



FATORES ASSOCIADOS AO RISCO NUTRICIONAL DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE

Suzi Rocha Souza; Fabiana Assmann Poll; Carolina Antunes

Introdução: Pacientes em hemodiálise (HD) apresentam elevada incidência de desnutrição protéico-energética e síndrome inflamação-desnutrição, condição associada a pior prognóstico e mortalidade. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o risco nutricional é intensificado pela gravidade da doença, jejum para procedimentos, intolerância gastrointestinal e instabilidade hemodinâmica, o que prejudica o aporte calórico-proteico. **Objetivo:** Identificar os principais fatores associados ao risco nutricional em pacientes em HD internados em UTI e descrever a atuação do nutricionista e recomendações de dietoterapia para recuperação nutricional e manejo clínico. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura com estudos publicados entre 2020-2025 nas bases PubMed e Scielo. Os descritores utilizados foram “Risco nutricional”, “Hemodiálise” e “Unidade de Terapia Intensiva”. Esta revisão teve como foco principal determinadas ferramentas de triagens de risco nutricional, como o Nutrition Risk in the Critically (NUTRIC), Nutrition Risk in the Critically Ill (mNUTRIC) e Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), considerando os fatores associados ao risco nutricional, desfechos clínicos e intervenções nutricionais em pacientes críticos em hemodiálise e/ou com insuficiência renal. **Resultados:** Os fatores de risco nutricional comuns incluem inflamação crônica, níveis baixos de albumina, comorbidades múltiplas, elevado escore de gravidade através da Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II e Sequential Organ Failure Assessment (APACHE II | SOFA), e interrupções frequentes da terapia nutricional enteral (TNE) por jejum, instabilidade ou complicações gastrointestinais. Pacientes que atingem as metas calórico-proteicas têm menor tempo de internação e mortalidade. A triagem pelo escore NUTRIC/mNUTRIC



identifica alto risco nutricional (50-60% dos casos). A atuação do nutricionista envolve avaliação contínua, prescrição personalizada, monitoramento da adequação calórico-proteica (80% das metas até o 3º dia idealmente), manejo das complicações (diarreia, hiperglicemia, intolerância) e continuidade da refeição enteral mesmo durante procedimentos. Além disso, o aporte proteico deve estar entre 1,2-1,5 g/kg/dia, ajustado conforme função renal residual. O controle glicêmico rigoroso é imprescindível para evitar hiperglicemia de estresse (monitoramento e insulina quando necessário), além da utilização de formulações enriquecidas com aminoácidos anticatólicos, caso indicado.

Conclusão: Pacientes em HD internados em UTI apresentam alto risco nutricional devido à combinação de inflamação, comorbidades e interrupções frequentes da nutrição. A triagem com ferramentas validadas (NUTRIC/mNUTRIC), associada ao alcance rigoroso das metas de aporte nutricional, atua como estratégia eficaz para reduzir mortalidade e tempo de internação. O nutricionista é essencial para ajustes dietoterápicos, supervisão da nutrição enteral e controle glicêmico e gastrointestinal.