

 <p>Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão (POP) <u>Divisão de Nutrição e Dietética</u></p>	<p>POP nº 07 - DND/HU</p>	
	<p>Atendimento de Nutrição nas Unidades de Internação</p>	<p>Versão 01</p>	<p>Próxima revisão:</p>
<p>Elaborado por: Nutricionistas clínicas</p>		<p>Data da criação: junho/2014</p>	
<p>Revisado por: Nutricionistas clínicas</p>		<p>Data da revisão: junho/2014</p>	
<p>Aprovado por: Gisele Maria Backes Gomes</p>		<p>Data da aprovação: junho/2014</p>	
<p>Local de guarda do documento: Divisão de Nutrição e Dietética do HU/UFSC.</p>			
<p>Responsável pelo POP e pela atualização: Nutricionistas clínicas do HU/UFSC.</p>			
<p>Objetivo: Descrever as atividades realizadas diariamente pelas nutricionistas clínicas do HU/UFSC</p>			
<p>Sector: Clínicas de internação do HU/UFSC</p>		<p>Agente: nutricionista</p>	
<p>ETAPAS DO PROCEDIMENTO: páginas 01/07</p>			
<p>Campo de aplicação: Clínicas de internação do HU/UFSC</p>			
<p>População atendida: Pacientes internados ou em observação (no caso da clínica de Urgência e Emergência) nas clínicas de internação do HU/UFSC</p>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atualizar o mapa de dietas de acordo com o censo diário dos pacientes internados. 2. Conferir a lista de pacientes em jejum para exames e/ou centro cirúrgico. 3. Verificar no prontuário, o diagnóstico médico, bem como comorbidades de cada paciente e a dieta prescrita. 4. Repassar as alterações do mapa de dietas para a copeira do plantão do dia. 5. Supervisionar o carrinho de transporte de alimentos do desjejum, colação e almoço, nos horários em que são servidas essas refeições. 6. Orientar, assim como supervisionar as copeiras sobre as condutas relativas à: isolamento respiratório, de contato e protetor. Além de horário das refeições de acordo com horários de aferição da glicemia capilar. 7. Conversar com a enfermeira da unidade sobre as intercorrências relacionadas à Nutrição relatadas nas passagens de plantão dos demais turnos. 8. Discutir o caso dos pacientes com a equipe multiprofissional. 9. Realizar visita aos pacientes diariamente, a fim de obter informações sobre eliminações, aceitação da dieta hospitalar e adequação da mesma de acordo com as preferências e/ou intolerâncias alimentares individuais. 10. Observar, durante a visita, intercorrências nos pacientes com dieta enteral (distensão abdominal, náusea, vômito, diarreia, constipação, obstrução ou retirada da sonda, jejum para 			

exames e/ou cirurgias).

11. Conferir o horário e velocidade de infusão das dietas enterais. Verificar se há indicação e aceitação dos suplementos nutricionais orais prescritos.
12. Verificar também, durante a visita, se há alimentos e/ou bebidas nos quartos e orientar os pacientes e/ou acompanhantes com relação à restrição da entrada de alimentos e bebidas no hospital, devido ao alto risco de contaminação.
13. Informar o Lactário as alterações necessárias de sondas e suplementos.
14. Aplicar a triagem nutricional de acordo com NRS 2002 (*Nutritional Risk Screening 2002 - Triagem de Risco Nutricional 2002 – ANEXO 1*) em até 72 horas da data de internação do paciente no hospital. Se não for possível a aplicação durante este prazo, registrar a primeira avaliação em forma de SOAP.
15. Avaliar os pacientes diagnosticados em risco nutricional pela NRS 2002, através da ASG (*Subjective Global Assessment - Avaliação Subjetiva Global- ANEXO 2*).
16. Calcular as necessidades nutricionais do paciente conforme as recomendações para cada patologia e os resultados de exames laboratoriais relacionados à Nutrição.
17. Acompanhar a evolução dos pacientes, através de SOAPs semanalmente ou quando necessário.
18. Anexar avaliações e evoluções dos pacientes em prontuário.
19. Observar a aceitação das refeições dos pacientes de acordo com o protocolo do percentual de aceitação das refeições.
20. Orientar os pacientes para alta hospitalar, conforme orientações-padrão do HU ou individualizadas de acordo com a necessidade de cada paciente (ANEXO 3).
21. Elaborar o Mapa de Dietas conforme mudanças diárias no Sistema de Administração Hospitalar.

MÉTODO E MATERIAL UTILIZADOS

- ✓ O peso do paciente deverá ser aferido em balança de plataforma calibrada, com precisão de 0,1kg, disponível em cada unidade.
- ✓ Os indivíduos devem ser pesados com roupas leves e sem calçados, devendo posicionar-se em pé e no centro da balança. Se necessário, fazer o cálculo de peso estimado através da equação de Lee & Nieman, (1995):

Lee & Nieman, (1995):

Para mulheres caucasianas:

$$\text{Peso estimado} = (AJ \times 1,09) + (CB \times 2,68) - 65,51$$

Para homens caucasianos:

$$\text{Peso estimado} = (\text{AJ} \times 1,10) + (\text{CB} \times 3,07) - 75,81$$

Onde: AJ = altura do joelho em cm; CB = circunferência do braço em cm.

- ✓ A estatura do paciente deverá ser aferida utilizando-se régua antropométrica fixada na balança, com variação de 0,1cm.
- ✓ Os indivíduos devem estar sem calçados ou acessórios na cabeça, devendo posicionar-se em pé, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao lado do corpo. Se necessário, fazer o cálculo de altura estimada através da equação de Chumlea, Roche & Steinbaugh (1985), utilizando régua antropométrica para medir crianças ou calibrador específico. Se esta estimativa não for possível, fazer o cálculo pela equação de Kwok & Whitelaw (1999), utilizando fita métrica com variação de 0,1 cm de material não elástico.

Chumlea, Roche & Steinbaugh (1985):

$$\text{Homens} = 64,19 - (0,04 \times \text{idade em anos}) + (2,02 \times \text{medida do joelho em cm})$$

$$\text{Mulheres} = 84,88 - (0,24 \times \text{idade em anos}) + (1,83 \times \text{medida do joelho em cm})$$

Kwok & Whitelaw (1999):

$$\text{Distância da fúrcula até a ponta do dedo médio da mão (cm)} \times 2$$

- ✓ O IMC deve ser calculado conforme a fórmula de Quetelet (1870):

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} \div (\text{altura em metros})^2$$

- ✓ A aferição de pregas cutâneas (circunferência braquial - CB, circunferência muscular do braço - CMB, prega cutânea tricipital - PCT) deve ser feita através de compasso calibrado com leitura de 0,5mm.

FORMULÁRIOS UTILIZADOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS 2002)**

Nome: _____

DN: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: M () F () Prontuário: _____

Motivo da internação: _____

Diagnostico – Comorbidades _____

Unidade: _____ Leito: _____ Data de admissão: ____/____/____ Data da avaliação: ____/____/____

Parte 1: NRS (2002)	Peso:	Altura:	SIM	NÃO
IMC < 20,5 Kg/m ²	(IMC =	kg/m ²)		
Houve perda de peso não intencional em 3 meses?				
Houve diminuição da ingestão na última semana?				
Paciente é portador de doença grave, mau estado nutricional em UTI				

Sendo uma resposta “Sim”, realizar a segunda parte da triagem.

Parte 2: NRS (2002)	Situação nutricional – PONTUAÇÃO: _____
Score	
0	Estado nutricional normal
1 (leve)	Perda de peso maior que 5% em 3 meses ou ingestão alimentar 50 a 70% das recomendações na última semana
2 (moderado)	Perda de peso maior que 5% em 2 meses ou IMC 18,5 -20,5 mais piora do estado geral ou ingestão alimentar 25 a 60% das recomendações na última semana
3 (grave)	Perda de peso maior que 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 mais piora do estado geral ou ingestão alimentar 0-25 % das recomendações na última semana
Score	Gravidade da doença (aumento das necessidades nutricionais) – PONTUAÇÃO: _____
0	Necessidades nutricionais normais
1 (leve)	Fratura de quadril, pacientes crônicos, complicações agudas: DPOC, hemodiálise crônica, diabetes e câncer
2 (moderado)	Cirurgia abdominal de grande porte, fraturas, pneumonia grave, leucemia e linfomas
3 (grave)	Transplantes de medula óssea, pacientes graves

PONTUAÇÃO TOTAL: _____

Pontuação TOTAL do NRS (2002): Menor que 3: reavaliar o paciente semanalmente. Se o paciente tem indicação de cirurgia grande porte, considerar planos de cuidados. Igual ou maior que 3: o paciente está em risco nutricional e o cuidado nutricional deve ser iniciado. Para pacientes acima de 70 anos deve-se adicionar mais 1 ponto. (KRONDRUP et al, 2003). Ao analisar a gravidade da doença, deve-se atentar as necessidade protéicas e a forma de reposição mais indicada.

CONDUTADIETOTERÁPICA/OBSERVAÇÕES: _____

Nutricionista Responsável: _____

