

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA

MARIA DALLA NORA PIMENTEL

RECIFE – PE
2019

MARIA DALLA NORA PIMENTEL

Relatório do Estágio em Nutrição Clínica como
requisito básico para a conclusão do curso de
Nutrição na Faculdade Pernambucana de Saúde.

Supervisor de estágio: Derbeson de Macedo

RECIFE – PE
2019

RESUMO

O relatório curricular obrigatório foi elaborado por Maria Dalla Nora Pimentel estudante de nutrição pela Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS com finalidade de concluir o rodízio em Nutrição Clínica. As atividades do estágio foram realizadas no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), situado na R. dos Coelhos, 300 - Boa Vista, Recife - PE. Durante o período de 11 de Abril a 20 de Maio de 2019, com carga horária média de 30 horas semanais totalizando 175 horas. O estágio foi dividido em dois rodízios: **Clínica médica I + Oncologia**. O estágio teve como objetivo possibilitar a prática na área de Nutrição Clínica por meio de atividades de intervenção dietoterápica individualizada, em âmbito hospitalar e/ou ambulatorial, nas diversas especialidades clínicas, oportunizando o desenvolvimento de tarefas de rotina do nutricionista clínico embasado nos conhecimentos científicos pertinentes a cada caso, enfatizando os distúrbios metabólicos e patológicos de repercussão nutricional com a aplicação prática na dietoterapia, favorecendo, ainda, a integração do estudante com os pacientes, nutricionistas clínicos e com a equipe interdisciplinar e multiprofissional.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. DESENVOLVIMENTO.....	6
2.1 Características da Instituição	6
2.2 Serviço de Nutrição (Sn).....	8
2.3 Enteral e Lactário	12
2.4 Atendimento ao Paciente	13
2.5 Desempenho do Serviço de Nutrição em Função dos Objetivos e Características do Hospital	14
2.6 Avaliação da Programação do Estágio.....	15
3. CASOS CLÍNICOS.....	15
4. CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

1. INTRODUÇÃO

Consistindo na oportunidade oferecida aos estudantes para que possam vivenciar o conteúdo teórico adquirido em sala de aula e obter novos conhecimentos, o estágio proporciona uma maior compreensão dos conteúdos abordados pelo curso, além da reflexão e futura confirmação sobre a área de atuação do profissional.

O objetivo do estágio é o aprendizado associado a um treinamento específico voltado para o exercício da atividade profissional e conseqüentemente a compreensão da importância do profissional perante a sociedade.

O estágio é uma atividade educativa, de caráter temporário, realizada em ambiente de trabalho e que visa o aprendizado de competências próprias da atividade profissional. Para o estudante é um momento único, rico em novos conhecimentos e possibilidades de explorar o mercado de trabalho, testar suas habilidades e aplicar os conhecimentos adquiridos durante o curso.

O estágio é um processo de aprendizagem indispensável a um profissional que deseja estar preparado para enfrentar os desafios de uma carreira. É uma oportunidade de assimilar também a teoria e a prática, aprender as peculiaridades da profissão, conhecer a realidade do dia-a-dia, no que o acadêmico escolheu para exercer. A finalidade do estágio é proporcionar ao estudante um trabalho para a complementação do ensino no curso que ele está fazendo. Tem natureza pedagógica, visando à melhor formação profissional do estagiário.

Foi dividido em dois rodízios: **Clínica médica I + Oncologia**. A **Clínica Médica I** está localizada no 1º andar do prédio Dom Pedro II, e é dividida em enfermaria masculina e feminina. A **Oncologia** está localizada no 1º andar do prédio Dom Pedro II dividido em enfermarias masculina e feminina.

Durante o período vivenciado além da avaliação do conhecimento técnico próprio da nutrição, a conduta profissional deste estudante enquanto profissional de saúde, respeito ao local (instituição), cumprimento do horário, vestimenta, respeito aos colegas e as equipes multidisciplinares, são critérios que compõem o acadêmico, sendo também analisados pelos preceptores. Tendo também como prioridade proporcionar ao estagiário a vivência na atenção ao paciente, a triagem nutricional adequada, a priorização do apoio nutricional individualizado que envolve o cálculo da prescrição dietética, a prática da avaliação

antropométrica e a coleta de dados sobre a anamnese alimentar, além do olhar humano, a postura e profissionalismo diante de diversas situações envolvendo pacientes.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Características da Instituição

- **A INSTITUIÇÃO**

Fundado em 1960 por um grupo de médicos, liderados pelo Professor Fernando Figueira, seu mentor, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP é uma entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, o Complexo Hospitalar do IMIP é reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do País, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas.

Referência também na implantação de serviços, o IMIP executa pesquisas e treinamento técnico em recursos humanos da área de saúde para organismos nacionais e internacionais, governamentais e não governamentais. Por incentivar o aleitamento materno numa época em que pouco se falava sobre o assunto, o IMIP foi o primeiro hospital do Brasil a receber o título de "Hospital Amigo da Criança", concedido pela Organização Mundial de Saúde/UNICEF/Ministério da Saúde. Com mais de mil leitos, o IMIP realiza mais de 600 mil atendimentos anuais em seus serviços.

Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, ao prestar assistência integral à saúde da criança, da mulher e do adulto, o Complexo Hospitalar do IMIP é reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do país. Com mais de mil leitos, o IMIP realiza mais de 600 mil atendimentos anuais em seus serviços.

O Complexo Hospitalar do IMIP é um conjunto de dez prédios, incluindo o Hospital Pedro II, distribuídos numa área de 53 mil m² que oferece, através do SUS, serviços ambulatoriais e hospitalares, especializados para crianças, mulheres e homens, com centro de diagnóstico e medicina intervencionista próprio, Hospital-Dia, emergências e salas para realização de diferentes terapias.

- **OBJETIVO**

Dar suporte as famílias carentes, dentro das melhores normas científicas, dispondo de equipamentos necessários para pesquisas levando em consideração às condições socioeconômicas da família nordestina e a prioritária atenção aos programas de formação de pessoal da área de saúde. Além de ter como projeto institucional a missão de assistência, ensino e pesquisa.

- **ESTRUTURA ADMINISTRATIVA (organograma):**

Figura 1 – Organograma da Estrutura Administrativa



Fonte: DMF

- **TIPO DE HOSPITAL**

Instituição filantrópica, operando na assistência à saúde, pesquisa e ensino.

- **TIPO DE POPULAÇÃO ATENDIDA**

Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, prestando assistência integral à saúde da criança, da mulher e do adulto.

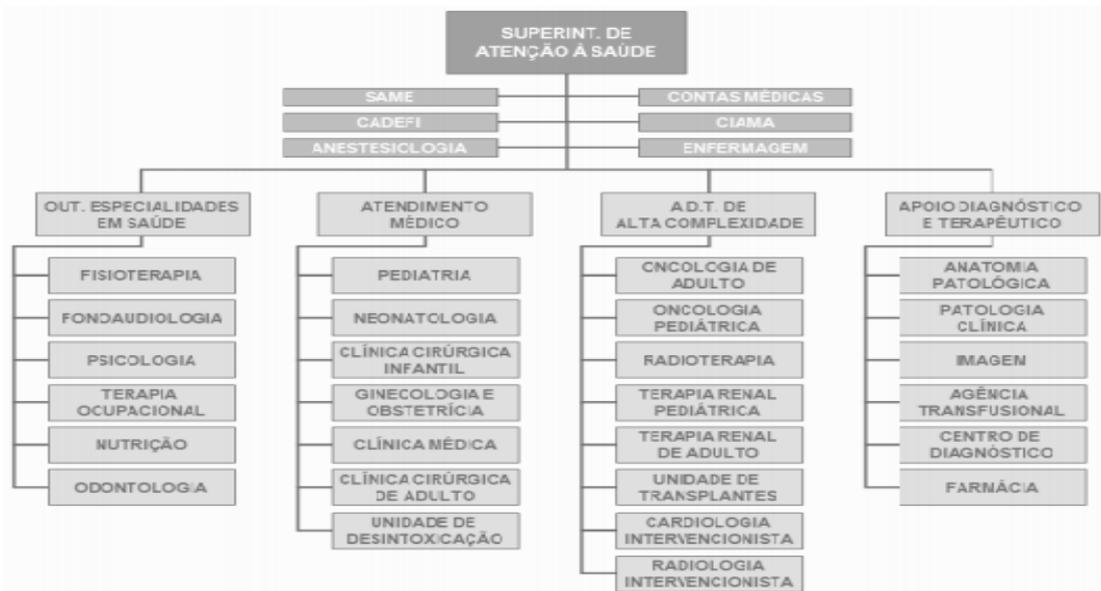
- **NÚMERO DE LEITOS, PORCENTAGEM DE OCUPAÇÃO E TEMPO DE PERMANÊNCIA**

- **Clínica Médica I (feminina e masculina):** 16 leitos femininos; 16 leitos masculinos; (32 leitos ao todo); Percentual de ocupação: Atualmente 80%; Tempo de permanência: Como é uma clínica de caráter mais investigativo muitas vezes os pacientes chegavam a passar mais que 1 semana;

- **Oncologia:** 16 leitos masculinos; 16 leitos femininos(32 leitos ao todo); Percentual de ocupação: 96%; tempo de permanência: Como são pacientes que muitas vezes se internam por algum rebaixamento em decorrência do tratamento como: náuseas e vômitos, disfagia, odinofagia, mucosite, diarreia ou constipação, algum procedimento cirúrgico, entre outros, eles podem ficar 1 semana, ou estender o tempo de internamento.

- **ESPECIALIDADES**

Figura 2 – Organograma das Especialidades



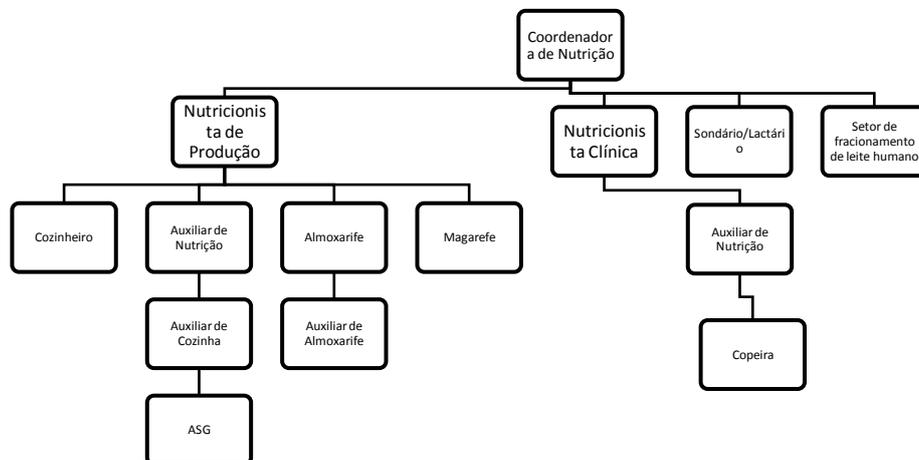
2.2 Serviço de Nutrição (Sn)

- Características do serviço:

- OBJETIVOS

A nível de internamento hospitalar, recuperar o estado nutricional de pacientes críticos, fornecer refeições nutricionalmente equilibradas, adequadas, harmônicas, completas, variadas, atendendo às necessidades individuais de macronutrientes e micronutrientes de acordo com a patologia, idade, sexo, cultura, religião, preferências do paciente e aos padrões de segurança alimentar e na hora da alta hospitalar promover uma adequada orientação nutricional conforme a patologia do paciente.

- ORGANOGRAMA DO SN



- **NÚMERO DE REFEIÇÕES SERVIDAS POR DIA**

Em torno de 6.000 a 7.000 refeições diárias.

- Pessoal

- **FUNCIONÁRIOS** (Cargos, quantidades e distribuição)

Quadro de funcionários do serviço de Nutrição do Imip

CARGO	QUANTIDADE
Nutricionistas	16
Copeiros	26
Cozinheiro	4
Auxiliar de Nutrição	10
Cozinheiro dieta	2
Auxiliar operacional	8
Copeiros adulto/especial	10
Copeiros distribuição	4
Almoxarife	2
Auxiliar de almoxarife	2
Total	68

O vestuário dos nutricionistas é composto pela bata, sapato fechado. Já o dos outros funcionários (copeiros, sondário e lactário) é composto pelo fardamento (blusa e calça branca com o emblema do hospital), avental impermeável e sapato fechado.

Todos os funcionários responsáveis pela cozinha devem estar de cabelo preso, sem adornos, unhas limpas e no caso dos homens sem barba.

Os treinamentos são realizados a cada 2 meses, com 1 hora de treinamento, em formato de rodízio incluindo todo o grupo de funcionários. São planejados e organizados pelas nutricionistas da unidade de alimentação e nutrição (UAN). OBS: Nutricionistas que ficam responsáveis pela UTI são orientados a retirar os adornos (anéis, relógio e pulseiras) devido a contaminação.

- **CARDÁPIOS**

Existem 6 tipos de cardápios para os pacientes com relação a consistência da dieta, que varia de acordo com o seu quadro clínico. Em casos de inapetência, alergias ou

intolerâncias o cardápio é adaptado, levando em consideração as preferências/situação fisiológica do paciente.

Dieta livre: Refeição sem modificação da consistência. Indicada para pacientes que não precisam de restrições específicas e que apresentam função de mastigação e gastrointestinal preservada.

Dieta branda: Dieta de transição para a livre. Caracterizada pelo abrandamento dos tecidos conectivos e da celulose por ação mecânica ou por cocção. Os alimentos são apresentados desfiados (carnes) e macios (frutas e legumes).

Dieta pastosa: Indicada para pacientes com dificuldade de mastigação e/ou deglutição. Os alimentos são ofertados em formas de purês, amassados, triturados, arroz de papa, etc.

Dieta líquida: Os alimentos são oferecidos de forma líquida (suco, chás, sopa, vitamina de frutas). Indicada para pacientes em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgias do trato gastrointestinal (TGI), transtornos intestinais, e no preparo de exames. Fornece ao paciente uma dieta que permite minimizar o trabalho do TGI e a presença de resíduos no cólon.

Dieta líquida de prova: Indicada no preparo de exames, e cirurgias do TGI. Tem como objetivo hidratar e nutrir os tecidos, repousar o TGI e amenizar a sintomatologia.

Dieta modificada/especial: Apresentam alterações químicas, qualitativas e/ou quantitativas, para atender as necessidades de portadores de doença, onde ocorrem distúrbios de nutrientes ou restrição de uma substância exclusiva.

O planejamento é feito pelas coordenações da nutrição e possui mudança apenas quando necessidade, a depender de sazonalidade, situação financeira, enfim situações adversas que podem surgir no cotidiano do hospital.

Cardápio segundo característica

CARDÁPIO PACIENTE / CARACTERÍSTICA								
	HIPOSSÓDICA	DIABÉTICO	CONSTIPANTE	LAXANTE	IMUNODEPRIMIDO	RENAL DIALÍTICO	RENAL DIALÍTICO	
	H	D / D LX	C	LX	IMUNO	R DIALISE	RC	
D	Munguzá Pão doce Café Refresco de caju	Papa de aveia Pão centeio Café Refresco de caju	Papa de maizena Pão sem margarina Café Refresco de caju	Munguzá Pão c/ requeijão Café Refresco de caju	Munguzá ou Papa de maizena Pão c/ queijo Café c/ leite Refresco de caju	Munguzá Pão doce Café Refresco de caju	Munguzá Pão doce Café Refresco de caju	Munguzá sem açúcar Pão centeio Café Refresco de caju
L	Biscoito Refresco de goiaba	Melancia Bolacha integral	Biscoito Refresco de goiaba	Bolacha integral suco misto	Melancia + Biscoito Fruta + Biscoito	Melancia Biscoito	Melancia Biscoito	Melancia Abacaxi
A	Isca de Carne acebolada Pure de batata Arroz refogado Feijão caseiro Refresco de manga	Isca de Carne acebolada Salada cozida Arroz integral Feijão caseiro Refresco de manga	Isca de Carne acebolada Salada cozida Arroz branco Feijão caseiro Refresco de manga	Isca de Carne acebolada Pure de batata Arroz refogado Feijão caseiro Refresco de manga	Isca de Carne ou Frango assado Pure de batata Arroz refogado Feijão caseiro Refresco de manga	Frango em cubo 1/2 porção Salada cozida Arroz refogado Feijão maciasso Refresco de manga	Frango em cubo 1/2 porção Salada cozida Arroz refogado Feijão maciasso Refresco de manga	Frango em cubo 1/2 porção Salada cozida Arroz integral Feijão maciasso Refresco de manga
L	Doce tablete Bolacha água	Mamão Bolacha integral	Banana Bolacha	Mamão Bolacha integral	Doce tablete Bolacha	Mamão Biscoito	Mamão Biscoito	Mamão Maçã
J	Cuscuz a paulista c/ sardinha Pão doce Café Refresco de acerola	Banana comprida com queijo Pão centeio Café Refresco de acerola	Banana comprida com ricota Pão s/ margarina Café Refresco de acerola	Cuscuz a paulista c/ sardinha Pão c/ margarina Café Refresco de acerola	Cuscuz a paulista c/ sardinha ou Banana comprida com queijo Pão c/ margarina Café Refresco de acerola	Banana comprida com queijo Pão doce Café Refresco de acerola	Banana comprida com queijo Pão doce Café Refresco de acerola	Banana comprida com queijo Pão centeio Café Refresco de acerola
C	Chá camomila Leite Bolacha água	Chá camomila Tangerina Bolacha integral	Chá camomila Bolacha	Chá camomila Leite Bolacha	Chá camomila Leite Bolacha	Chá camomila Leite Bolacha água	Chá camomila Leite Bolacha água	Chá camomila Tangerina Bolacha integral

- Valor nutritivo das dietas de rotina:

Cardápio Livre – Segunda

		Alimento	
Desjejum		- Munguzá - Pão c/ requeijão - Café c/ açúcar	
Lanche 1		- Biscoito - Suco de goiaba	
Almoço		- Isca de carne bovina - Purê de batata - Arroz branco - Feijão mulatinho - Suco de manga	
Lanche 2		- Bolacha - Doce de goiaba	
Jantar		- Cuscuz paulista - Pão com margarina - Café com açúcar	
Ceia		- Leite - Bolacha	
KCAL	CHO	PROTEÍNA	LIPÍDIOS
2031	326,88	57,97	57,52

2.3 Enteral e Lactário

- **NUTRIÇÃO ENTERAL:**

Segundo a RDC nº 63 de 2000, a nutrição enteral são: “Alimentos para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada para uso por sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos ou sistema”.

Está indicada para pacientes com risco de desnutrição ou ingestão oral inadequada (menos de 2/3 a 3/4 de suas necessidades nutricionais diárias); com trato digestivo funcionante; estabilidade hemodinâmica. São candidatas a TNE pacientes que não satisfazem suas necessidades nutricionais com a alimentação convencional. E contraindicadas em casos de instabilidade hemodinâmica, doença terminal, obstrução mecânica do trato gastrointestinal, sangramento severo do TGI, vômitos frequentes (severos), diarreias frequentes (rever terapia e gotejamento da dieta).

Fórmulas padronizadas utilizadas:

Características das fórmulas	Quantidade calórica por ml	Quantidade proteica por ml
Normocalórica e normoproteica	1,23	0,045
Normocalórica e hiperproteica	1,2	0,065
Hipercalórica e hiperproteica (indicada em pacientes desnutridos graves ou em UTI)	1,48	0,063
Normocalórica e hiperproteica com nutrientes imunomoduladores (arginina, ômega-3 e nucleotídeos)	1,05	0,056
Módulo de Albumina (5g)	16,6	5,0
Maltodextrina (5g)	20	0

- **LACTÁRIO:**

Área destinada ao preparo, higienização e distribuição de preparações lácteas e fórmulas infantis, seguindo rigorosas técnicas de controle higiênico-sanitário e microbiológico das formulações preparadas em tal unidade. O lactário do IMIP está localizado no 4º HGP (4º andar) e possui anexo na maternidade.

Tipos de fórmulas utilizadas no hospital:

Fórmula de partida: São fórmulas recomendadas para de 0 a 6 meses de vida, preenchendo as necessidades nutricionais de crianças saudáveis quando utilizadas de forma exclusiva até os 06 meses de idade.

Fórmula de segmento: São fórmulas indicadas como substituto do leite materno a partir do 6º mês de vida até a 1ª infância (12 meses aos três anos de idade).

Fórmula para prematuros: São fórmulas especialmente desenvolvidas para atender as necessidades alimentares de bebês prematuros indicadas para atender as necessidades nutricionais dessas crianças levando-se em consideração a imaturidade digestiva e metabólica.

Fórmula sem lactose: São indicadas para crianças que apresentem intolerância à lactose.

Fórmula à base de soja: São elaboradas com proteína isolada da soja, isentas de lactose e sacarose.

Fórmula semi - elementar: São formulações à base de proteína do soro do leite ou da soja, parcialmente hidrolisadas, encontrando-se na forma de aminoácidos livres (mas não 100%) e/ou peptídeos (compostos resultantes da união entre dois ou mais aminoácidos).

Fórmula elementar: São elaboradas à base de hidrolisado proteico. Resulta em praticamente 100% de aminoácidos livres.

2.4 Atendimento ao Paciente

Após o paciente ser admitido nas diferentes clínicas do hospital, a nutricionista da clínica colhe o máximo de informações relacionadas ao paciente, nos prontuários, na anamnese, exame físico e antropometria. Logo após ela abre a triagem nutricional utilizando como ferramenta a NRS-2002, que tem como objetivo identificar precocemente se o paciente admitido possui algum risco nutricional no ambiente hospitalar ou se ela já está desnutrido e pode agravar essa condição. A triagem leva em consideração tanto a gravidade da doença, o estado nutricional do paciente e a idade (superior a 70 anos).

Após a triagem é feita a avaliação nutricional, onde é estimado as necessidades de caloria e proteína necessárias para o paciente, e se faz a solicitação da liberação da dieta diante das necessidades nutricionais e da patologia que o paciente apresenta. Diariamente é acompanhado a aceitação do paciente à dieta, a função intestinal (mudança de consistência das fezes, diarreia ou constipação), presença de vômitos, diurese e se há modificação no estado nutricional do mesmo, sinalizando a equipe multidisciplinar sempre que necessário.

- **Profissional responsável pela verificação de anotações e prescrições de dieta e pedidos para o SND**

O responsável é o nutricionista que pode ser auxiliado pelos residentes e estagiários de nutrição.

- **Avaliação nutricional (critério de seleção, periodicidade, impressos e parâmetros utilizados)**

Todos os pacientes admitidos no hospital passam pela avaliação nutricional seja pelo nutricionista ou estagiário de nutrição. Inicialmente a avaliação nutricional é feita na admissão do paciente captando informações tanto pregressas quanto atuais do paciente, avaliando os sinais e a sintomatologia apresentada pelo mesmo.

A avaliação antropométrica é feita posteriormente à triagem nutricional, já a reavaliação é feita semanalmente, e leva em consideração os seguintes parâmetros: peso, altura, IMC, circunferências do braço, circunferência da panturrilha (idoso), e quando a presença de ascite principalmente em pacientes hepatopatas é aferido a circunferência abdominal para avaliar a progressão ou regressão da situação.

- **Orientação de alta**

Todos os pacientes recebem orientações de alta, tanto para continuar o tratamento em casa quanto para iniciar a reeducação nutricional e evitar reinternações precoces.

As orientações variam de acordo com as patologias, estado nutricional do paciente e se ele faz uso de terapias nutricionais (oral/enteral) que necessitam de continuidade no âmbito domiciliar.

As orientações tendem a explicar informações como importância da administração da terapia ao paciente, higienização, preparo e conservação. E quando necessário encaminhar o paciente para atendimento ambulatorial verificando mais de perto a aderência ao tratamento.

Parecer quando necessário para a prefeitura da aquisição da dieta por fórmula por SNE

2.5 Desempenho do Serviço de Nutrição em Função dos Objetivos e Características do Hospital

O serviço de Nutrição e Dietética presta assistência nutricional atentando para a individualidade e bem-estar de cada paciente, atendendo a pedidos especiais dentro das possibilidades que o hospital pode oferecer. Observando as condutas destinadas a cada paciente, corrigindo imediatamente falhas que possam ocorrer durante a rotina diária.

2.6 Avaliação da Programação do Estágio

Rodízio 1: Clínica Médica 1

Rotinas:

- Passar visita em cada leito, verificando aceitação da dieta e queixas (se diarreia, vômitos, distensão abdominal, azia, etc);
- Verificava os pacientes que estavam de dieta zero para algum exame ou procedimento cirúrgico;
- Realizava avaliação nos pacientes admitidos e reavaliava semanalmente os que permaneciam por mais de 1 semana;
- Evoluía os pacientes ou abria triagem (NRS-2002) dos pacientes admitidos;
- Atualizar e imprimir o mapa da clínica na sala dos nutricionistas e entregava a auxiliar de nutrição e copeira;
- Observava a entrega das dietas;
- Evolução dos pacientes que faziam uso de sonda diariamente.

Rodízio 2: Oncologia

Rotinas:

- Passar visita em cada leito, verificando aceitação da dieta e queixas (se diarreia, vômitos, distensão abdominal, azia, etc);
- Verificava os pacientes que estavam de dieta zero para algum exame ou procedimento cirúrgico;
- Realizava avaliação nos pacientes admitidos e reavaliava semanalmente os que permaneciam por mais de 1 semana;
- Evoluía os pacientes ou abria triagem (NRS-2002) dos pacientes admitidos;
- Atualizar e imprimir o mapa da clínica na sala dos nutricionistas e entregava a auxiliar de nutrição e copeira;
- Observava a entrega das dietas;
- Evolução dos pacientes que faziam uso de sonda diariamente.

Atividade desenvolvidas na clínica

Nas 2 clínicas (Clínica médica e Oncologia) foi realizado apresentação de caso clínico.

3. CASOS CLÍNICOS

**INSTITUTO MATERNO INFANTIL PROF. FERNANDO FIGUEIRA PROGRAMA
DE RESIDENCIA EM NUTRIÇÃO**

ROTEIRO DE CASO CLÍNICO 1

1-Identificação do paciente:

Iniciais:H. H. M.

Sexo: Masculino

Idade: 37 anos

Naturalidade:

Nacionalidade: Brasileiro

Enfermaria de internamento: Clínica Médica I

2-História clínica e social

2.1. História familiar de doença: Pai DM

2.2. História de doença progressa e/ou cirurgia e/ou de doença crônica: Cirurgia pós trauma por PAF há 14 anos; cistostomia; correção de cistostomia; remoção da cabeça do fêmur por osteomielite no MIE.

2.3. Queixa principal: Paciente com 37 anos, paraplégico há 13 anos devido a trauma raquimedular por arma de fogo e com diurese por cistostomia(refere confecção de neobexiga com alça intestinal). Refere remoção da cabeça do fêmur por osteomielite no MIE. Foi admitido com história de febre há 7 dias, hematúria há 4 dias e em uso de ciprofloxacino há 3 dias, sem melhora. No SPA foi optado pela troca de antibioticoterapia para ceftazidima. Apresenta picos febris ocasionais (manter vigilância)

26/04: Cintilografia osséa- resultado sugestivo de processo infeccioso no fêmur direito

Refere melhoras na lesão do períneo, queixa-se de odinofagia e coriza

27/04: Faringite(melhora da odinofagia)

28/04: Sem febre

Aguardando Cirurgia plástica, desbridamento?

3- Diagnóstico clínico e/ou suspeitas diagnósticas

- 1- ITU complicada
- 2- Passado de trauma raquimedular
- 3- Cistostomia (neobexiga)

4- Lesão de pressão infectada em períneo

4- Fisiopatologia (da doença predominante)

ITU: A infecção do trato urinário (ITU) é uma patologia extremamente freqüente, que ocorre em todas as idades, do neonato ao idoso, mas durante o primeiro ano de vida, devido ao maior número de malformações congênitas, especialmente válvula de uretra posterior; acomete preferencialmente o sexo masculino. A partir deste período, durante toda a infância e principalmente na fase pré-escolar, as meninas são acometidas por ITU 10 a 20 vezes mais do que os meninos.

Na vida adulta, a incidência de ITU se eleva e o predomínio no sexo feminino se mantém, com picos de maior acometimento no início ou relacionado à atividade sexual, durante a gestação ou na menopausa, de forma que 48% das mulheres apresentam pelo menos um episódio de ITU ao longo da vida. Na mulher, a susceptibilidade à ITU se deve à uretra mais curta e a maior proximidade do ânus com o vestibulo vaginal e uretra. No homem, o maior comprimento uretral, maior fluxo urinário e o fator antibacteriano prostático são protetores.

A ITU é classificada como não complicada quando ocorre em paciente com estrutura e função do trato urinário normais e é adquirida fora de ambiente hospitalar. As condições que se associam à ITU complicada incluem as de causa obstrutiva (hipertrofia benigna de próstata, tumores, urolitíase, estenose de junção ureteropielica, corpos estranhos, etc); anátomofuncionais (bexiga neurogênica, refluxo vesicoureteral, rimespongiomedular, nefrocalcínose, cistos renais, divertículos vesicais); metabólicas (insuficiência renal, diabetes mellitus, transplante renal); uso de catéter de demora ou qualquer tipo de instrumentação; derivações ileais.

LPP: Úlceras de pressão podem ser definidas como áreas localizadas de tecido necrótico que se desenvolvem quando a pele, tecidos adjacentes, ou ambos são submetidos à pressão extrínseca, geralmente em locais adjacentes a proeminências ósseas ou em áreas onde a adiposidade subcutânea é escassa.

As úlceras de pressão desenvolvem-se em virtude de alterações patológicas na perfusão sanguínea da pele e tecidos subjacentes. Sua formação depende de uma série de fatores, porém o principal é a pressão extrínseca sobre determinadas áreas da pele e tecidos moles por tempo prolongado. Inicialmente, ocorre a privação circulatória nas camadas mais superficiais da pele e à medida que a isquemia se aproxima de proeminências ósseas, focos maiores de tecido são acometidos.

Cada grupo histológico apresenta uma capacidade individual de suportar determinados períodos de hipoperfusão. Se esse período for prolongado, há sofrimento tecidual, resultando em acidose local, hemorragia intersticial, obstrução linfática e acúmulo de metabólitos produzidos a partir da morte celular e necrose tissular. Em seguida, a atividade fibrinolítica diminui, ocorrendo depósito de fibrina que leva à obstrução intravascular. Esse quadro agrava ainda mais a hipoperfusão local, tornando-se irreversível até mesmo com a redução da pressão externa. Músculos são mais suscetíveis, seguidos por tecido subcutâneo e derme.

Ao contrário do que é verificado em objetos regulares, a pressão corporal em repouso não se distribui homogêaneamente pela superfície de apoio. Determinados pontos do corpo, principalmente as proeminências ósseas, concentram pressões maiores, motivo pelo qual eles são os mais acometidos pelas úlceras de pressão.

No que diz respeito à localização das úlceras, a região sacral é a mais acometida. Sua incidência pode variar de 29,5% a 35,8%, de acordo com a amostra estudada. O calcâneo é o segundo local mais acometido, com incidência variando entre 19,5% e 27,8%. A região trocântérica ocupa o terceiro lugar, com incidência entre 8,6% e 13,7%. Outros locais com acometimento menos frequente (incidência entre 6% e 1%) incluem pernas, pés, maléolos, glúteos, escápulas, região isquiática e cotovelo. As úlceras de pressão também podem acometer a região occipital, apófises vertebrais, orelhas, joelho, região genital, mão, arcos costais, antebraço, mama, nariz e abdômen, todos com incidência inferior a 1%.

Pacientes idosos, com lesão medular (tetraplégicos, paraplégicos ou hemiplégicos), fratura femoral e/ ou internados em unidades de terapia intensiva, apresentam risco maior no desenvolvimento de úlceras de pressão e, conseqüentemente, constituem a população estatisticamente mais acometida.

Os fatores de risco que propiciam o desenvolvimento das úlceras de pressão podem ser divididos em extrínsecos e intrínsecos. Os fatores extrínsecos são aqueles que atuam diretamente nos tecidos e que independem do paciente. Nesse grupo se incluem a pressão local, o cisalhamento, a fricção local, a umidade e o uso de medicações sedativas ou hipnóticas.

O cisalhamento é o processo por meio do qual os tecidos sofrem a ação de forças externas que agem em planos diferentes, sendo criada pela interação entre as forças gravitacionais e de atrito e pode ser entendido ao analisar-se a movimentação ou o reposicionamento do paciente em uma cama: a partir do atrito gerado entre o lençol e a pele do paciente, há torção dos vasos sanguíneos e linfáticos, alterando sua angulação e podendo

gerar trombose dos vasos na transição der- moepidérmica. Nesse processo, há a interrupção da microcirculação da pele e do tecido subcutâneo.

A fricção é gerada a partir do atrito entre duas superfícies. Quando o paciente é movido contra uma superfície de apoio, ocorre a abrasão de camadas superficiais da pele, causando dano tecidual.

A umidade é outro importante fator no desenvolvimento de lesões cutâneas, pois, quando não controlada, pode levar à maceração do tecido que, por sua vez, causa redução na força tensiva, facilitando a compressão, a fricção e o cisalhamento. A transpiração excessiva, a presença de secreções respiratórias, os vômitos e a incontinência urinária e fecal são as principais causas de aumento da umidade.

Os fatores de risco intrínsecos são inerentes ao indivíduo, ou seja, relacionam-se ao estado físico do paciente. Os principais integrantes desse grupo são imobilidade, presença de incontinência urinária e/ou fecal, alterações na perfusão sanguínea da pele e presença de doenças neurológicas.

A imobilidade é o principal fator intrínseco, podendo ser permanente ou transitória. Ela está diretamente relacionada ao nível de consciência e competência neurológica. Várias são as condições clínicas que podem alterar a capacidade de mobilidade do paciente, entre as quais se podem citar acidente vascular cerebral, traumatismo craniano, sedação excessiva, depressão, fraqueza, confusão mental, lesão medular, pós-operatório, choques, grandes queimados e politraumatizados.

A incontinência urinária e/ou fecal é outro fator intimamente relacionado com a formação de úlceras de pressão¹³. Alguns estudos sugerem que pacientes incontinentes apresentam risco até cinco vezes maior se comparados a pacientes não incontinentes.

Categorias:

LPP 1- Pele íntegra com eritema que não embranquece

LPP 2- Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

LPP 3- Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível

LPP 4 – Perda da pele em sua espessura total, perda tissular com exposição ou palpação direta da fascia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.

LPP não classificável- perda de pele em sua espessura total e perda tissular não visível

5- Avaliação do estado nutricional

5.1. História dietética (Anamnese Alimentar): Paciente relata que fazia tudo sozinho, faz as refeições principais e os lanches, que preparava suas refeições, come de tudo, toma muita água só não gosta de carne de porco, camarão, comidas ditas remosas, que se alimentava muito bem. Não toma café porque têm gastrite. Relata que teve o apetite diminuído depois que retirou parte do intestino, percebe que quando se alimenta têm logo sensação de plenitude gástrica e não consegue mais comer a quantidade que comia.

IS(Interrogatório sintomatológico): Nega astenia e anorexia. Refere perda de 2kg em 1mês, sem intenção.

AP: Nega tabagismo, etilismo e qualquer comorbidade.

Epidemiologia: Esquistossomose (+)

Na fase crônica, geralmente assintomática, episódios de diarreia podem alternar-se com períodos de obstipação e a doença pode evoluir para um quadro mais grave com aumento do fígado(hepatomegalia) e cirrose, aumento de baço(esplendomegalia), hemorragias provocadas por rompimento de veias do esôfago, e ascite.

5.2. Exame físico simplificado: EGB, consciente, orientado, hipocorado(1+/4+), hidratado, acianótico, anictérico, febril.

- ACV: RCR em 2T, BNF s/sopros FC:122bpm PA:120x80
- AR: MV + em AHT s/RA, FR = 18irpm satO₂:97%
- ABD: plano, flácido, depressível, indolor à palpação. RHA+
- EXT: edema (1+/4+) leve bilateral, bem perfundido
- SN: ECG = 15

5.3 Indicadores antropométricos:

peso atual: 66,13Kg,

Estatura: 1,63cm,

IMC: 24,8,

CB : 29/ 89%

5.4 Exames laboratoriais (rotina e complementares):

Creatinina: 0,57 mg/dL (baixo), Indicativo de uma depleção muscular?

Proteína C Reativa: > 160mg/dL (alta), Infecção

Potássio: 4,3mg/dL

Sódio: 133 mmol/L

Cloro: 101mmol/L

Ureia: 25/04(16mg/dL) (baixo) Pode estar baixa e necessariamente não indicar alguma patologia, no caso dele pode ser resultado de uma baixa ingesta protéica na alimentação.

Desnutrição? Baixa absorção do intestino?

Hemoglobina: 8,1 g/dL(baixo) Anemia

Hematócrito:25,8 (baixo)

Linfócitos:16,2% - 2057/ul(baixo)

Plaquetas: 17/04 (539.000/ul) , 25/04(865.000/ul) (alto)

5.5. Interação droga x nutriente: Em uso de ceftazidima. A ceftazidima pode causar mudanças nos níveis sanguíneos normais de certas células ou substâncias ou levar a outras anormalidades no sangue. Pode afetar a flora intestinal.

Em uso de Clindamicina.

Paciente relata alergia a paracetamol

5.6. Diagnóstico nutricional: Paciente eutrófico, com boa aceitação alimentar, Escore 02 (sem risco nutricional)

6- Evolução clínica e nutricional

Paciente vem evoluindo do ponto de vista nutricional, aceita 100% da dieta, em uso de suplementação P2 em dois horário (9h e 15h), com mudança para o leite de soja pois associou episódio diarreico ao uso do suplemento.

7- Conduta Nutricional (Prescrição Dietoterápica)

7.1. Recomendações nutricionais:

Diten, 2011(calorias: 30 a 35 Kcal/Kg/dia e PTN: de 1,2 a 1,5 g/kg/dia)

Calorias: 1.940 Kcal/dia – 2.315 Kcal/dia

PTN: 79,35 g/dia – 99,2 g/dia

Dieta hipercalórica, hiperprotéica e normolipídica

7.2. Dieta Especial.

7.3. Adequação da dieta (recomendado, oferecido, adequação).

8- Conclusões

A prevenção de lesões em pacientes hospitalizados pode ser realizada com a adoção de medidas como a mudança de posição, a identificação prévia de fatores de risco, manutenção de um suporte nutricional adequado dentre outras medidas. É importante que a equipe de enfermagem esteja atenta a estes parâmetros para a prevenção, bem como contar com a colaboração dos acompanhantes para promover a integridade da pele dos seus pacientes.

Outro ponto relevante é a constante atualização dos profissionais acerca do assunto no sentido de contribuir para a otimização do cuidado oferecido, além de colaborar para uma melhoria na qualidade de vida desses pacientes.

9- Referências bibliográficas utilizadas

Terapia Nutricional para Portadores de Úlceras por Pressão

Projeto Diretrizes

Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia (Silva & Mura) – 2. ed.

**INSTITUTO MATERNO INFANTIL PROF. FERNANDO FIGUEIRA PROGRAMA
DE RESIDENCIA EM NUTRIÇÃO**

ROTEIRO DE CASO CLÍNICO 2

1- Identificação do paciente:

Iniciais:M. A. S.

Sexo: Feminino

Idade: 41 anos

Naturalidade:Recife

Nacionalidade: Brasileira

Enfermaria de internamento: Onco Feminina

2- História clínica e social

2.1. História familiar de doença: Mãe – câncer de mama(avó)

2.2. História de doença progressa e/ou cirurgia e/ou de doença crônica:

Em 2013 começou com uma dor pélvica como se fosse uma cólica e ninguém descobria o que era, chegou a ir em vários médicos, disseram que era alguma inflamação, verme.. até então sem alterações intestinais (ia no banheiro todo dia), o quadro foi se agravando, sentia cansaço e falta de ar, médico disse que ela estava com anemia. Defecando sangue e fezes esbranquiçadas, 7 meses depois conseguiu pagar um médico melhor e fez uma colonoscopia, tomou 4 lactopurgas e 1 manitol e começou a passar mal no preparo porque não conseguia evacuar e vomitou muito.

Foi pra Upa e disseram que ela estava com anorexia, no exame de sangue já estava com uma anemia severa, foi para a restauração para fazer uma transfusão de sangue, nisso a barriga já estava muito inchada, tentaram passar uma sonda e não conseguiram e ela teve que fazer uma cirurgia de emergência. Tinha 11 tumores obstruindo o intestino dela, fez uma colonostomia. Fez quimio (insônia, vomitava, perdia a sensibilidade nos pés e nas mãos, agitação) por 1 ano e quando parou depois apareceu no pulmão, tirou 8 cm do pulmão. Conseguiu tirar a colonostomia há 4 anos. Desde Dezembro osso e peritônio? Relata que o marido a deixou depois que descobriu a doença e acha que foi mais um fato que agravou o quadro da doença pois foi um baque pra ela.

2.3. Queixa principal: Paciente em QT paliativa por tumor de colon metastático, apresentou fratura de fêmur esquerdo de forma espontânea. Foi avaliada pela ortopedia do Getúlio Vargas que descartou procedimento.

3- Diagnóstico clínico e/ou suspeitas diagnósticas

3.1- CA de cólon esquerdo EC II

- RAS mutado
- Cirurgia em 2013 – 5FU + LV
- Recidiva pulmonar e nodal (abril de 2015)
- Folfox x 11
- Flox – neurotoxicidade –5FU/LV
- Folfiri x 20 (19/07/17)
- Folfox x 4 (13/09/17)
- Lobectomia direita (18/10/17) (AP: adenocarcinoma de provável sítio primário intestinal)

PD: dor intensa + aumento de CEA

- PET CT: captação em fêmur e nódulo abdominal
- Folfiri x 3 (11/02/19)- suspenso por toxicidade T (náusea e vômitos)
- RXT antialgica fêmur dir x 5 (10/04/19)

3.2- Reconstrução de trânsito em outubro de 2016

3.3-Fratura patológica em fêmur direito

Motivo do internamento: Fratura em fêmur a direita

PET/ CT (13/02/19) Observa-se alteração na densidade óssea(cortical e medular) no terço proximal do fêmur direito, medindo cerca de 9,6 cm e com aumento heterogêneo do metabolismo glicolítico – SUV máximo = 9,7 – 11,7 nas imagens iniciais e dedicadas respectivamente.

Há área focal de densificação do tecido celular subcutâneo à esquerda e abaixo da cicatriz umbilical, medindo cerca de 1,4 cm e com aumento do metabolismo glicolítico – SUV máximo = 3,2. Esse nódulo foi descrito em tomografia computadorizada previa – 10/12/18.

Em relação ao estudo anterior(11/11/15) não mais identificamos a massa pulmonar localizada no lobo inferior do pulmão direito – lobectomia inferior direita.

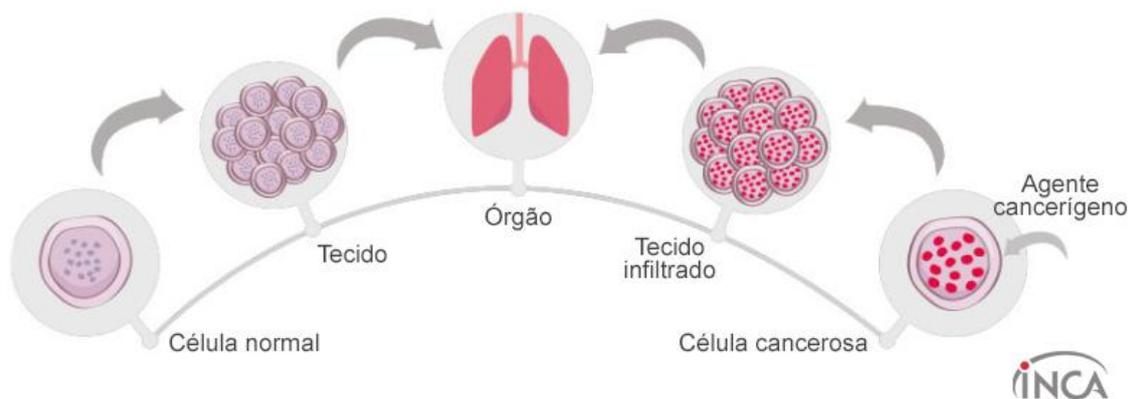
SUV(parâmetro que é usado para definir se a imagem é de comportamento maligno, serve para classificar anatomicamente e funcionalmente. Standart Uptake Value

10/05 Cirurgia realizada: Tumor ósseo ressecção e substituição por EPNC em oncologia, reconstrução com retalho miocutaneo em oncologia.

4- Fisiopatologia (da doença predominante)

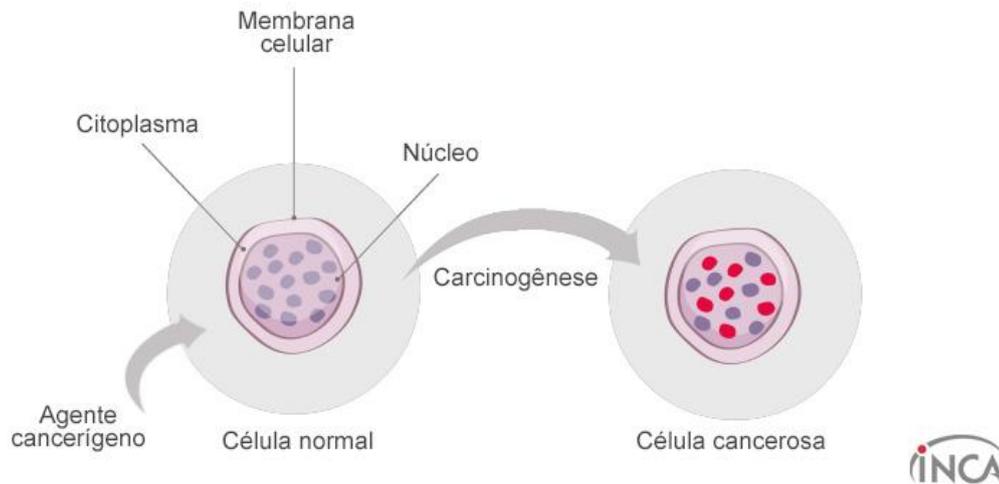
Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas.

O que é câncer?



Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes, conhecida como metástase. O câncer surge a partir de uma mutação genética, ou seja, de uma alteração no DNA da célula, que passa a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados protooncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os protooncogenes tornam-se oncogenes, responsáveis por transformar as células normais em células cancerosas.

Como surge o câncer?



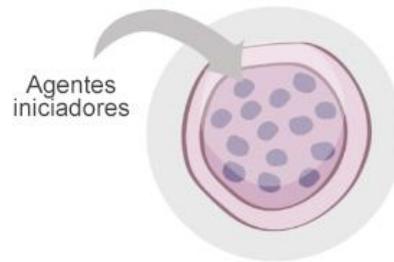
As células que constituem os animais são formadas por três partes: a membrana celular, que é a parte mais externa; o citoplasma (o corpo da célula); e o núcleo, que contém os cromossomos, que, por sua vez, são compostos de genes. Os genes são arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo. Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, numa "memória química" - o ácido desoxirribonucleico (DNA). É através do DNA que os cromossomos passam as informações para o funcionamento da célula.

O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere-se e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor.

A carcinogênese é determinada pela exposição a esses agentes, em uma dada frequência e em dado período de tempo, e pela interação entre eles. Devem ser consideradas, no entanto, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular. Esse processo é composto por três estágios:

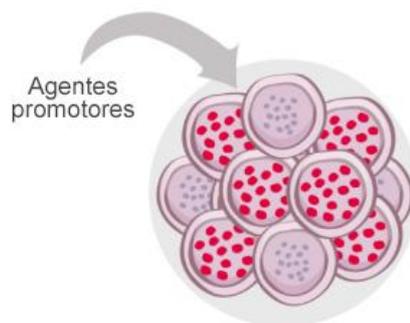
- **Estágio de iniciação:** os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos, que provocam modificações em alguns de seus genes. Nessa fase, as células se encontram geneticamente alteradas, porém ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente. Elas encontram-se "preparadas", ou seja, "iniciadas" para a ação de um segundo grupo de agentes que atuará no próximo estágio.

Como surge o câncer?



- **Estágio de promoção:** as células geneticamente alteradas, ou seja, "iniciadas", sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A célula iniciada é transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual. Para que ocorra essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno promotor. A suspensão do contato com agentes promotores muitas vezes interrompe o processo nesse estágio. Alguns componentes da alimentação e a exposição excessiva e prolongada a hormônios são exemplos de fatores que promovem a transformação de células iniciadas em malignas.

Como surge o câncer?



- **Estágio de progressão:** se caracteriza pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio, o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença. Os fatores que promovem a iniciação ou progressão da carcinogênese são chamados agentes oncoaceleradores ou carcinógenos. O fumo é um agente carcinógeno completo, pois possui componentes que atuam nos três estágios da carcinogênese.

Como surge o câncer?



A desnutrição promove alterações morfológicas e funcionais. No pulmão, podem surgir atelectasias e pneumonias decorrentes da redução da massa muscular diafragmática e da redução dos níveis de concentração de lecitina nos alvéolos pulmonares em pacientes desnutridos. A desnutrição também modifica a morfologia hepática, provoca edema e atrofia dos hepatócitos, esteatose hepática, degeneração mitocondrial e dos microsossomos, e compromete as funções hepáticas, restringindo a capacidade de depuração de fármacos e a síntese de albumina e peptídeos. A desnutrição pode, ainda, afetar as funções gastrointestinais, o que aumenta a chance de desenvolver síndrome de má absorção, translocação intestinal de micro-organismos, hipocloridria, por diminuição das enzimas intestinais, perda de gordura e adelgaçamento da parede intestinal, atrofia das mucosas gástrica e intestinal, diminuição das microvilosidades e diminuição da massa celular do tecido linfático associado ao intestino (MOREIRA; WAITZBERG, 2000).

O sistema imune também fica prejudicado no paciente desnutrido, em razão da diminuição na produção de imunoglobulinas; da redução na atividade do sistema complemento e do número de linfócitos T e CD4; e do arrefecimento do poder bactericida dos neutrófilos, o que propicia o aumento da susceptibilidade às infecções de feridas, à sepse abdominal e à pneumonia pós-operatória (MOREIRA; WAITZBERG, 2000). Conseqüentemente, a desnutrição pode contribuir para a ocorrência de complicações no período pós-operatório, colaborando para o aumento do tempo de internação, comprometendo a qualidade de vida e tornando o tratamento mais oneroso.

O câncer de intestino abrange os tumores que se iniciam na parte do intestino grosso chamada cólon e no reto (final do intestino, imediatamente antes do ânus) e ânus. Também é conhecido como câncer de cólon e reto ou colorretal.

É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente, quando ainda não se espalhou para outros órgãos. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso.

Os principais fatores relacionados ao maior risco de desenvolver câncer do intestino são: idade igual ou acima de 50 anos, excesso de peso corporal e alimentação não saudável (ou seja, pobre em frutas, vegetais e outros alimentos que contenham fibras). O consumo de carnes processadas (salsicha, mortadela, linguiça, presunto, bacon, *blanquet* de peru, peito de peru e salame) e a ingestão excessiva de carne vermelha (acima de 500 gramas de carne cozida por semana) também aumentam o risco para este tipo de câncer.

Outros fatores relacionados à maior chance de desenvolvimento da doença são história familiar de câncer de intestino, história pessoal de câncer de intestino, ovário, útero ou mama, além de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

Doenças inflamatórias do intestino, como retocolite ulcerativa crônica e doença de Crohn, também aumentam o risco de câncer do intestino, bem como doenças hereditárias, como polipose adenomatosa familiar (FAP) e câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC). Pacientes com essas doenças devem ter acompanhamento individualizado.

A exposição ocupacional à radiação ionizante, como aos raios X e gama, pode aumentar o risco para câncer de cólon. Assim, profissionais do ramo da radiologia (industrial e médica) devem estar mais atentos.

Sinais e Sintomas:

Os sintomas mais frequentemente associados ao câncer do intestino são:

- sangue nas fezes;
- alteração do hábito intestinal (diarreia e prisão de ventre alternados);
- dor ou desconforto abdominal;
- fraqueza e anemia;
- perda de peso sem causa aparente.
- alteração na forma das fezes (fezes muito finas e compridas)
- massa (tumoração) abdominal

O tumor ósseo maligno é um tipo de câncer que acomete qualquer osso do corpo. Frequentemente afeta os ossos longos dos braços e coxas, coluna e bacia. Pode ser dividido em tumor ósseo primário, que é quando o câncer se desenvolve diretamente no osso previamente normal, e tumor ósseo secundário, quando se origina em qualquer outro órgão e se dissemina para os ossos.

Dentre os tumores ósseos malignos mais comuns:

- Osteossarcoma é o tumor ósseo maligno primário mais frequente na faixa etária das crianças e adolescentes. Acomete principalmente os ossos dos joelhos, ombros e quadris
- Tumor de Ewing acomete principalmente crianças, adolescentes e adultos jovens. Os ossos mais frequentemente acometidos são os das coxas, braços, pernas e bacia
- Condrossarcoma acomete principalmente os adultos. É um tumor maligno formador de cartilagem. Acomete principalmente os ossos das coxas, braços e bacia
- Metástases ósseas são as neoplasias malignas mais comuns dos ossos. São disseminações secundárias de tumores malignos originados em outros órgãos e sofreram disseminação para o esqueleto. Acomete preferencialmente os adultos. Qualquer carcinoma pode desenvolver metástase. Mais comumente, os da mama, do pulmão, da próstata, da tireóide, dos rins e do trato gastrointestinal.

5- Avaliação do estado nutricional

5.1. História dietética (Anamnese Alimentar): Paciente relata que sempre se alimentou muito mal(péssima), como trabalhava muito pra ajudar o marido, nunca se preocupou com a alimentação, tomava muita coca, já no café da manhã, comia só comidas industrializadas, muito hambúrguer, salsichas, biscoitos... só gostava de besteiras, não comia comida de panela, tanto que os filhos(15 e 11 anos) também eram assim e depois da doença mudou a alimentação dela e dos filhos.

5.2. Exame físico simplificado: EGB, consciente, orientada, eupneica, acianótica, anictérica e normocorada.

- ABD: indolor RHA+
- MMII: perna direita imobilizada
- Anuscopia: hemorroida grau III
- Região sacral: escara grau I
- Solicitada lavagem retal dia 09/05/19

5.3 Indicadores antropométricos:

Peso habitual: 62 Kg (relata não ter tido perda de peso)

Estatura: 1,66cm,

IMC: 22,4

CB : 28,5 (98%)

CP: 33

5.4 Exames laboratoriais (rotina e complementares):

Creatinina: 0,45 mg/dL (baixo), Indicativo de uma depleção muscular?

Proteína C Reativa: 106,3mg/dL (alta), Infecção

Potássio: 3,4mg/dL De 3,5 – 5,1

Fosforo: 2,3 mg/dL

Magnésio: 2,3 mg/dL

Calcio: 7,0 mg/dL Baixo

Sódio: 136 mmol/L

CKMB- Creatinofosfoquinase MB: 25 Até 24 Lesões e doenças na musculatura esquelética

Troponina I- Alta sensibilidade: 0,021 (alto) Principal Marcador bioquímico infarto

Cloro: 105mmol/L

Ureia: 12/05 (10mg/dL) (baixa) Baixa absorção do intestino?

Hemoglobina: 6,8 g/dL(baixo) Anemia

Hematócrito:19,9 (baixo)

Plaquetas: 131.000/ul Um pouco baixas

5.5. Interação droga x nutriente:

Morfina: O efeito analgésico da morfina é aumentado pela clorpromazina e pelo metocarbamol. Os depressores do sistema nervoso central como anestésicos, hipnóticos, barbitúricos, fenotiazidas, hidrato de cloral, glutetimida, sedativos, antialérgicos, betabloqueadores (propranolol), álcool, furazolidona e outros opioides podem intensificar os efeitos depressores da morfina. A morfina pode aumentar a atividade anticoagulante da cumarina e outros anticoagulantes. Opioides geralmente causam constipação.

Metoclopramida:

Metoclopramida: A metoclopramida potencializa a depressão do SNC causada pela morfina. O efeito da metoclopramida sobre a motilidade gástrica é reduzido pela morfina.

Omeprazol: A acidez gástrica reduzida devido a qualquer motivo, incluindo tratamento com inibidores da bomba de prótons, aumenta a contagem gástrica de bactérias normalmente presentes no trato gastrintestinal. O tratamento com medicamentos que reduzem a acidez

gástrica pode levar ao risco um pouco maior de infecções gastrintestinais, como por *Salmonella* e *Campylobacter*,

B12 e Ferro

Clonazepam(ansiolítico):

Os metabólitos de Clonazepam (substância ativa) são excretados pelos rins. Para evitar seu acúmulo excessivo, cuidados especiais devem ser tomados na administração do medicamento a pacientes com insuficiência renal.

Os benzodiazepínicos podem ter um papel que contribui para a ocorrência de episódios de encefalopatia hepática no comprometimento hepático grave. Deve-se ter cautela especial ao administrar Clonazepam (substância ativa) a pacientes com comprometimento hepático leve a moderado.

Lactulona:

A administração prolongada ou de doses elevadas de Lactulose (substância ativa) pode aumentar a concentração plasmática de glicose e diminuir os níveis séricos de potássio.

5.6. Diagnóstico nutricional: Escorez 3 – paciente em risco nutricional

6- Evolução clínica e nutricional

Antes da cirurgia: Paciente vem evoluindo do ponto de vista nutricional, aceita 100% da dieta, constipada, nega novas queixas, padrão respiratório ok e dor controlada.

Após a cirurgia: Paciente evolui EGR, consciente, orientada, normocorada, paciente com nora de 4 ml/h + HDT, pct pós de cirurgia de prótese de quadril (prótese de correção de fratura de fêmur + neo de colon metastático), com dieta por via oral, sem evacuação até o momento.

7- Conduta Nutricional (Prescrição Dietoterápica)

7.1. Recomendações nutricionais:

INCA 2015(calorias: 30 a 35 Kcal/Kg/dia e PTN: de 1,2 a 1,5 g/kg/dia)

Calorias: 1.860 Kcal/dia – 2.170 Kcal/dia

PTN: 74,4 g/dia – 93 g/dia

Dieta hipercalórica, hiperprotéica e normolipídica

7.2. Dieta laxante (dieta que têm como frutas mamão, laranja, suco de manga, verduras e legumes. Foi adicionada para ela também o suco laxante.

7.3. Adequação da dieta (recomendado, oferecido, adequação):
(1.800 a 2.00 IMIP) (60 a 80gr de PTN IMIP)

8- Conclusões

Observamos como é importante a manutenção do peso corporal adequado, a prática de atividade física, assim como a alimentação saudável são fundamentais para a prevenção do câncer. Uma alimentação saudável é composta, principalmente, por alimentos *in natura* e minimamente processados, como frutas, verduras, legumes, cereais integrais, feijões e outras leguminosas, grãos e sementes. Esse padrão de alimentação é rico em fibras e, além de promover o bom funcionamento do intestino, também ajuda no controle do peso corporal.

Manter o peso dentro dos limites da normalidade e fazer atividade física, movimentando-se diariamente ou na maior parte da semana, são fatores importantes para a prevenção deste tipo de câncer.

9- Referências bibliográficas utilizadas

Inca

Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia 13ª EDIÇÃO L. Kathleen Mahan

4. CONCLUSÃO

A realização do estágio no IMIP foi bastante enriquecedora, permitindo-me consolidar os conhecimentos adquiridos na faculdade, bem como ganhar novas competências tanto a nível pessoal, como profissional. O contacto com as enfermarias permitiu-me desenvolver capacidades de adaptação e de trabalho com diferentes patologias e profissionais de saúde. O desenvolvimento do trabalho de investigação permitiu-me também aprofundar conhecimentos e ganhar competências a esse nível.

Cabe também enfatizar o profissionalismo de todos os profissionais que me rodearam neste período, em especial os de nutrição, que me enriqueceram muito com seus conhecimentos e me ajudaram em momentos de dúvidas e dificuldades. Deste modo, considero que foram atingidos os objetivos definidos para o estágio, tendo a certeza que estou seguindo o caminho certo.

REFERÊNCIAS

ALVES E. *et al.* **Manual de dietas hospitalares.** Hospital. Getúlio Vargas, Teresina- PI, 2011.

Diet box. Disponível em: <<https://dietbox.me/pt-BR/Inicio>> . Acesso em: 06/03/19.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP. Disponível em: <<http://www1.imip.org.br/imip/home/index.html>> . Acesso em: 06/03/19.