

# **AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DOS PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL REGIONAL DA ASA**

Monografia apresentada ao Supervisor do Programa de Residência médica em Terapia Intensiva Pediátrica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Terapia Intensiva Pediátrica  
Residência Médica de Terapia Intensiva Pediátrica  
Hospital Regional da Asa Sul  
Brasília, DF  
2010

**INAJARA BIROLI MARINHO**

**ORIENTADORA: DRA CIRA ANTUNES COSTA**

<b>1. Introdução .....</b>	<b>02</b>
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>04</b>
<b>3. Material e métodos .....</b>	<b>05</b>
<b>4. Resultados</b>	
<b>4.1 Classificação nutricional .....</b>	<b>07</b>
<b>4.2 Tipo de suporte nutricional utilizado.....</b>	<b>09</b>
<b>4.3 Tempo de início da dieta desde a admissão na UTIP .....</b>	<b>10</b>
<b>4.4 Avaliação laboratorial .....</b>	<b>11</b>
<b>5. Conclusões .....</b>	<b>15</b>
<b>6. Referências bibliográficas .....</b>	<b>16</b>
<b>7. Anexo .....</b>	<b>18</b>

[www.paulomargotto.com.br](http://www.paulomargotto.com.br)

## **1. Introdução**

A desnutrição ocorre em 19 a 80% dos pacientes hospitalizados, variando de acordo com os estados mórbidos. Alguns pacientes internam já desnutridos e tem o seu estado nutricional agravado; outros desenvolvem desnutrição durante a internação. Segundo o IBRANUTRI, Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar, realizado em hospitais de 13 unidades da Federação, a prevalência da desnutrição em pacientes internados em hospitais públicos brasileiros é de 48,1% (Waitzberg *et al*, 2001).

Nas UTIs, esta taxa varia de 30 a 60%, sendo mais elevada neste paciente crítico devido à alteração no metabolismo dos diferentes substratos e ao déficit de nutrientes (Maicá & Schweigert, 2008).

Ensaio clínicos têm mostrado que o paciente desnutrido pode ter até vinte vezes mais complicações que o paciente eutrófico. Um estado de estresse metabólico, definido como condição originada por trauma, infecção ou doença inflamatória, típico de pacientes críticos, promove modificações substanciais no metabolismo intermediário, com tendência ao catabolismo, maior consumo de oxigênio e gasto energético total, hiperglicemia e perda muscular (Telles Jr & Leite, 2005; Vincent, 2007).

Ocorre uma resposta generalizada do organismo que é iniciada e perpetuada por uma combinação de estímulos hormonais, neurais e ambientais. Se a quantidade e a qualidade dos substratos forem insuficientes para as demandas metabólicas, poderá advir disfunção orgânica (Telles Jr & Leite, 2005).

Ainda segundo o IBRANUTRI, a prevalência da desnutrição em adultos aumentava de 31,8% na admissão para 61% na alta hospitalar, deixando clara a importância do adequado suporte nutricional durante a internação.

Múltiplos estudos sugerem que a implementação precoce (antes de 36-72h) de suporte nutricional é associada à melhora dos resultados clínicos, menor tempo de internação na UTI, redução nas taxas de infecção e melhora da função imune (Petrillo-Albarano *et all*, 2006). Dentro de uma Unidade de Terapia intensiva, alguns fatores frequentemente interferem na adequada oferta calórica, como intolerância à alimentação ou por ocasião de suspensão da dieta devido procedimentos invasivos (Vincent, 2007).

Para realizar uma avaliação do estado nutricional do paciente grave, são usados os mesmos métodos de outros pacientes, tais como antropometria, marcadores bioquímicos e pregas cutâneas. Estes podem ser aplicados logo que o paciente chega ao hospital, mas é preciso ter cuidado ao interpretá-los, porque podem ser afetados pelas alterações originadas pela enfermidade aguda e pelo tratamento (Maicá & Schweigert, 2008).

A melhor avaliação do estado nutricional prévio é uma história detalhada da doença e consumo nutricional, combinado com exame físico da distribuição de massa muscular e gordura (Griffiths & Bongers, 2005).

A avaliação nutricional do paciente grave tem como objetivos estimar o risco de mortalidade e morbidade da desnutrição, identificando e individualizando as suas causas e consequências, com indicação e intervenção mais precisa daqueles pacientes com maior possibilidade de beneficiar-se do suporte nutricional (Maicá & Schweigert, 2008).

## **2. Objetivos**

### **2.1 Geral**

Realizar avaliação nutricional dos pacientes internados na UTI pediátrica do Hospital Regional da Asa Sul, identificando os pacientes desnutridos ou com risco nutricional

### **2.2 Específicos**

- Realizar avaliação nutricional segundo coleta de dados da história clínica, antropometria, pregas cutâneas e marcadores bioquímicos, realizada nas primeiras 48h da internação na UTIP;
- Avaliar o tipo de suporte nutricional utilizado, se enteral ou parenteral;
- Indicar o tempo transcorrido desde a internação na UTIP até o início do suporte nutricional;
- Avaliar exames laboratoriais quanto à presença de anemia, linfopenia e hipoalbuminemia colhidos à admissão;

### **3. Material e Métodos**

O presente estudo foi realizado no período de fevereiro a julho de 2009, nos pacientes com idade entre 29 dias e 5 anos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Regional da Asa Sul, em Brasília.

A avaliação nutricional foi feita no período de 24 até 48 horas da admissão do paciente na Unidade. Foram utilizados como critérios de exclusão: 1) Crianças com idade inferior ou igual a 28 dias e maiores que 5 anos completos; 2) Crianças portadoras de síndromes genéticas; 3) Tempo de internação em UTIP menor que 24 horas.

Foi realizada anamnese com familiar da criança sobre história alimentar desde o nascimento, hábitos atuais e história recente de perdas aumentadas ou ganho de peso inadequado.

O exame antropométrico de todas as crianças foi realizado pelo mesmo examinador. Quando na impossibilidade de aferição do peso devido ao estado clínico da criança, o mesmo foi informado por um responsável. A estatura foi medida com a criança em decúbito dorsal e cabeceira reta, com régua pediátrica. Em todas as crianças com idade inferior a um ano, foi medido o perímetro cefálico. No braço direito foram verificadas a circunferência do braço e prega tricipital.

Foram colhidos dados no prontuário quanto aos resultados de exames laboratoriais realizados à admissão, referentes à série vermelha, leucometria com diferencial (porcentagem de linfócitos) e, quando possível, valor de albumina sérica.

Todos esses dados foram anotados em ficha conforme consta no Anexo.

Os resultados foram colocados em planilha do Microsoft Office Excel 2007 e analisados comparativamente.

A classificação quanto ao quadro nutricional foi realizada conforme as curvas da Organização Mundial de Saúde de 2006 / 2007, por meio do escore Z para Peso / Idade e Estatura / Idade. O escore Z foi calculado pelo programa Growth Analyser 3.5 (Dutch Growth Foundation), após inserção de dados como data de nascimento, peso, estatura, idade e data da aferição.

Foi feita análise comparando o tipo de dieta iniciada, se enteral ou parenteral e o tempo transcorrido desde a admissão até o início do suporte nutricional para cada paciente.

Por fim, a avaliação laboratorial baseou-se em resultados de: hemoglobina para identificar presença de anemia ( $Hb < 11$  g/dL para maiores de 6 meses e  $Hb < 9,5$  g/dL para crianças com idade entre 1 e 6 meses); leucometria com porcentagem de diferencial de linfócitos (linfopenia se linf totais  $< 1500/mm^3$ ) e quando possível a dosagem sérica de Albumina (valores normais de 3,5 a 5,0 g/dL).

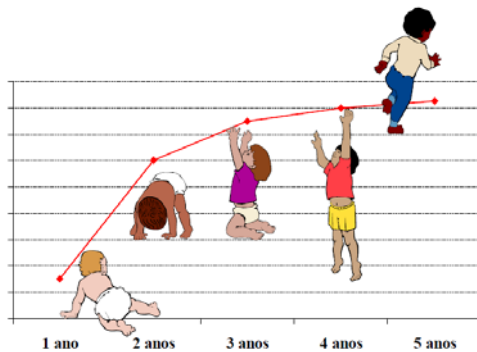
## **4. Resultados e Discussão**

### **4.1 Classificação nutricional**

Em 1993 um comitê de especialistas da Organização Mundial de Saúde ressaltou que o padrão de crescimento utilizado (NCHS 1977) tinha problemas técnicos e biológicos graves, sendo o principal deles a presença de aleitamento artificial. Então em 1994 a Assembléia Mundial de Saúde discutiu a necessidade de se criar um novo padrão mundial, trabalho este que foi realizado pela OMS em quatro continentes (América, África, Europa e Ásia). Foram incluídas crianças com família cujas condições socioeconômicas eram favoráveis, em aleitamento materno exclusivo e que pretendiam manter o aleitamento segundo as recomendações. Todos eram nascidos à termo, de mãe não fumantes e sem morbidades significativas.

Esse conjunto das novas curvas da OMS é um instrumento tecnicamente robusto e representa a melhor descrição existente do crescimento físico para crianças menores de 5 anos de idade.

O novo padrão representa o crescimento infantil normal sob condições ambientais ótimas e deve ser usado para avaliar crianças de qualquer país, independente de etnia, condição socioeconômica e tipo de alimentação.



Utilizamos em nosso trabalho o programa Growth Analyser 3.5 (Dutch Growth Foundation) para definirmos o escore Z para Peso / Idade e Estatura / Idade das nossas crianças. Conforme os resultados, pudemos classificá-las conforme o figura abaixo:

**Pontos de corte de peso por idade para crianças:**

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Peso Muito Baixo para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Peso Baixo para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 97	≥ Escore-z -2 e < Escore-z +2	Peso Adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2	Peso elevado para a idade

**Pontos de corte de estatura por idade para crianças:**

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 3	< Escore-z -2	Baixa Estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade

No presente estudo 48,3% das crianças apresentavam desnutrição já à admissão na UTI. A mesma porcentagem, 48,3%, tinham peso e estatura adequados para a idade. E apenas 3,6% tinha estatura adequada porém peso elevado, classificada como obesa, conforme mostrado no Gráfico 1.



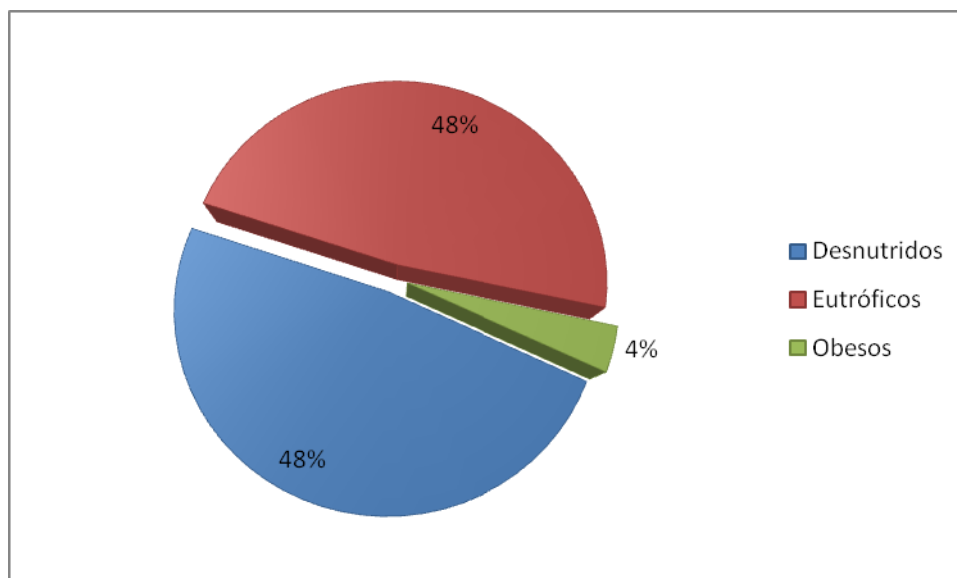


Gráfico 1. Classificação nutricional dos pacientes à admissão

Do total de crianças que tinham peso muito baixo para a idade, 88,8% também apresentavam baixa estatura e entre aquelas com peso baixo, 100% tinham estatura baixa para a idade. Podemos então concluir que do universo de crianças que apresentaram peso baixo ou muito baixo para a idade, 92,8% também apresentavam baixa estatura, o que configura desnutrição de longa data, considerada crônica.

	Peso				Total	
	Adequado	Baixo	Muito baixo	Elevado		
Estatura	Adequada	15 (48,3)	00 (0)	01 (3,2)	01 (3,2)	17 (54,8)
	Baixa	01 (3,2)	05 (16,1)	08 (25,8)	00 (0)	14 (45,1)
Total		16 (51,6)	05 (16,1)	09 (29,0)	01 (3,2)	<b>31 (100%)</b>

Tabela 1. Distribuição do grupo conforme peso e estatura

#### 4.2 Tipo de suporte nutricional utilizado

Existem controvérsias a respeito de qual a via preferencial para se realizar o suporte nutricional no doente grave.

No presente estudo, apenas em 3 pacientes (9,6%) foi iniciada nutrição parenteral, evidenciando-se a preferência do serviço pela via enteral, conforme indica o Gráfico 2. Os 3 pacientes eram procedentes do Centro Cirúrgico onde realizaram cirurgias com manipulação de sistema gastrointestinal (2 Enterectomias por Invaginação Intestinal e 1 Fístula Bilio-digestiva). Em todos os outros pacientes, (90,7%), não cirúrgicos, foi iniciada dieta por via enteral.

Apesar da nutrição parenteral suprir uma necessidade calórica mais rápida e facilmente, podendo prevenir a desnutrição, as mudanças na estrutura da mucosa e na função imune devido ao jejum permanecem. Estas alterações são atrofia do sistema linfóide associado ao intestino, redução na secreção nos níveis IgA e das defesas da mucosa contra invasão bacteriana (Telles Jr & Leite, 2005; Vincent, 2007).

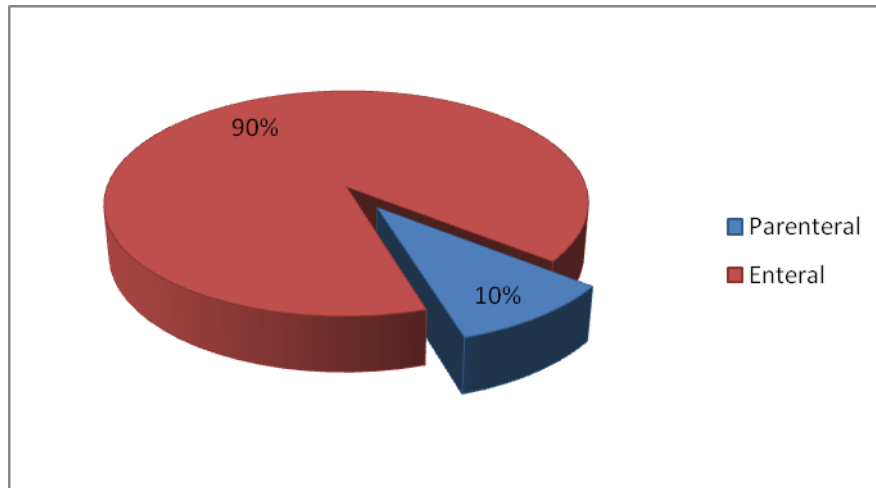


Gráfico 2. Tipo de suporte nutricional iniciado

Sendo assim, nota-se uma tendência atual a optar-se pela via enteral sempre que possível, já que é a via mais fisiológica e tem reduzida taxa de complicações quando comparada à nutrição parenteral total (Petrillo-Albarano *et al*, 2006).

A prática de se esperar para iniciar a nutrição enteral era baseada no pressuposto que os pacientes criticamente doentes apresentam gastroparesia ou íleo paralítico e que suportariam até 5-7 dias sem nutrição. Porém em estudo publicado por Briassoulis *et al* em 2001, 86% dos pacientes toleraram receber alimentação via intragástrica antes de 12 horas após a admissão.

### **4.3 Tempo de início da dieta desde a admissão na UTIP**

A implementação precoce (antes de 36-72h) de suporte nutricional é associada com melhores resultados clínicos, menos dias de internação, redução nas taxas de infecção e melhora da função imune (Petrillo-Albarano *et al*, 2006).

Pacientes com doenças graves são susceptíveis à desnutrição secundária ao hipermetabolismo. O jejum e a desnutrição atrofiam a mucosa e reduzem a produção de DNA pelo enterócito, reduzindo a síntese protéica e a proliferação celular. Com a atrofia e a ausência de substrato há redução da atividade intestinal, que resultam em má absorção de nutrientes. Assim, frequentemente há intolerância à realimentação até que a massa da mucosa intestinal e a atividade enzimática sejam reestabelecidas (Telles Jr & Leite, 2005).

No nosso trabalho, em 96,7% dos doentes foi iniciada dieta antes de 48 horas pós admissão, sendo que 48,3% (15 pacientes) iniciaram a nutrição nas primeiras 12 horas pós admissão.

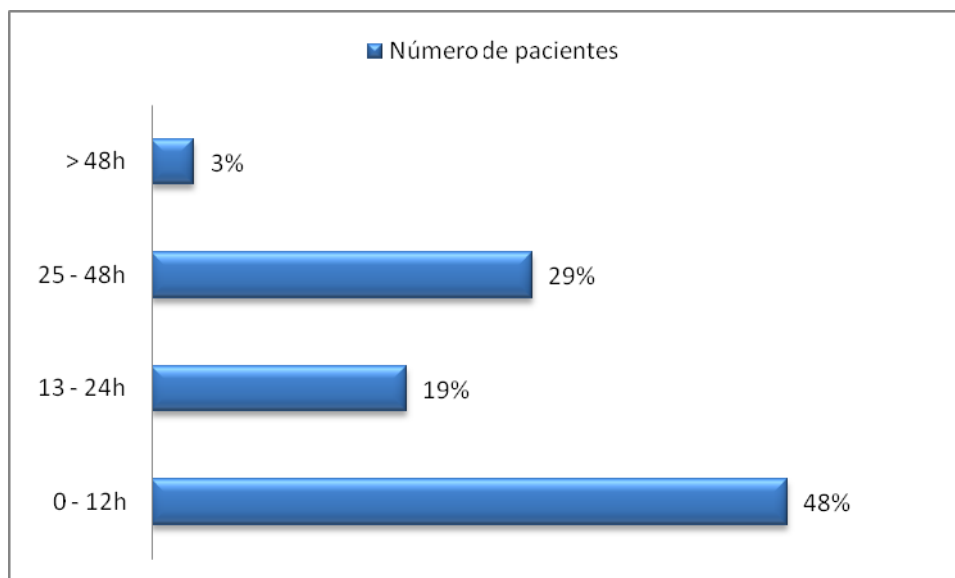


Gráfico 3. Tempo decorrido desde a admissão até o início do suporte nutricional

#### 4.4 Avaliação laboratorial

##### Anemia

A anemia é um indicador não só de saúde de uma população, mas também de má nutrição. Segundo estudo da OMS realizado de 1993 a 2005 em todo o mundo, 76,1% das crianças com idade até 5 anos tinham anemia. Os efeitos mais dramáticos de uma anemia severa refletem-se no aumento da mortalidade infantil.

A importância do diagnóstico precoce da anemia está no fato de se tratar de doença sistêmica que determina distúrbios no crescimento e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, de intensidade variável e no comportamento cognitivo, além de estar associada ao aumento da susceptibilidade às infecções (Camillo *et al*, 2008).

Num estudo da OMS, a anemia foi definida conforme o nível de hemoglobina, variando de acordo com idade, sexo e estados fisiológicos, como gestação. Para a faixa etária de 6 meses a 5 anos, foi utilizado como valor de

referência níveis de hemoglobina inferiores a 11 g/dL. Aquele estudo não realizou pesquisa em crianças com idade inferior a 6 meses.

Segundo Verrasto, para crianças maiores de 6 meses, a referência para os níveis de hemoglobina também é 11,0 g/dL e para aquelas com idade abaixo de 6 meses, excetuando-se os recém-nascidos, o valor de referência da hemoglobina para definir anemia é abaixo de 9,5 g/dL.

**Valores normais para eritrócitos, hemoglobina, hematócrito**

Tipo de individuo	Eritrócitos ( $\times 10^6/\text{mm}^3$ )	Hemoglobina (g/100mL)	Hematócrito (%)
Recém nascidos (a termo)	4 - 5,6	13,5 - 19,6	44 - 62
Crianças (3 meses)	4,5 - 4,7	9,5 - 12,5	32 - 44
Crianças (1 ano)	4,0 - 4,7	11,0 - 13	36 - 44
Crianças (10 a 12 anos)	4,5 - 4,7	11,5 - 14,8	37 - 44
Mulheres (gestantes)	3,9 - 5,6	11,5 - 16,0	34 - 47
Mulheres	4,0 - 5,6	12 - 16,5	35 - 47
Homens	4,5 - 6,5	13,5 - 18	40 - 54

Fonte: Verrasto, 2005

***Haemoglobin thresholds used to define anaemia***

Age or gender group	Haemoglobin threshold (g/l)
Children (0.50–4.99 yrs)	110
Children (5.00–11.99 yrs)	115
Children (12.00–14.99 yrs)	120
Non-pregnant women ( $\geq 15.00$ yrs)	120
Pregnant women	110
Men ( $\geq 15.00$ yrs)	130

Fonte: OMS, 2008

Utilizando então os valores supracitados para definir em nosso estudo a prevalência de crianças anêmicas à admissão na UTI, pudemos constatar que 51,6% já internaram com diagnóstico de anemia.

Deste total de crianças anêmicas, 53,3% eram eutróficas. Apenas 20,1% tinham peso muito baixo e 26,6% tinham peso baixo para a idade.

## **Linfopenia**

A desnutrição energética-protéica prejudica a imunidade sistêmica alterando a aderência e quimiotaxia dos fagócitos, diminuindo o número de linfócitos e reduzindo os níveis de imunoglobulina (Telles Jr & Leite, 2005).

Na prática, o parâmetro mais simples e utilizado para correlacionar a imunidade celular e o estado nutricional é a contagem de linfócitos totais. Valores inferiores a 1500 /mm<sup>3</sup> poderiam estar relacionados ao maior grau de desnutrição e, conseqüentemente, à maior taxa de mortalidade (Telles Jr & Leite, 2005).

Neste trabalho, 19,3% (6 pacientes) apresentavam valores de linfócitos totais menores que 1500/mm<sup>3</sup>, porém 4 deles (66,6%) foram classificados como adequados para estatura e para peso segundo o escore z. Os outros 2 pacientes (33,4%) eram desnutridos crônicos, já que apresentavam não somente peso baixo / muito baixo, como também estatura baixa.

## **Hipoalbuminemia**

A medida do nível sérico das proteínas viscerais pode auxiliar na caracterização do estado nutricional do paciente. A proteína visceral ideal deveria apresentar características como: meia vida biológica reduzida, pequeno pool sérico e rápida responsividade quando há deficiência ou repleção protéica. Entre as principais proteínas viscerais utilizadas na avaliação nutricional / metabólica temos Albumina, Transferrina, Proteína ligado ao retinol e Pré-albumina (Telles Jr & Leite, 2005).

Em nosso Serviço temos disponível apenas a dosagem da Albumina, tendo sido esta a proteína dosada em nosso estudo. Dos 12 pacientes investigados, 10 ( 83,3%) já apresentavam níveis de albumina menores que 3,5 g/dL, fato este que demonstra um déficit nutricional prévio nestes pacientes, já que a Albumina é a proteína visceral que apresenta a maior meia vida (20

dias), sendo então considerada não ideal para detectar um quadro de desnutrição agudo.

O diagnóstico nutricional de pacientes, principalmente pediátricos, à admissão hospitalar ainda é muito negligenciado. A grande importância deste diagnóstico, principalmente em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, está no fato de que o paciente grave é mais susceptível à desnutrição devido ao hipermetabolismo. Se ele já é admitido desnutrido, a atenção deve ser redobrada quanto ao início de suporte nutricional o mais rápido quanto for possível. Exames laboratoriais ajudam a diagnosticar fatores que influenciam diretamente no quadro nutricional.

## **5. Conclusões**

- Em nosso Serviço. 48,3% das crianças já foram admitidas na UTIP desnutridas; outros 48,3% eram eutróficas e 3,4% obesas; entre os desnutridos, 92,8% apresentavam também baixa estatura, o que configura quadro de desnutrição crônica;
- Em 90,7% das crianças admitidas foi iniciada dieta enteral, sendo que na pequena parcela em que se iniciou nutrição parenteral 100% dos pacientes eram procedentes do Centro Cirúrgico e tinham sido submetidos à Cirurgias em Aparelho Digestório;
- Em 48,3% dos pacientes foi iniciado o suporte nutricional em até 12 horas após a admissão na UTIP; na grande maioria, 96,7%, o suporte foi iniciado em até 48 horas;

- Entre os fatores que podem influenciar no quadro nutricional, a anemia foi encontrada em 51,6% das crianças à admissão; destas, 46,7% já tinham diagnóstico de desnutrição; a linfopenia foi encontrada em 19,3%, sendo que 66,6% destes eram eutróficos; a Albumina sérica, dosada em apenas uma parcela dos pacientes, mostrou-se já reduzida em pelo menos 83,3%, o que juntamente com a avaliação nutricional configura quadro de desnutrição de longa data nestas crianças;
- O diagnóstico nutricional de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica ainda é subutilizado. Trata-se de diagnóstico de grande importância clínica, já que o paciente grave pode desenvolver ou agravar uma desnutrição devido ao hipermetabolismo.

## 6. Referências Bibliográficas

Briassoulis GC, Zarvas NJ, Hatzis TD. Effectiveness and safety of a protocol for promotion of early intragastric feeding in critically ill children. **Pediatr Crit Care Med** 2001; 2:113-121.

Camillo CC, Amancio OMS, Vitalle MSS, Braga JAP, Juliano Y. Anemia ferropriva e estado nutricional de crianças de creches de Guaxupé. **Rev Assoc Med Bras** 2008; 54 (2): 154-9.

Griffiths RD, Bongers T. Nutrition support for patients in the intensive care unit. **Postgrad Med J** 2005; 81:629-36.

Maicá AO, Schweigert D. Avaliação nutricional em pacientes graves. **Rev Bras Ter Intensiva** 2008; 20 (3): 286-95.



Mota EM, Garcia PCR, Piva JP, Fritscher CC. A influência da desnutrição na utilização de ventilação mecânica em crianças admitidas em UTI pediátrica. **J Pediatr** **2002**; 78 (2): 146-52.

Organização Mundial de Saúde. Manejo da Desnutrição Grave: Um manual para profissionais de saúde de nível superior. Genebra, **OMS 1999**.

Petrillo-Albarano *et all*. Use of a feeding protocol to improve nutritional support through early, aggressive, enteral nutrition in the pediatric intensive care unit. **Pediatr Crit Care Med** **2007**; vol 7, nº4: 340-44.

Sarni ROS, Carvalho MFCC, Monte CMG, Albuquerque ZP, Souza FIS. Avaliação antropométrica, fatores de risco para desnutrição e medidas de apoio nutricional em crianças internadas em hospitais de ensino no Brasil. **J Pediatr** **2009**; 85 (3): 223-28.

Telles Jr M, Leite HP. **Terapia Nutricional no Paciente Pediátrico Grave**. São Paulo: Editora Atheneu, **2005**; pág 41-47.

Verrasto T. **Hematologia e hemoterapia**. São Paulo: Editora Atheneu, **2005**.

Vincent JL. Metabolic support in sepsis and multiple organ failure: More questions than answers. **Crit Care Med** **2007**; vol 35 nº 9 (Suppl).

Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. **Nutrition** **2001**; Jul-Aug;17(7-8):573-80.

World Health Organization. Child Growth Standards. Geneva, **WHO Library, 2006**. Acesso em dezembro de 2010: [http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical\\_report.pdf](http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf)

World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia. Geneva, **WHO Library, 2008**. Acesso em dez/2010: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf)

## Anexo

### AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Nome: \_\_\_\_\_ Reg: \_\_\_\_\_

Internação: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_ PN: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: Insuficiência respiratória ( )  
Sepsis ( )  
Insuficiência renal ( )  
Insuficiência cardíaca ( )  
Choque ( )  
Trauma ( )  
Distúrbio metabólico ( )  
Mal convulsivo ( )  
Outros \_\_\_\_\_

ANAMNESE:

Perda de peso / Ganho inadequado:

Perdas aumentadas:

História alimentar:

Apetite:

Capacidade funcional:

EXAME FÍSICO:

Alteração de pele, mucosa e fâneros: SIM ( ) NÃO ( )  
Perda de gordura subcutânea: SIM ( ) NÃO ( )  
Perda de massa muscular: SIM ( ) NÃO ( )  
Presença de edema: SIM ( ) NÃO ( )

P: \_\_\_\_\_ E: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_

CB: \_\_\_\_\_ PCT: \_\_\_\_\_ AMB: \_\_\_\_\_

P/I: \_\_\_\_\_ E/I: \_\_\_\_\_ P/E: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAIS:

Albumina: \_\_\_\_\_ Hemoglobina: \_\_\_\_\_ Hto: \_\_\_\_\_

Leucócitos: \_\_\_\_\_ Linfócitos: \_\_\_\_\_

DATA DO INÍCIO DO SUPORTE NUTRICIONAL: \_\_\_\_\_

Fatores para não realizar a NP nas primeiras 72h:

- ( ) NE progressiva ( ) Distúrbio hidroeletrólítico ( ) Morte encefálica  
( ) Cuidados paliativos ( ) Insuficiência renal ( ) Insuficiência hepática  
( ) Choque descompensado ( ) \_\_\_\_\_

Fatores para não iniciar a NE nas primeiras 72h:

- ( ) Choque descompensado ( ) Íleo paralítico ( ) Obstrução intestinal  
( ) Vômitos incoercíveis ( ) Resíduo gástrico ( ) \_\_\_\_\_  
( ) Hemorragia digestiva ( ) Morte encefálica

Motivos para interrupção da NE: Período: \_\_\_\_\_

- ( ) Resíduo gástrico ( ) Hemorragia digestiva ( ) Distensão abdominal  
( ) Diarréia ( ) Vômitos ( ) procedimento cirúrgico

( ) \_\_\_\_\_