

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL

JOSYBEL DE LIET CORREA NUNES

**ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL E FUNCIONAL INDIVIDUALIZADO DE UM
PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN EM UM HOSPITAL DE SÃO
LUIS-MA: um relato de caso**

São Luís

2011

JOSYBEL DE LIET CORREA NUNES

**ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL E FUNCIONAL INDIVIDUALIZADO DE UM
PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN EM UM HOSPITAL DE SÃO
LUIS-MA: um relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Funcional do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Nutrição Clínica e Funcional .

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2011

Nunes, Josybel De liet Correa

Acompanhamento nutricional e funcional individualizado de um paciente portador de Doença de Crohn em um hospital de São Luís – MA: um relato de caso/Josybel De liet Correa Nunes. - São Luís, 2012.

27f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Nutrição Clínica e Funcional e Nutrição Esportiva) – Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Funcional, LABORO - Excelência em Pós-

JOSYBEL DE LIET CORREA NUNES

**ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL E FUNCIONAL INDIVIDUALIZADO DE UM
PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN EM UM HOSPITAL DE SÃO
LUIS-MA: um relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Funcional do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Nutrição Clínica e Funcional.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

À Deus, fonte de luz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença em nossas vidas.

Aos nossos familiares, pela compreensão e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

A Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, orientadora, por sua valiosa paciência e contribuição na elaboração deste trabalho.

Aos nossos mestres, pela transmissão do conhecimento na construção de cada módulo curricular desta.

Aos funcionários do LABORO que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho, em especial à Bibliotecária Eudes Garcez de Sousa Silva, pela paciência e apoio em dúvidas e pesquisas.

Ao paciente que, aceitou ser alvo deste trabalho.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

Chico Xavier

RESUMO

A Doença de Crohn (DC) é uma Doença Inflamatória Intestinal (DII) crônica, de etiologia desconhecida, que afecta frequentemente o íleo terminal e o cólon. A sua incidência tem-se demonstrado crescente nos últimos anos, particularmente nos países desenvolvidos. A patologia associa-se frequentemente a deficiências nutricionais cuja severidade depende da actividade da doença. Estas podem resultar em anemia, hipoalbuminemia, balanço nitrogenado negativo e perda de peso. A análise profunda das implicações nutricionais que caracterizam a doença, reveste-se da maior importância para prevenir o aparecimento de consequências severas associadas muitas vezes a manifestações extra-intestinais. A Terapêutica Nutricional (TN) é particularmente importante no que se refere à manutenção e/ou recuperação do estado nutricional do doente. Deste modo, o suporte nutricional demonstra-se fundamental para evitar e/ou suprir deficiências calóricas e de macro e micronutrientes. Sendo assim, a manutenção de um bom estado nutricional no paciente com DC revela-se um importante objetivo do seu tratamento de modo a que este possua uma melhor qualidade de vida.

Palavras-Chave

Doença de Crohn; Implicações Nutricionais; Doença Inflamatória Intestinal;

Terapêutica Nutricional

ABSTRACT

Crohn's Disease (CD) is a chronic Inflammatory Bowel Disease (IBD) of Unknown etiology that affects frequently the terminal ileum and the colon. Its incidence has been rising in the recent years, particularly in developed countries. CD is often associated with several nutritional deficiencies, whose severity depends on the disease activity. These can result in anemia, hypoalbuminemia, weight loss and a negative nitrogen balance. The profound analysis of the nutritional implications that characterizes the disease becomes important in the prevention of more severe consequences, which can be associated with extra-intestinal manifestations. The Nutritional Therapy (NT) is important in order to maintain and/or recover the patient's nutritional status. Therefore, the nutritional support reveals itself primordial to prevent and/or supply the deficiencies in energy and in macro and micronutrients. Thereby, the maintenance of an optimal nutritional status in patients with CD is a fundamental goal in order to improve their quality of life.

Key-Words

Crohn's Disease; Nutritional Implications; Inflammatory Bowel Disease; Nutritional Therapy

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO	11
3 DOENÇA DE CROHN.....	12
4 MÉTODOS.....	18
5 RESULTADOS.....	19
6 DISCUSSÃO.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

A desnutrição é frequente em pacientes com Doença de Crohn, o que requer acompanhamento nutricional, a fim de prevenir ou corrigir o déficit nutricional, além de contornar a má absorção associada a doença de base. Na Doença de Crohn, a terapia nutricional deve ser individualizada e suprir as necessidades nutricionais, habitualmente associando alimentação oral com suplementos nutricionais (CORREA,2005).

Descritas em todo o mundo, há tendência do crescimento de sua incidência, inclusive no Brasil. Apresentam distribuição semelhante em ambos os sexos, com a Doença de Crohn (DC), atingindo mais a população feminina, com idade mais freqüente em adultos jovens, na faixa etária entre 20 a 40 anos e um segundo pico a partir dos 55 anos. Prevalece, ainda, em áreas urbanas em relação às rurais e em classes econômicas mais altas. A terapia nutricional tem se mostrado como recurso terapêutico auxiliar extremamente útil e pode ser iniciada em todos os pacientes com estado nutricional comprometido, também indicada, independente do estado nutricional, como medida terapêutica nos casos de má evolução clínica e nas fases de atividade da doença (SALVIANO et al., 2007).

Embora de etiologia multifatorial, muitos pacientes internados com exacerbação aguda de sua doença apresentam desnutrição protéico-calórica, hipoalbuminemia e anemia. Os principais sintomas incluem aumento dos movimentos intestinais, perda de sangue, dor abdominal, náuseas, vômitos e anorexia. O curso clínico e os sintomas podem variar; em alguns pacientes, ocorrem períodos de remissão e de exacerbação, mas, em outros, a doença segue fulminante (OLIVEIRA FM et al., 2010).

Todas as alterações nutricionais dependem da extensão e da gravidade com que se manifestam as moléstias. A desnutrição, por sua vez, agrava o prognóstico do paciente, com conseqüente redução da competência imunológica e aumento das infecções (BURGOS et al., 2008).

Portanto, o objetivo da avaliação nutricional no meio hospitalar é o diagnóstico precoce da desnutrição, por meio da monitorização do estado

nutricional, possibilitando uma intervenção nutricional mais efetiva que visa minimizar o agravamento da depleção nutricional a as possíveis complicações clínicas decorrentes da desnutrição (ROSA, 2010).

2 OBJETIVO

Relatar o acompanhamento nutricional e funcional individualizado de um paciente com quadro de Doença de Crohn em terapia nutricional em um Hospital de São Luís – Ma.

3 DOENÇA DE CROHN

A Doença de Crohn foi descrita pela primeira vez por Morgagni em 1761, que ao fazer a descrição de um doente, denominou a doença que ele sofria de “ileal passion”. Já no início do século XIX, Combe e Saunders descreveram o caso de um homem com queixas abdominais crônicas, cuja autópsia revelou espessamento, inflamação e estenoses do íleo. Mas, foi mais tarde, já no século XX, que o famoso artigo de Cronh acabou por definir esta entidade, tendo-se vindo a denominar Doença de Crohn (BIN, 2007).

A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal de origem não conhecida e caracterizada pelo acometimento focal, assimétrico e transmural de qualquer parte do tubo digestivo, da boca ao ânus. Apresenta-se sob três formas principais: inflamatória, fistulosa e fibroestenose. Suas manifestações clínicas mais comuns são dor abdominal e diarreia, formação de fistulas e sintomas obstrutivos intestinais (BURGOS et al, 2008).

As DIIs ocorrem em todo o mundo e representam sério problema de saúde, pois atingem preferencialmente pessoas jovens, possuem períodos de recidivas freqüentes e exibem formas clínicas de alta gravidade. A faixa etária mais susceptível compreende de dez a quarenta anos. Não há predominância de sexo, mas uma possível associação com grupos étnicos específicos. (OLIVEIRA, 2010).

No Brasil são poucos os estudos epidemiológicos que permitem conhecer a incidência e prevalência das DI. No entanto, essas enfermidades não são tão raras como se acreditava há alguns anos. A maior parte dos estudos é realizado em pacientes de ambulatório, sendo de extrema importância conhecer os aspectos epidemiológicos, clínicos e nutricionais dos pacientes internados, a fim de que possa realizar o diagnóstico precoce e iniciar a terapêutica mais adequada, retardando ou impedindo o desenvolvimento de suas possíveis complicações (FERREIRA A. A, 2010).

Embora não se conheça o agente etiológico, sabe-se muito a respeito do mecanismo pelo qual a Doença de Crohn se desenvolve bem como a forma dos medicamentos que são usados em seu tratamento. Os dados, frutos das

investigações laboratoriais e da prática clínica, permitem juntar a etiologia em três grandes grupos que podem ser assimilados sob fatores genéticos, infecciosos e ambientais (MARTINS, 2009)..

Aspectos epidemiológicos interessantes apontam uma maior incidência entre as mulheres, contrário do que ocorre na retocolite ulcerativa. Além disso, há evidências de que a incidência da Doença de Crohn vem aumentando de forma lenta e progressiva, principalmente quando a avaliação é feita sobre a população infantil – destacando-se que a doença, que raramente inicia antes dos 10 anos – em geral, começa entre os 12 e 20 anos de idade – o que faz com que seu maior pico de incidência caia ao redor dos 25 anos. A raça influi no seu aparecimento, como tem sido demonstrado pelo risco de 5 vezes maior de sua ocorrência entre as pessoas de origem judaica e de seu maior aparecimento entre os asiáticos, africanos e sul-americanos (FERREIRA, 2010).

Depois de diagnosticada, a doença de Crohn muda totalmente a qualidade de vida de seus portadores por ser considerada de alto custo econômico, tanto para os indivíduos afetados quanto para a saúde pública pelo uso contínuo de medicamentos diários e exames de rotina, além do medo de uma nova internação hospitalar (CABRAL; CARVALHO; MISZPUTEN, 2001).

Para o diagnóstico e tratamento das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) além do exame clínico, são realizados inúmeros testes e exames, tais como a radiografia de abdômen, que pode revelar sinais de dilatação, constrição intestinal, obstrução e perfuração; a endoscopia, sendo considerado o principal exame, que fornece informações sobre a intensidade, extensão e possíveis diagnósticos diferenciais; e exames complementares que possibilitam avaliar o impacto da doença sobre outros parâmetros como hemograma, detecção de infecções e outros (OLIVEIRA et al.,2010).

Depois de diagnosticada, a doença de Crohn muda totalmente a qualidade de vida de seus portadores por ser considerada de alto custo econômico, tanto para os indivíduos afetados quanto para a saúde pública pelo

uso contínuo de medicamentos diários e exames de rotina, além do medo de uma nova internação hospitalar (MAURICIO; SOMENSSI; BUCHARLES, 2009).

O tratamento deve começar pelo diagnóstico preciso. Este depende do conjunto de história clínica, dos achados de exame físico, endoscópico, radiológico e histológico, assim como dos exames laboratoriais. O resultado desta investigação permite distinguir Doença de Crohn e colite ulcerativa; entretanto, em aproximadamente 10% dos pacientes, pelos menos inicialmente, isto não é possível (SIMÕES, 2003).

Apesar de não existirem dados definitivos e conclusivos que definam a alimentação como uma causa efetiva da DC, numerosos estudos têm destacado o potencial papel etiológico de certas práticas alimentares, baseando-se no aumento proporcional da incidência de Doenças Inflamatórias Intestinais nos países desenvolvidos comumente ao surgimento de diferentes hábitos alimentares nessas regiões. Neste contexto, diversos estudos têm demonstrado que a amamentação reduz a probabilidade de desenvolvimento de Doença de Crohn, visto que confere proteção contra infecções intestinais, possui a capacidade de estimular o desenvolvimento da mucosa gastrointestinal e a sua capacidade imunológica na criança. Verifica-se também que novos hábitos alimentares, que envolvem um maior consumo de açúcar e hidratos de carbono refinados, apresentam-se como fatores de risco para o desenvolvimento da DC. Contrariamente, o consumo de cítricos, sumos de fruta, hortícolas e farelo parecem diminuir o risco de desenvolvimento desta patologia. A *fast-food*, entre outros novos padrões de consumo, também parece estar envolvida com o desenvolvimento da DC. (2) Os hábitos tabágicos, também aumentam o risco de aparecimento desta patologia. As características alimentares dos estilos de vida mais recentes têm sido acompanhadas por mudanças substanciais na epidemiologia da Doença Inflamatória Intestinal nos países desenvolvidos. No entanto, o nosso estilo de vida corrente pode igualmente apresentar características, independentes da alimentação, que

possuem papéis etiológicos no desenvolvimento destas patologias (TOLEDO, 2006).

Os objetivos da dietoterapia nas DIIs são:

- Aplicar dietoterapia adequada de acordo com o tipo de doença e sua atividade;
- Utilizar dietas que diminuem a atividade da doença;
- Manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente;
- Aumentar o tempo de remissão da doença;
- Reduzir as indicações cirúrgicas;
- Reduzir as complicações pós-operatórias

(FLORA, 2006).

A Terapia nutricional pode ser necessária em diferentes fases evolutivas da doença, para recuperar o estado nutricional e/ou controlar a doença ativa. Seu objetivo é promover a cicatrização dos locais com ulceração, reparar os estados de desnutrição, repor as perdas de nutrientes ocasionadas pelo hipercatabolismo, estimular o sistema imunológico, entre outros (SOUZA, 2011).

Conseqüentemente, devem incluir uma formulação racional de nutrientes, aqueles que forneçam calorias e modulem a inflamação. A indicação dietoterápica consiste na administração de alimentos ricos em fibras, ácidos graxos ômega-3 e isentos de lactose. O ácido graxo ômega-3 age na recuperação anatômica da mucosa e aumenta a imunidade. Dietas ricas em ácidos graxos ômega-3 podem produzir mudanças associadas, que resultam na diminuição da severidade da inflamação e processos inflamatórios e imunológicos (MAURICIO, 2009).

O tratamento da doença gastrointestinal com nutrientes imunomoduladores

é uma nova modalidade terapêutica baseada nas suas propriedades farmacológicas, que vem apresentando perspectivas interessantes e promissoras. Estes nutrientes atuam modulando a resposta inflamatória, mantendo a integridade da mucosa intestinal e melhorando o estado clínico e, conseqüentemente, o estado nutricional dos pacientes. Assim, um plano racional tem que incluir nutrientes para fornecer calorias, reduzir a indução do estímulo antigênico, regular a resposta inflamatória e imunológica e estimular do trofismo da mucosa SARLO; BARRETO; DOMINGUES; 2008).

Os fatores relacionados à Deficiência Nutricional nas DIIs:

Diminuição na ingestão alimentar: anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, comportamento negativista, dietas restritas (iatrogenia).; **Má absorção:** diminuição da área absorptiva (doença, ressecções), supercrescimento bacteriano, deficiência de sais biliares; **Aumento das perdas intestinais:** enteropatia perdedora de proteínas, Fistulas: perda de eletrólitos, minerais, traços, sangramento gastrointestinal. **Interação droga – nutriente:** Corticosteróides (cálcio e proteínas), Sulfassalazina (folato), Colestiramina (gorduras e vitaminas). **Aumento das necessidades nutricionais:** sepse, fistula, aumento do turnover celular, repleção das reservas orgânicas, terapia com esteróides (catabolismo protéico) (ELIA et al., 2007).

Características e recomendações nutricionais nas Doenças Inflamatórias Intestinais (DIIs):

Valor Energético Total: $GEB \times FA \times 1,75$ (levando em conta o hipermetabolismo das DIIs).

Proteínas: 1,0 a 1,5 g (até 2 g para desnutridos)/Kg de peso ideal/dia.

Lípidios: Hipolipídica (<20% das calorias totais), uma vez que podem piorar a diarreia (pode haver deficiência de sais biliares).

Carboidratos (fase aguda): isenta de lactose (evitar leite e derivados). A lactase é uma enzima de frágil inserção na mucosa intestinal e seus níveis podem estar diminuídos na diarreia, havendo intolerância; controle de mono e dissacarídeos para evitar soluções hiperosmolares que possam aumentar a

diarréia; rica em fibras solúveis (por ação das bactérias intestinais formam ácidos graxos de cadeia curta, que constituem importante fonte de energia para células intestinais) e pobre em fibras insolúveis (para auxiliar no controle da diarréia)

Carboidratos (fase de remissão): evoluir progressivamente o teor de fibras insolúveis.

Carboidratos (antifermentativa): evitar alimentos com a formação de gases: brócolis, couve-flor, couve, repolho; nabo, cebola crua, pimentão verde, rabanete, pepino; batata-doce; grão de leguminosas: feijão, ervilha seca, grão-de-bico, lentilha; frutos do mar (especialmente mariscos e ostras); melão, abacate, melancia; ovo cozido ou frito consumido inteiro (mas não quando faz parte de uma preparação, como em um bolo ou em uma torta); sementes oleaginosas, nozes, castanhas, amendoim, castanha de caju etc.; bebidas gasosas como refrigerantes; excesso de açúcar; doces concentrados como goiaba, cocada.

Vias de administração: oral (fase de remissão); enteral e parenteral.

Nutrientes específicos: *Glutamina* – importante fonte de energia para células de rápida proliferação (células intestinais, linfócitos, fibroblastos); Mantém a estrutura, o metabolismo e as funções intestinais durante estados em que pode haver comprometimento da barreira mucosa 30g/dia).

Arginina e Glutamina: ativadores potentes de células polimorfonucleares e células T (melhora da resposta imunológica) (OLIVEIRA, 2010).

4 MÉTODOS

Estudo de caso realizado no Hospital Dr. Carlos Macieira localizado no Bairro do Calhau, em São Luís-MA, durante o período de setembro a outubro de 2011, onde foi estudado um paciente com diagnóstico de Doença de Crohn em terapia nutricional.

A caracterização deste estudo inclui dados de identificação, história clínica e condições socioeconômicas, a partir da entrevista com o paciente (no momento da admissão na enfermagem), com informações contidas no prontuário e ficha de acompanhamento individual.

Realizada avaliação nutricional, onde foram utilizados métodos de aferição de altura e peso e calculado o índice de massa corporal (IMC) de acordo com classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), prega cutânea do tríceps (PCT), circunferência do braço (CB) e circunferência muscular do braço (CMB). Além desses, foi avaliado o percentual de perda ponderal (%PP) do indivíduo após a doença, calculado entre o peso habitual e o atual dividido pelo peso habitual, durante os últimos 3 meses, com classificação

O paciente escolhido para este estudo de caso foi pesado no momento da admissão e semanalmente durante todo o período que permaneceu internado, utilizando-se balança de marca Filizola, com capacidade de 150 Kg e altura medida através de um antropômetro fixo à balança. As circunferências e a PCT foram mensuradas com plicometro da marca Cescorf e fita métrica inelástica em centímetros, com precisão de milímetros, através das técnicas de medição. As medidas antropométricas descritas foram realizadas por mim mesma, a fim de minimizar erros.

Em relação aos parâmetros bioquímicos, foram utilizadas dosagens séricas de albumina, hematócrito, hemoglobina, glicose em jejum, uréia, creatinina, sódio, potássio e cálcio.

Para verificar a atividade inflamatória da DC foram considerados valores de Proteína C reativa (PCR).

.5 RESULTADOS

Trata-se de um paciente adulto do sexo masculino, 36 anos, admitido na clínica médica do Hospital Dr. Carlos Macieira, em setembro de 2011, com diagnóstico de Doença de Crohn.. Onde foram evidenciados:

- **História da doença atual:** Paciente apresentando três fistulas ênterocutâneas com alto débito há 4 meses, refratária ao tratamento clínico. Paciente deu entrada no hospital com queixa de episódios febris intermitentes, vômitos e emagrecimento.
- **História da doença progressa:** Paciente portador de doença de Crohn com início em 2011,
- **História familiar:** paciente relata pai hipertenso e irmã apresentou derrame.
- **História social:** paciente sem hábito de fumar nem de ingerir bebida alcoólica.
- **Exames laboratoriais:**
 - Hemoglobina (**12-16 g/dL**): 10,4 g/dL
 - Hematócrito (**37-47%**): 33.9%
 - Leucócitos: (**5.000-8.000 céls./mm³**): 7.480 céls./mm³
 - Glicose (**70-110 mg/dL**): 93 mg/dL
 - Sódio (**135-145 mEq/L**): 140mEq/L
 - Potássio (**4,1-5,6 mEq/L**): 2,3 mEq/L
 - Uréia (**20-40 mg/dL**): 40 mg/dL
 - Creatinina (**1,0-2,0 mg/dL**): 0,6 mg/dL
- **Exame físico:** Paciente LOTE, eupnéico, hipocorado (1+/4+), hidratado, acianótico, afebril, anictérico, abdome escavado e indolor à palpação superficial e profunda. Paciente apresenta evacuação diária pastosa sem muco ou sangue.
- **Avaliação antropométrica:**
 - Peso atual: 40,4 Kg

Peso usual (há 03 meses): 55 Kg

Estatura: 1,59 m

IMC(Índice de Massa Corpórea): 15,9 Kg/m²

Perda de peso: 26,5%

DCT(Dobra Cutânea Tricipital): 8mm (↓**p5**)

CB (Circunferência do Braço): 19,5 cm (↓**p5**)

CMB(Circunferência muscular do braço): 16,99 cm (↓**p5**)

- **Medicamentos utilizados:** Sulfassalazina, Plasil, Dipirona, Captopril, Heparina, Ranitidina.

6 DISCUSSÃO

Diante do exposto, observou-se, a partir da avaliação antropométrica, que o paciente apresentou grave perda de peso corporal. Além disso, os valores da dobra cutânea tricipital e da circunferência muscular braquial abaixo de p5 indicam depleção de compartimentos lipídico e muscular, respectivamente.

Ao exame físico, a paciente apresentou-se hipocorada, o que, associado aos exames laboratoriais, demonstra taxas reduzidas de hemoglobina e de hematócrito, e sugere quadro de anemia. Ainda podem ser observadas nos dados laboratoriais concentrações séricas reduzidas de potássio, o que pode ser decorrente da própria doença de Crohn. Pode-se concluir que o paciente apresentou segundo os dados antropométricos magreza grau III.

Em relação a dieta, foi prescrita dieta hipercalórica para recuperação do estado nutricional, hipolipídica, hiperprotéica e normoglicídica. Em relação aos micronutrientes, atendeu-se as recomendações para estes, especialmente zinco, bromo, vitamina C, vitamina E, devido ao seu papel no sistema imune, além de ferro, vitaminas do complexo B e ácido fólico.

Foi utilizado as seguintes condutas dietéticas: introdução de dieta oligomérica via oral, com baixo teor de resíduos, isenta de lactose, com utilização de recursos para palatabilidade da mesma, associada à dieta hipogordurosa padrão do hospital, com acréscimo de TCM (Triglicerídeos de cadeia média) na fase ativa.

Foi realizada a reeducação alimentar baseada na nutrição funcional e suplementação de vitaminas, minerais, glutamina e lactobacillus.

Houve indicação do MODULEN, onde esta dieta é especializada para pacientes com Doença de Crohn, onde o paciente referiu se sentir melhor usando-os.

Portanto, o objetivo da avaliação nutricional no meio hospitalar é o diagnóstico precoce da desnutrição, por meio da monitorização do estado

nutricional, possibilitando uma intervenção nutricional mais efetiva que visa minimizar o agravamento da depleção nutricional e as possíveis complicações clínicas decorrentes da desnutrição.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo pode-se constatar na prática clínica, o quanto é importante a nutrição clínica e funcional apesar de ser uma linha nova de trabalho com poucos estudos e bibliografia, merecendo atenção especial por profissionais nutricionistas, pois vem oferecendo um tratamento com ótimos resultados aos portadores de Doença Inflamatória Intestinal (DII), onde o manejo nutricional individualizado neste paciente, associado ao tratamento clínico, foi eficiente na indução da remissão, principalmente na Doença de Crohn, permitindo recuperação do estado nutricional, garantindo assim, melhor qualidade de vida para este paciente.

O manejo nutricional individualizado neste paciente, associado ao tratamento clínico, foi eficiente na indução de remissão da Doença de Crohn, permitindo recuperação do estado nutricional do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIN, Céres Maltz. **Comparação entre método funcional com avaliação subjetiva global, antropometria, inquérito alimentar e análise bioquímica na estimativa do estado nutricional de pacientes com doença de Crohn em remissão clínica.** 2007. 101. Dissertação (Mestrado em Ciências em Gastroenterologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

BURGOS et al. Doenças Inflamatórias Intestinais: o que há de novo em terapia nutricional?. **Rev. Bras. Nutr. Clin.** **2008.**

CABRAL, Virginia Lúcia Ribeiro; CARVALHO, Luciana de; MISZPUTEN. Importância da albumina sérica na avaliação nutricional e de atividade inflamatória em pacientes com Doença de Crohn. **Arq. Gastroenterol.** v. 38, n. 2, abr./jun. 2001.

CORREA, L. S. et al. **Manejo Nutricional para pacientes com Doença de Crohn,** Protocolo Diretrizes Terapeuticas, 2005.

ELIA et al. Análise descritiva dos perfis social, clínico, laboratorial e antropométrico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, internados no hospital universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro. **Arq. Gastroenterol.**, v.44, n.4, out./dez. 2007.

FERREIRA, A. A et al. Papel do sistema imune e atuação dos probióticos na doença de Crohn. **Arq. Ciên. Saúde UNIPAR,** Umuarama, v. 14, n. 2, p. 171-177, maio./ago. 2010.

FLORA, Ana Paula Leite; DICHI, Isaias. Aspectos atuais na terapia nutricional da doença inflamatória intestinal. **Rev. Bras. Nutri. Clin.**, 2006.

MARTINS, Inês Silva Bastos. **Doença de Crohn:** implicações nutricionais. 2009. 47. Monografia – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Porto, 2009.

MAURICIO, Angelica Aparecida; SOMENSSI, Cassia Spadari; BUCCHARLES, Paula. Elaboração e análise sensorial de produto com fibra solúvel, ômega-3 e isento de lactose. **Revista Agro@ambiente.**, v. 3, n. 1, p. 53-57, jan. jul.2009.

OLIVEIRA, Flávia Márcia; EMERICK, Ana Paula do Carmo; SOARES, Elizângela Guimarães. Aspectos epidemiológicos das doenças intestinais inflamatórias na macrorregião de saúde leste do Estado de Minas Gerais. **Ciência e saúde coletiva**, v.15, supl. 1, 2010.

PICON, Paulo Dornelles; GADELHA, Maria Inez Pordeus; BELTRAME, Alberto (ed.). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: Doença de Crohn**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROSA, Glorimar. **Avaliação nutricional do paciente hospitalizado: uma abordagem teórico-prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SALVIANO, Flavia Nunes; BURGOS, Maria Goretti Pessoa de Araujo; SANTOS, Eduila Couto. Arq. Gastroenterol. v.44, n. 2, abr/jun, 2007.

SARLO, Roberta Soares; BARRETO, Carolina Ribeiro ; DOMINGUES, Tânia Arena Moreira. Compreendendo a vivência do paciente portador de doença de Crohn. **Acta paul. enferm.**, v. 21, n.4, p. 629-635, 2008.

SILVA et al. Relação entre estado nutricional e atividade inflamatória em pacientes com doença inflamatória intestinal. **Abcd Arq. Bras. Cir. Dig**, v. 23, n.3, p. 154-158, 2010.

SILVA, Alice Freitas da; SCHIEFERDECKER, Maria Eliana Madalozzo; AMARANTE, Heda Maria Barska dos Santos. Ingestão alimentar em pacientes com doença inflamatória intestinal. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig**, v. 24, n.3, p. 204-209, 2011.

SIMÕES, Maria de Lourdes Pessole Biondo, et al. Opções terapêuticas para as Doenças Inflamatórias Intestinais: revisão. **Rev.bras. Coloproct**, 2003.

SOUZA, Mardem Machado de et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. **Acta paul. enferm.**, v. 24, n.4, p. 479-484, 2011.

TOLEDO, Maria Fernanda et al. Manifestações clínicas intrabucais da doença de Crohn – Relato de caso clínico. **Comun Ciên Saúde**, v. 17, n. 4, p. 309-313, 2006.