição da secreção de ácidos biliares, consequentemente, a absorção lipídica é comprometida, o que inclui as vitaminas lipossolúveis, originando deficiências associadas. A deficiência de vitamina A ocorre em um terço dos casos de doença avançada, o de vitamina D é igualmente mais comum na doença avançada e ocorre em 13 a 33% dos doentes, a vitamina K encontra-se diminuída em 8 a 23% dos casos e a vitamina E em apenas alguns doentes (CAREY, 2015).

 Em razão disso, deve ser orientado que os pacientes adotem uma dieta balanceada, pratiquem exercícios físicos regulares, não consumam álcool e/ou tabaco e evitem o uso de alimentos e bebidas que contenham cafeína (SBH, 2015).

**2. OBJETIVOS**

* 1. OBJETIVO GERAL

Apresentar um relato de caso de paciente que cursa com colangite biliar primária.

* 1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
* Descrever os principais fatores determinantes para o surgimento da colangite biliar primária;
* Elaborar um plano alimentar de acordo com as características da doença, e demonstras a eficácia da intervenção dietoterápica no tratamento da doença.

**3. PACIENTE E MÉTODOS**

O estudo do caso vigente possui característica descritiva, onde foi analisada uma paciente do sexo feminino, de 48 anos, natural do Rio de Janeiro (RJ) que apresenta diagnóstico de Colangite Biliar Primária (confirmada por biópsia hepática) há 10 anos.

Para coleta de dados foi aplicado um questionário que constava perguntas relativas aos dados pessoais; hábitos de vida, antecedentes e fatores de risco; história clínica pregressa e antecedentes familiares; uso de medicamentos; avaliação de sinais e sintomas da doença, e hábitos intestinais (anexo 1). Também foi realizado um recordatório de 24 horas (r24h – anexo 2) e aplicado um questionário de frequência alimentar (QFA – anexo 3).

Os dados antropométricos foram obtidos com auxílio de uma balança de bioimpedância Avanutri® modelo AVA450 para aferição do peso corporal, trena antropométrica Avanutri® modelo AVA-04 para aferição do perímetro abdominal e Estadiômetro Avanutri® modelo AVA-305 para aferir a altura da paciente, seguindo os protocolos determinados para avaliação antropométrica (BRASIL, 2011). De posse dos dados antropométricos, o diagnóstico foi realizado de acordo com o índice de massa corporal (IMC), sendo que a classificação do estado nutricional foi estabelecida de acordo com os parâmetros recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), conforme apresentado na tabela 1.

**Tabela 1**. Classificação do Índice de Massa Corporal de adultos

|  |  |
| --- | --- |
| Classificação | IMC (kg/m²) |
| Baixo peso | < 18,5 |
| Eutrofia | 18,5 a 24,9 |
| Sobrepeso | 25 a 29,9 |
| Obesidade grau I | 30 a 34,9 |
| Obesidade grau II | 35 e 39,9 |
| Obesidade grau III | > 40 |

Fonte: OMS (2000)

O perímetro abdominal (utilizado como medida de seguimento) estabelecido pelas recomendações da OMS (1997) – tabela 2. A Relação Cintura/altura (RCA) utilizou como ponto de corte para ausência de risco valores até 0,49, conforme recomendação da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO, 2016).

**Tabela 2**. Perímetro abdominal e sua relação com risco de complicações metabólicas, de acordo com o sexo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sexo** |  **Sem risco**  |  **Risco moderado** | **Risco elevado** |
| Masculino | < 94 cm | 94 a 12 cm | > 102 cm |
| Feminino | < 80 cm | 80 a 88 cm | > 88 cm |

Fonte: OMS (1997)

Também foram considerados para diagnóstico do estado nutricional os exames laboratoriais apresentados pela paciente no momento da consulta, em setembro de 2021 e fevereiro de 2022. Para cálculo da dieta, foi estabelecido o valor energético total (VET) utilizando a fórmula recomendada pela FAO/WHO (1985), tendo estipulado como fator de atividade a intensidade leve (FAO/WHO, 1985). Para análise dos parâmetros de diagnóstico e das recomendações nutricionais, foi utilizado o software Webdiet® versão 3.0.

**4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data da coleta de dados:** 18/ 11/ 2021  | **Coleta realizada por:** Bruna Fontoura  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| **Nome:** A.S  | **Endereço:** - |
| **Bairro:** Campinho | **Município:** Rio de Janeiro |
| **Data de Nascimento:** 28/02/1974 | **Idade:** 48 anos |
| **Cor da pele: 1.**branca **2.**negra **3.**mestiça **4.**outra **9.**NI  **Religião:** Católica |
| **Profissão:** Do lar |
| **Escolaridade:** Ensino Médio completo  |
| **Estado civil:** Casada |
| **Nº de pessoas que reside em sua casa**: 3 | **Filhos (?):** sim. 1 filho |
| **Saneamento básico:** 1. sim 2. não  |

|  |
| --- |
| **ANAMNESE / EXAME FÍSICO** |
| **Diagnóstico:** Colangite biliar primária e diabetes tipo 2 | **HDA**: não |
| **Alergia a algum alimento?** Não  |
| **Etilismo:** ( ) sim (x)não  |
| **Tabagista**: ( )sim (x)não  |
| **Antecedentes e fatores de risco:** |
| Sedentarismo, alimentação inadequada |
|  |
| **Cirurgias:** Biópsia do fígado, artroscopia do joelho, reconstrução da face |
|  |
| **História Familiar:**  |
| Mãe e pai hipertensos |

|  |
| --- |
| **Medicamentos em uso e dosagem diária** |
| 1. Lasix 40mg – meio comp. 1x/dia
2. Azatioprina 50mg – 1 comp. às 8h
3. Ursacol 300mg – 1 comp. de 8/8h
4. Fenofibrato 200mg – 1 comp. à noite
5. Rosuvastatina 20mg – 1 comp. à noite
6. Domperidona 10mg – 1 comp. antes das refeições
7. Glifage XR 500mg – 2 comp. após o café e 2 após o jantar
8. Digeplus – 1 comp. ate 2x/dia se tiver dor
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sintomas** | **1ª Avaliação** | **2ª Avaliação** | **3ª Avaliação** |
| Náuseas | (X) Sim ( ) Não  | (X) Sim ( ) Não | (X) Sim ( ) Não |
| Vômitos | ( ) Sim (X) Não  | ( ) Sim ( X) Não | ( ) Sim (X) Não |
| Diarréia | ( ) Sim (X) Não  | ( ) Sim (X) Não | ( ) Sim (X) Não |
| Flatulência | (X) Sim ( ) Não  | (X) Sim ( ) Não | (X) Sim ( ) Não |
| Evacuações | Frequência/dia:1 a 2x por dia | Frequência/dia:1 a 2x por dia | Frequência/dia:1 a 2x por dia |

|  |
| --- |
| **Avaliação antropométrica e da composição corporal** |
| **Variáveis** | **1ª Avaliação** | **2ª Avaliação** | **3ª Avaliação** |
| Peso Atual (Kg) | 60,9 | 60,5 | 61,0 |
| Estatura (m) | 1,55 | 1,55 | 1,55 |
| IMC (Kg/m²) | 25,3 | 25,2  | 25,4 |
| Circunferência abdominal (cm) | 92,5 | 92,3 | 92,6 |
| Relação Cintura/Altura | 0,59 | 0,59 | 0,59 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Variável** | **Referências** | **04/09/2021** | **01/11/2021** |
| Triglicerídeo  |  Com jejum <150 mg/dL Sem jejum <175 mg/dL |  119 |  75 |
| Colesterol Total  |  Com jejum <190 mg/dL Sem jejum <190 mg/dL |  156 |  119 |
| HDL – colesterol  |  Com jejum >40 mg/dL Sem jejum >40 mg/dL |  57 |  44 |
| LDL – colesterol  | *Risco I Com jejum I Sem jejum*Baixo <130 mg/dL <130 mg/dLInterm. <100 mg/dL <100 mg/dLAlto <70 mg/dL <70 mg/dLMuito alto <50 mg/dL <50 mg/dL |  79 |  59 |
| Glicose  | 70 a 99 mg/dL |  105 | 120 |
| Bilirrubina Total |  Até 1,20 mg/dL |  1,79 |  1,56 |
| Bilirrubina Direta |  Até 0,20 mg/dL |  1,56 |  1,45 |
| Bilirrubina Indireta |  Até 1,00 mg/dL |  0,23 |  0,11 |
| TGP |  Inferior a 33,0 U/L |  78 |  47 |
| GGT |  Inferior a 40,0 U/L |  287 |  238 |
| TGO |  Até 32,0 U/L |  141 |  107 |
| Fosfatase Alcalina |  35 a 105 U/L |  340 |  270 |

TGP: Transaminase Pirúvica; GGT: Gama-Glutamil Transferase; TGO: Transaminase Oxalacética.

Recordatório alimentar de 24 horas nº 1

|  |
| --- |
|  **RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS** |
| **Refeição** | **Horário** | **Alimentos** | **Quantidade** |
| Café da manhã | 08h30min | CaféAçúcarPão francêsManteiga c/ sal | 1 xícara de chá1,5 colher de café1 unidade1 colher chá |
| Colação | 10h00min | Banana | 1 unidade média |
| Almoço | 12h30min | Arroz branco cozidoStrogonofe de carneBatata inglesa frita | 4 colheres de sopa3 colheres sopa1 colheres servir |
| Lanche | 16h00min | Batata frita tipo chipsCoca-cola | 1 pacote (84g)1 copo cheio (250ml) |
| Jantar | 19h00min | Arroz branco cozidoStrogonofe de carne | 5 colheres de sopa 3 colheres sopa |

* Valor energético total (VET) consumido: 1506 Kcal;
* Proteína (10,9%): 164,8Kcal - 41,2g – 0,67 g/Kg;
* Carboidrato (52,7%): 793,1Kcal – 200,7g;
* Lipídeo (36,4%): 548,1Kcal – 60,9g.

Recordatório alimentar de 24 horas nº 2

|  |
| --- |
|  **RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS** |
| **Refeição** | **Horário** | **Alimentos** | **Quantidade** |
| Café da manhã | 09h00min | CaféAçúcarBiscoito cream crackerRequeijão | 1 xícara de chá1,5 colher de café4 unidades1,5 colher sopa |
| Almoço | 12h30min | Arroz branco cozidoFeijão preto cozidoFrango à milanesa fritoAlface | 5 colheres de sopa1 concha 1 filé médio2 folhas médias |
| Lanche | 16h30min | Biscoito cream crackerRequeijão | 5 unidades1,5 colher de sopa |
| Jantar | 20h00min | Arroz branco cozidoFeijão preto cozidoCarne moída refogadaAlface | 3 colheres de sopa2 colheres de servir 1 colher de sopa1 folha média |

* VET: 1420 Kcal;
* Proteína (19,2%): 272Kcal - 68g – 1,12 g/Kg;
* Carboidrato (39,2%): 556,7Kcal – 147,8g;
* Lipídeo (41,6%): 591,3Kcal – 65,7g.

Recordatório alimentar de 24 horas nº 3

|  |
| --- |
|  **RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS** |
| **Refeição** | **Horário** | **Alimentos** | **Quantidade** |
| Café da manhã | 08h00min | CaféAçúcarPão francêsManteiga c/ salQueijo muçarelaPresunto fatiado | 1 xícara de chá1 colher de café1 unidade1 colher chá1 fatia média1 fatia média |
| Colação | 09h30min | Uva | 10 unidades médias |
| Almoço | 13h00min | Macarrão cozidoCarne moída refogadaTomateCebola branca | 2 colheres de servir3 colheres de sopa 4 fatias médias3 fatias pequenas |
| Lanche | 17h20min | Pão de forma tradicionalManteiga com salSuco de laranja  | 2 fatias2 colheres de chá 1 copo americano |
| Jantar | 20h00min | Macarrão cozidoCarne moída refogada | 2 colheres de servir4 colheres de sopa |

* VET: 1425 Kcal;
* Proteína (19,8%): 282,4Kcal - 70,6g – 1,15 g/Kg;
* Carboidrato (42,7%): 608Kcal – 153,8g;
* Lipídeo (37,5%): 534,6Kcal – 59,4g.

**QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Produtos**  | **Frequência**  |
| **> 3x****dia**  | **2 a 3x dia**  | **1x dia**  | **5 a 6x semana** | **2 a 4x****semana**  | **1x semana**  | **1 a 3x mês**  | **Nunca** **Quase** **Nunca**  |
| Arroz  |  | x |  |  |  |  |  |  |
| Feijão  |  | x |  |  |  |  |  |  |
| Macarrão  |  |  |  |  | x |  |  |  |
| Farinha de mandioca  |  |  |  |  |  |  | x |  |
| Pão  |  |  |  |  | x |  |  |  |
| Pão doce  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Biscoito doce  |  |  |  |  |  |  | x |  |
| Bolos  |  |  |  |  |  |  | x |  |
| Biscoito salgado |   |   |   |   |   |  x |   |   |
| Polenta ou angu |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Batata frita ou chips |   |   |   |   |   |  x |   |   |
| Batata |   |   |   |   |  x |   |   |   |
| Mandioca, aipim |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Milho verde |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Pipoca  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Inhame/cará  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Lentilha/ |   |   |   |   |   |  x |   |   |
| ervilha/grão de bico  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Alface  |   |   |   |   |  x |   |   |   |
| Couve  |   |   |   |   |   |   |  x |   |
| Repolho  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Laranja, tangerina  |   |   |   |   |   |   |  x |   |
| Banana  |   |   |   |   |   |  x |   |   |
| Mamão ou Papaia  |   |   |   |   |   |   |  x |   |
| Maçã  |   |   |   |   |   |   |  x |   |
| Melancia/melão  |   |   |   |   |   |   |  x |   |
| Abacaxi  |   |   |   |   |   |   |  x |   |
| Abacate  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Manga  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Limão  |   |   |   |   |   |  x |   |   |
| Maracujá  |   |   |   |   |   |   |  x |   |
| Uva  |   |   |   |   |   |   |  x |   |
| Goiaba  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Pêra  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Chicória  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| **Produtos**  | **Frequência**  |
| **> 3x****dia**  | **2 a 3x dia**  | **1x dia**  | **5 a 6x semana** | **2 a 4x****semana**  | **1x semana**  | **1 a 3x mês**  | **Nunca** **Quase** **Nunca**  |
| Tomate  |   |   |   |   |   |  x |   |   |
| Chuchu  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Abóbora  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Abobrinha  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Pepino  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Vagem  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Quiabo  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Cebola  |   |   |   |   |   |  x |   |   |
| Alho  |   |   |   |   |  x |   |   |   |
| Pimentão  |   |   |   |   |  x |   |   |   |
| Cenoura  |   |   |   |   |   |   |  x |   |
| Beterraba  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Couve-flor  |   |   |   |   |   |   |  x |   |
| Ovos  |   |   |   |   |   |  x |   |   |
| Leite integral  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Leite desnatado  |   |   |   |   |   |   |   |  x |
| Iogurte/coalhada  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Queijo  |  |  |  |  |  | x |  |  |
| Requeijão  |  |  |  |  | x |  |  |  |
| Manteiga/ margarina  |  |  | x |  |  |  |  |  |
| Vísceras  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Carne de boi com osso  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Carne de boi sem osso  |  |  |  |  |  | x |  |  |
| Carne porco  |  |  |  |  |  |  | x |  |
| Frango  |  |  |  |  | x |  |  |  |
| Salsicha/ linguiça  |  |  |  |  |  | x |  |  |
| Peixe fresco  |  |  |  |  |  | x |  |  |
| Peixe enlatado  |  |  |  |  |  |  | x |  |
| Hambúrguer  |  |  |  |  |  | X |  |  |
| Pizza  |  |  |  |  |  |  | X |  |
| Camarão  |  |  |  |  |  |  | X |  |
| Bacon e toucinho  |  |  |  |  |  |  |  | X |
| Maionese  |  |  |  |  |  |  | X |  |
| Salgados |   |   |   |   |   |  x |   |   |
| Sorvete  |   |   |   |   |   |   |  x |   |
| Açúcar  |   |   |   |   |  x |   |   |   |
| **Produtos**  | **Frequência**  |
| **> 3x****dia**  | **2 a 3x dia**  | **1x dia**  | **5 a 6x semana** | **2 a 4x****semana**  | **1x semana**  | **1 a 3x mês**  | **Nunca** **Quase** **Nunca**  |
| Caramelos, balas  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Achocolatado  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Chocolate barra ou bombom  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Pudim/doce de leite  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Refrigerantes  |  |  |  |  |  | x |  |  |
| Café  |  |  | x |  |  |  |  |  |
| Sucos  |  |  |  |  |  | x |  |  |
| Mate  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Vinho  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Cerveja  |  |  |  |  |  |  |  | x |
| Outras bebidas alcoolicas  |  |  |  |  |  |  |  | x |

**DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL**

Paciente atendida em domicílio, com diagnóstico de cirrose, com estado nutricional classificado como sobrepeso, porém, esse índice se deu devido ao grande inchaço abdominal por conta de hepatomegalia confirmada por exame de ultrassonografia, onde consta o aumento volumétrico do lobo esquerdo e sem presença de ascite. Não possui histórico de perda de peso (peso usual = 60kg), apresenta valores dos exames laboratoriais alterados para glicose e especialmente no hepatograma. Foi observado, através dos questionários de 24 horas e do questionário de frequência alimentar, um consumo diário de alimentos inferior ao recomendado, com maior índice de industrializados, baixo consumo de frutas, vegetais e teor de fibras. Sendo assim, agravando ainda mais a doença, já que a mesma apresenta alterações na absorção e digestão dos nutrientes, causando deficiências nutricionais.

**CONDUTA NUTRICIONAL**

 Os objetivos do suporte nutricional na cirrose são deter a depleção nutricional, aumentar a musculatura e o tecido adiposo do paciente e minimizar os efeitos da derivação portossistêmica (LLOP; VILÀ, 2004). O tratamento nutricional gera benefícios tanto no estágio inicial da patologia, quanto nos estados avançados. Em curto prazo, verifica-se a recuperação do balanço nitrogenado, a diminuição da hospitalização e a melhora da função hepática. Também se encontram benefícios em longo prazo, como diminuição da incidência e da severidade da encefalopatia (MESEJO; JUAN; SERRANO, 2008)

Na maioria dos casos, o doente hepático tolera uma dieta normal não necessitando de restrições alimentares (PAUTH et al.; 1997; MESEJO; JUAN; SERRANO, 2008). O recomendado é que a dieta contenha em torno de 35 a 40 kcal/kg/dia (NEY et al., 2013) e que recebam de 1,2 a 1,5g/kg/dia de proteína, devido ao hipercatabolismo que os acomete (AMODIO et al., 2013).

**PLANO ALIMENTAR PROPOSTO**

* VET: 2058Kcal;
* Proteína (18,3%): 376Kcal - 94g – 1,5 g/Kg;
* Carboidrato(52,5%): 1080,4Kcal – 296,7g;
* Lipídeo(29,2%): 601,2Kcal – 66,8g.

Dietanormocalórica, hiperproteica e de consistência normal, com aporte adequado de vitaminas antioxidantes e minerais. O consumo adequado de vitaminas e minerais é importante para a manutenção das diversas funções metabólicas do organismo. Assim, a ingestão inadequada desses micronutrientes pode potencialmente levar a estados de carência nutricional, sendo conhecidas diversas manifestações patológicas por ela produzidas (MELÉNDEZ, 1997).

|  |
| --- |
|  **PLANO ALIMENTAR ELABORADO PELA AUTORA** |
| **Refeição** | **Horário** | **Alimentos ingeridos** | **Quantidade** |
| Café da manhã | 08h00min | CaféXylitolPão de forma integralQueijo minas frescal | 1 xícara de café1 colheres de sopa2 fatias2 fatia(s) pequena(s) |
| Colação | 10h00min | Banana prata | 2 unidades |
| Almoço | 13h00min | AlfaceChuchu cozidoAcém moído cozidoArroz integral cozidoFeijão preto cozidoAzeite de olivaSuco de laranja pera | 6 folhas médias4 colheres de arroz 3 colheres de sopa 6 colheres de sopa 1,5 conchas1 colheres de sopa 2 copos americanos |
| Lanche | 16h00min | Maçã FujiSemente de chiaGranolaIogurte natural desnatado  | 2 unidades2 colheres de sopa 4 colheres de sopa 1 unidades  |
| Jantar | 19h00min | Repolho refogadoBrócolis cozidoOvo de galinha frito/mexidoMacarrão integral cozidoFeijão carioca cozidoAzeite de oliva | 3 colheres de sopa4 ramos2 unidades 6 colheres de arroz1 concha 1 colher de sopa |

 As doenças hepáticas, principalmente as que envolvem processo inflamatório, resultam em estresse oxidativo. Os receptores não enzimáticos de elétrons, substâncias capazes de combater a oxidação (antioxidantes), como vitaminas E e C, podem desempenhar um papel importante na proteção da membrana celular (SINGAL et al.,2011).

 O zinco, é um mineral que funciona como um componente de várias enzimas na manutenção da integridade estrutural das proteínas e na regulação da expressão genética. O ferro funciona como um componente de uma série de proteínas, incluindo enzimas e hemoglobina, sendo esta última importante para o transporte de oxigênio para tecidos em todo o corpo para o metabolismo (IOM, 2004).

 Para prevenção e tratamento da osteoporose em pacientes com cirrose, deve ser avaliado também os níveis de vitamina D e Cálcio (BITTENCOURT, 2019).

Abaixo o quadro 1 apresenta a comparação desses nutrientes com a prescrição dietética elaborada para a paciente.

**Quadro 1.** Recomendação de ingestão diária de micronutrientes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Micronutrientes** |  **IDR para mulheres** | **Prescrição alimentar** |
| Vitamina C | ≥ 75 mg/d | 413,8 mg/d |
| Vitamina E | ≥ 15 mg/d | 15,5 mg/d |
| Vitamina A | ≥ 700 μg RAE | 706,1 μg RAE |
| Ferro |  18 mg/dia | 18,3 mg |
| Zinco | ≥ 8 mg/d | 17,4 mg/d |
| Cálcio | 1000 a 1500mg | 1191,6 mg/d |
| Vitamina D | 400 a 800 UI | 452 UI |

**EVOLUÇÃO NUTRICIONAL**

A paciente iniciou com dieta de manutenção de peso, porém, houve pequenas alterações no mesmo devido ao diagnóstico de hepatomegalia. Foi observada melhora nos exames bioquímicos, houve melhora também na qualidade de vida da paciente, que relatou ter tido menos enjoos. Medidas antropométricas sem grande alterações e classificação do IMC permanecendo como sobrepeso.

**5. CONCLUSÃO**

A CBP é uma doença pouco conhecida e estudada, porém a parte mais importante é retardar o progresso da doença a fim de evitar que o paciente seja submetido a um transplante hepático. O estudo deste caso e suas complicações foram fundamentais para que fosse planejado um tratamento nutricional de acordo com as características da doença. Sendo assim, foi constatado a importância dos bons hábitos alimentares junto aos medicamentos, tanto para com os exames laboratoriais, quanto para o bem estar e aumento da sobrevida da paciente, livre de internações.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Amodio, P. et al. 2013. The nutritional management of hepatic encephalopaty in patients with cirrhosis: international society for hepatic encephalopaty and nitrogen metabolism consensus. *Hepatology*, 58(1):325-336.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). 2016. *Diretrizes Brasileiras de Obesidade* – 4.ed.

Bittencourt, P.; Couto, C. A. 2019. *Manual de condutas em doenças colestáticas e autoimunes do fígado*.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. [Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Colangite Biliar Primária* - *Conitec*.](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Portaria-Conjunta-PCDT-Colangite-Biliar-SAES.pdf) Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Carey, E. J; Ali, A.H; Lindor, K.D. 2015. Primary biliary cirrhosis. *Lancet*, 386(10003):1565- 75

Corrigan, M.; Hirschfield, G. M. 2015. Aspects of the Pathophysiology of Primary Biliary Cirrhosis. *Digestive Diseases*, 33(2):102-108

Dorneles, C. T. L. et al. 2010. Terapia Nutricional em Crianças e Adolescentes com Cirrose: Uma Visão Atual. *Clínica & Pesquisa Biomédica*, 30(2).

EASL. 2009. Clinical Practice Guidelines: management of cholestatic liver diseases*. J Hepatology*; 51:237-67

Institute Of Medicine. 2004. Food and Nutrition Board. Vitamin A. In: DIETARY reference intakes for vitamina A, vitamin K, arsenic, boron, chrominum, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc. *Washington: National Academy Press*, 82-161

Jhaveri, M. A. Kowdley, K.V. 2017. Novos desenvolvimentos no tratamento da colangite biliar primária - papel do ácido obeticólico. *Ther Clin Risk Management*, 13:1053-1060

Jorge, S. G. 2011. Cirrose Biliar Primária. *Hepcentro*. Disponível em: <http://www.hepcentro.com.br/cbp.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2022.

Kaplan, M. M.; Gershwin, M. E. 2005. Primary biliary cirrhosis. *N Engl J Med*, 353:1261-73

Lindor, K. 2007. Ursodeoxycholic acid for the treatment of primary biliary cirrhosis. *N Engl J Med*, 357:1524-1529

Lindor, K. D. et al. 2009. Heathcote EJ. Primary biliary cirrhosis. *Hepatology*, 50:291-308

Llop, C. P.; Vilà, M. P. 2004. Implicaciones nutricionales de la cirrosis hepática. *Alimentación, Nutrición y Salud***,** 11(3):73-81

Meléndez, G. V. et al. 1997. Consumo alimentar de vitaminas e minerais em adultos residentes em área metropolitana de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 31(2):157-162

Mesejo, A.; Juan, M.; Serrano, A. 2008. Cirrosis y encefalopatía hepáticas: consecuencias clínico-metabólicas y suporte nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 23(2):8-18.

Mousa, H. S. et al. 2016. Novel therapeutics for primary biliary cholangitis: Toward a disease-stage-based approach. *Autoimmunity reviews*, 15(9): 870-6.

Ney, M. et al. 2013. Meta-analysis: oral or enteral nutritional supplementation in cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther*. 37(7):672-679.

Pandit, S. Samant, H. 2022. Primary Biliary Cholangitis. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459209>. Acesso em: 25 mar.2022

Pauth, M. et al. 1997. ESPEN guidelines for nutrition in liver disease and transplantation. *Clinical Nutrition*, 16:43-55.

Prince, M. I. et al. 2004. Asymptomatic primary biliary cirrhosis: clinical features, prognosis, and symptom progression in a large population based cohort. *Gut*, 53(6): 865-70.

Schramm, C. 2018. Phase 2 studies of two novel treatments for primary biliary cholangitis report encouraging results. *EurekAlert*. Disponível em: <https://www.eurekalert.org/pub_releases/2018-04/eaft-p2s041318.php>>. Acesso em: 30 mar. 2022.

Singal, A. K. et al. 2011. Antioxidants as therapeutic agents for liver disease. *Liver Int,* 31:1432-48.

Sociedade Brasileira de Hepatologia. 2015. Recomendações da sociedade brasileira de hepatologia para diagnóstico e tratamento das doenças colestáticas e hepatite autoimune - parte II.

[Teixeira, R. 2009. Sociedade Brasileira de Hepatologia: Cirrose biliar primária. *Programa de educação médica continuada*.](https://sbhepatologia.org.br/associados/fasciculos_pdf/cirrose_biliar_primaria_11.pdf)

Uddenfel, P.; Danielsson, A. 2000. Primary biliary cirrhosis: survival of a cohort followed for 10 years. *Journal of internal medicine*, 248(4):292-8.

World Health Organization (WHO). 1997. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Genova: WHO Technical Report Series.

World Health Organization (WHO). 2000. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Genova: WHO Technical Report Series.

**ANEXO**

**Tabela de alimentos presentes no questionário de frequência alimentar e suas respectivas medidas**

|  |  |
| --- | --- |
| **Produtos** | **Quantidade** |
| Arroz  | Colheres de sopa cheia  |
| Feijão  | Concha média |
| Macarrão  | Escumadeira cheia ou pegador  |
| Farinha de mandioca  | Colher sopa |
| Pão  | Francês |
| Pão doce  | Unidades  |
| Biscoito doce  | Unidades  |
| Bolos  | Fatias |
| Biscoito salgado | Pacote |
| Polenta ou angu | Pedaço |
| Batata frita ou chips  | Porção pequena |
| Batata  | Unidades |
| Mandioca, aipim  | Pedaço |
| Milho verde  | 1 espiga = 4 colheres de sopa |
| Pipoca  | Sacos |
| Inhame/cará  | Pedaço |
| Lentilha/ervilha/grão de bico | Colher sopa |
| Alface  | Folhas |
| Couve  | Colher de sopa cheia |
| Repolho  | Colher de sopa cheia |
| Laranja, tangerina  | Unidades |
| Banana  | Unidades |
| Mamão ou Papaia  | Fatia/meio papaia |
| Maçã  | Unidade |
| Melancia/melão  | Fatia |
| Abacaxi  | Fatia |
| Abacate  | ½ unidade |
| Manga | Unidade |
| Limão | - |
| Maracujá  | - |
| Uva  | Cacho médio |
| Goiaba  | Unidade |
| Pêra  | Unidade |
| Chicória  | Colher de sopa cheia |
| Tomate  | Unidade |
| Chuchu  | Colher sopa cheia |
| Abóbora  | Colher sopa cheia |
| Abobrinha  | Colher sopa cheia |
| Pepino  | Fatias |
| Vagem  | Colher sopa cheia |
| Quiabo  | Colher sopa cheia |
| Cebola  | - |
| Alho  | - |
| Pimentão  | - |
| Cenoura  | Colher de sopa cheia |
| Beterraba  | Fatias |
| Couve-flor  | Ramo ou flor |
| Ovos  | Unidades |
| Leite integral  | Copo |
| Leite desnatado  | Copo |
| Iogurte/coalhada  | Unidades |
| Queijo  | Fatia média |
| Requeijão  | - |
| Manteiga ou margarina  | - |
| Vísceras: fígado, coração, bucho, etc.  | Pedaços |
| Carne de boi com osso/mocotó/rabo, etc.  | Pedaços |
| Carne de boi sem osso  | 1 bife médio ou 4 colheres sopa de moída ou 2 pedaços assados |
| Carne porco  | Pedaços |
| Frango  | Pedaços |
| Salsicha, lingüiça  | Unidade ou gomo |
| Peixe fresco  | Filé ou posta |
| Peixe enlat. (sardinha, atum)  | Latas |
| Hamburger  | Unidade |
| Pizza  | Pedaço |
| Camarão  | Unidades |
| Bacon e toucinho  | Fatis |
| Maionese  | Colher de chá |
| Salgados: kibe, pastel, etc.  | Unidades |
| Sorvete  | Unidade |
| Açúcar  | Colher de sobremesa |
| Caramelos, balas  | - |
| Chocolate pó/Nescau  | Colher de sobremesa |
| Chocolate barra ou bombom  | 1 pequeno (30g) ou 2 bombons |
| Pudim/doce de leite  | Pedaço |
| Refrigerantes  | Copos |
| Café  | Xícara |
| Sucos  | Copo |
| Mate  | Copo |
| Vinho  | Copo |
| Cerveja  | Copo |
| Outras bebidas alcoólicas  | Dose |