

**XXI**

Congresso anual da APNEP

**VI**

Congresso Internacional de CUIDADOS INTENSIVOS

**XVI**

Congresso do ARCO IBEROATLÂNTICO



**RESUMOS - COMUNICAÇÕES - POSTERS**

1 e 2 Abril 2019



XXI Congresso anual da APNEP  
VI Congresso Internacional de CUIDADOS INTENSIVOS  
XVI Congresso do ARCO IBEROATLÂNTICO

## ORGANIZAÇÃO





### MAJOR SPONSOR

Fresenius Kabi Pharma Portugal

### SPONSOR

- › Actelion - A Janssen Pharmaceutical Company
  - › Adventia
  - › Astellas Farma
- › Astrazeneca - Produtos Farmacêuticos
  - › B.Braun Medical
  - › Baxter Médico Farmacêutica
  - › C.R. Bard Portugal
  - › CESPÚ - Formação
    - › Cosmed
    - › D'Ar Saúde
    - › Fátima Siqueira
  - › Fresenius Medical Care Portugal
    - › Frueat
- › Gasoxmed- Gases Medicinais › Gertal
  - › Intersurgical Portugal
  - › Linde Saúde
  - › Mimosa
  - › Nestlé Health Science
- › Nippon Gases Healthcare › Nutrícia
  - › Palmeiro Foods
  - › Pfizer Biofarmacêutica
    - › Resmed
- › Sanofi Produtos Farmacêuticos
  - › Takeda
  - › VitalAire

### COLABORAÇÃO

Cinemas NOS

NORTESHOPPING

# Índice Geral

sala 1 | 1 de abril

## UNIDADES DE PREPARAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTÉRICA: A NOSSA REALIDADE E OS NOVOS DESAFIOS

- A realidade de diferentes hospitais: CHLN; CHUSJ; CHUC; ULSAM  
Filipa Cosme; Ana Capela; Paula Pina; Rui Pires ..... \*
- Normas e orientações internacionais  
Sameiro Lemos ..... \*
- Dúvidas, estratégias e perspetivas futuras  
Lisete Lemos ..... \*

## NUTRIÇÃO ARTIFICIAL DOMICILIÁRIA

- Perspetiva do farmacêutico hospitalar  
Patrocínia Rocha ..... \*
- Articulação com os cuidados de saúde primários  
Ana Ribeiro; Pedro Campos ..... \*
- Dificuldades expectáveis na nutrição parentérica  
Gustavo Dias ..... \*
- Dificuldades expectáveis na nutrição entérica  
Paulina Aguiar ..... \*

## SIMPÓSIO BRAUN: A NUTRIÇÃO PARENTÉRICA DE PRESCRIÇÃO INDIVIDUALIZADA: PERTINÊNCIA E CONSENSOS

- Na perspectiva dos cuidados Intensivos  
Paulo Martins ..... \*
- Na perspectiva da pediatria  
..... \*
- Na perspectiva da farmácia  
Sameiro Lemos ..... \*

## HOT TOPICS

- Código sépsis  
A Isabel Suarez Freire ..... \*
- Manuseio da hipocoagulação no doente crítico  
Joana Ramalho ..... \*
- Ecocardiograma no AVC  
J M Lopez Perez ..... \*
- Quais as indicações para o uso do ticagrelor?  
António Gaspar ..... \*

sala 2 | 1 de abril

## ALIMENTOS, NUTRIENTES E INFORMAÇÃO AO CONSUMIDOR

- Nutrition profile system - o que devemos saber?  
Teresa Rodrigues ..... 10
- Rotulagem nutricional - modelos e eficácia?  
Telma Nogueira ..... \*
- Plataforma PortFIR - o que pode facilitar?  
Luísa Oliveira ..... 10

## DESAFIOS ATUAIS NA PERSONALIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO

- A nutrigenética  
..... \*
- Impacto da manipulação do microbioma - quando e como?  
José Leal ..... \*
- Aplicações e novas oportunidades  
Ana Teresa Freitas ..... \*

## ALTERAÇÕES CLIMÁTICAS, (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRIÇÃO: QUE QUESTÕES?

- Factos e números em Portugal  
Maria João Gregório ..... \*
- Sistema agroalimentar: de onde vimos e para onde vamos?  
Leonel Fadigas ..... \*
- "Do prado ao prato": que implicação nutricional?  
Tânia Cordeiro ..... \*

XXI Congresso anual da APNEP

VI Congresso Internacional de CUIDADOS INTENSIVOS

XVI Congresso do ARCO IBEROATLÂNTICO

## NUTRIÇÃO NA DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA - CIRROSE HEPÁTICA

- Disbiose na patogénese da DHC: que mecanismos patogénicos...  
Alexandra Maia e Silva ..... 11
- Alteração do metabolismo na DHC: como são diferentes estes doentes!  
José Feliz ..... \*
- Avaliação nutricional na DHC: qual a evidência, qual é a prática  
Ana Teresa Barata ..... \*
- Mudar a nutrição e o estilo de vida para mudar a evolução da DHC: os desejos do clínico  
Manuela Canhoto ..... 12

sala 3 | 1 de abril

## VÁRIAS QUESTÕES SOBRE FERIDAS

- Monitorização do risco de UP: pertinente?  
Pedro Sardo ..... \*
- Úlcera por pressão no doente crítico: evitar o inevitável?  
Paulo Alves ..... \*
- Enfermeiros com competência acrescida em feridas: utopia?  
Rui Pedro Silva ..... \*
- Damos relevo à nutrição na prevenção e tratamento de feridas?  
Diana Mendes ..... \*
- Terapêutica nutricional na cicatrização de feridas crónicas  
Célia Lopes ..... \*

## A EVITABILIDADE DA INEVITABILIDADE: AS ÚLCERAS POR PRESSÃO

- Faz-se tudo o que se pode?  
Paulo Ramos ..... \*
- Conhecimentos e atuações: da evolução científica à evidência da prática  
Paulo Alves ..... \*
- A escolha do material de ação terapêutica: é difícil?  
Anabela Moura ..... \*
- Novas tecnologias - caso clínico  
Nuno Correia ..... \*

## NUTRIÇÃO PARA ATLETAS DE ELITE

- Leucina e seus derivados, what's on?  
Filipe Teixeira ..... \*
- Bicarbonato: está na hora de repensá-lo?  
César Leão ..... \*
- Nutrição na ultraendurance: da teoria à prática  
Filipa Vicente ..... \*
- Cafeína no desporto: o estimulante pouco estimulado  
Diego Brito de Souza ..... \*

## HOT TOPICS EM NUTRIÇÃO

- Substâncias adaptogénicas  
Nuno Borges ..... \*
- Dieta cetogénica na perda de peso  
Pedro Carvalho ..... \*
- Índice glicémico: um tópico overrated?  
Helena Trigueiro ..... \*
- "Sem hidratos de carbono, por favor. Amanhã o treino é leve!"  
Gabriel Martins ..... 13

**COMPLEXIDADE E INDICADORES**

- Indicadores sensíveis à tomada de decisão  
Renato Pinto ..... \*
- Planos de contingência para grandes eventos  
Nélson Coimbra ..... \*
- Transporte seguro - intra e inter hospitalar  
Pedro Pimenta ..... \*
- Carga de trabalho - lotações seguras  
Acácio Bernardino ..... \*
- Custos de sobreviver na UCI  
Paulo Baltazar ..... \*

**DIFERENTES OLHARES SOBRE NUTRIÇÃO NOS HOSPITAIS**

- A percepção da desnutrição no SU  
Inês Sousa ..... \*
- Cuidados nutricionais no doente internado em hospital de agudos: verdade / mentira?  
Sofia Sequeira ..... \*
- Os olhos também comem: as restrições alimentares em ambiente hospitalar  
Nelson Costa ..... \*
- O doente internado em UCI: importância atribuída à nutrição  
Bruno Sousa ..... \*

**NUTRIÇÃO CLÍNICA - "FORA DA CAIXA"**

- Otimizar a prática clínica - evidência vs. mundo real  
Susana Irving ..... \*
- Alimentação hospitalar - primeira opção?  
Isabel Lourenço ..... \*
- Neofobia alimentar, do hospital ao domicílio  
Tânia Magalhães ..... \*
- Literacia nutricional, sua importância na comunicação em saúde  
Pedro Graça ..... \*

**QUE ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS. LIDERANÇA, FORMAÇÃO E PAIXÃO**

- Riscos Ocupacionais  
José David ..... \*
- Desafios de gestão institucionais  
José Ribeiro ..... \*
- Ameaças e oportunidades  
José António Pinho ..... \*
- Simulação clínica de alta fidelidade- Formação avançada  
Bruno Magalhães ..... \*

**HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTENSIVA**

- Consenso de RP. Compressão isolada vs compressão +ventilação - em que situações há diferença?  
Rui Campos ..... \*
- Novidades científicas do impacto na prática de normotermia vs hipotermia  
José Cruz ..... \*
- ECMO no pré hospitalar  
Mário Branco ..... \*
- Novos Paradigmas no Cuidar com Insuficiência Cardíaca  
Fernando Alves ..... \*
- O doente com miocardiopatia Takotsubo  
Mónica Lima ..... \*

**INFEÇÕES E DOENÇAS AUTOIMUNES**

- Rastreios e vacinas antes da imunossupressão  
Graziela Carvalheiras ..... \*
- Abordagem da sepsis no doente autoimune com infeção atípica  
Pedro Vita ..... \*
- Abordagem prática de exemplos clínicos  
Catarina Castelo Branco; João Maia; Márcia Cravo ..... \*

**TEP AGUDO VS. TEP CRÓNICO: MODALIDADES DE DIAGNÓSTICO**

- O ecocardiograma no diagnóstico diferencial do tromboembolismo pulmonar  
Mário Santos ..... \*
- Tromboembolismo pulmonar agudo vs. tromboembolismo pulmonar crónico: papel da imagem  
William Schmitt ..... \*
- O papel da medicina nuclear na avaliação do tromboembolismo pulmonar  
Patrícia Gouveia ..... 14
- Apresentação de um caso clínico  
Miguel Ricardo ..... \*

**ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA**

- Esclerose Lateral Amiotrófica  
Carla Santos ..... 14
- Importância de um bom estado nutricional na ELA, quando referenciar para suporte nutricional  
Tiago Galdes ..... \*
- Disfagia - Como compromete o estado nutricional  
Paula Correia ..... \*
- Importância de um bom estado nutricional na ELA, como intervir  
Diogo Catita ..... 15
- Cuidados de enfermagem no suporte nutricional na ELA  
Rita Barroso ..... \*
- Representante dos doentes  
APELA ..... \*

**MESA DE TRANSPLANTAÇÃO**

- Indicações e controvérsias no transplante hepático  
M Angeles Vazquez Millan ..... \*
- Transplante hepático com dador com assistolia tipo 3  
Alejandra Otero Ferreira ..... \*
- Transplante renal de dador vivo  
Ines Esmoris Arijon ..... \*
- Seleção de dadores de órgãos para transplantação  
Donzília Silva ..... \*

**CUIDADOS INTENSIVOS**

- Síndrome de Realimentação  
Fernando Próspero ..... \*
- Quando iniciar nutrição parentérica no doente crítico?  
Pierre Singer ..... \*
- Indicações para dietas hiperproteicas  
Paulo Martins ..... \*
- Como abordar complicações gastrointestinais na nutrição entérica  
Isabel Miranda ..... \*

#### MODELOS DE INTERVENÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA EM AMBULATÓRIO

- Normas e orientações. Que implicações práticas? \*  
Cristina Ribeiro .....
- Nutrição clínica em ambulatório uma longa experiência em prol dos doentes \*  
Ana Lopes .....
- Nutrição entérica no ambulatório - que resultados? 16  
Carla Santos .....
- Nutrição parentérica em ambulatório – que resultados? 17  
Jorge Fonseca .....

#### TECNOLOGIAS DE INTERVENÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA. ABORDAGENS CRUCIAIS?

- Que desafios da *eHealth e eNutrition*? \*  
Rui Silva .....
- Apps em nutrição clínica. Como rentabilizar? \*  
Rita Talhas .....
- Contributions of artificial intelligence for precision nutrition \*  
Mário Macedo .....
- Nutriinfluencers e nutrição clínica, sim? \*  
Filipa Cortez .....

sala 7 | 1 de abril

#### ESTENOSE AÓRTICA VALVULAR

- Quais são os doentes para substituição da válvula aórtica \*  
Inês Silveira .....
- Substituição percutânea da válvula aórtica \*  
José Alberto Rodrigues .....
- Substituição cirúrgica da válvula aórtica \*  
João Carlos Mota .....
- Reabilitação do doente após substituição valvular 19  
Sandra Magalhães .....

#### A DOENÇA CARDÍACA E O AVC - O FOCO NA FA E FOP

- A perspectiva clínica \*  
Ricardo Costa .....
- A visão do neurologista – uma intervenção mais precoce? \*  
Vitor Tedim Cruz .....
- O papel da cardiologia de intervenção na prevenção do AVC \*  
Bruno Brochado .....
- Ablação da fibrilhação auricular – a “cura” é possível? \*  
Maria João Sousa .....

#### A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO SÉCULO XXI

- Insuficiência cardíaca aguda – uma perspectiva clínica \*  
André Frias .....
- Desmame ventilatório difícil \*  
Carlos Lopes .....
- Vale a pena reabilitar o Levosimendan? \*  
Aurora Andrade .....
- Quais são os doentes para transplantação cardíaca \*  
Fátima Franco .....

#### MESA DA VIA VERDE DA SÉPSIS

- Corticóides, vitamina C e tiamina na sepsis. Fazem sentido? \*  
Paulo Mergulhão .....
- Bólus obrigatório de 20 a 30 ml/kg de fluidos para todos os doentes com sépsis? \*  
Miguel Tavares .....
- Fluidoterapia liberal vs fluidoterapia restritiva na sépsis? \*  
Alexandre Pinto .....
- Quando começar, aumentar ou diminuir vasoconstritores na sépsis? \*  
Miguel Tavares .....

sala 8 | 1 de abril

#### INFEÇÃO HOSPITALAR. COMO A COMBATO

- UCI - ULSNE, EPE \*  
Luísa Nunes .....
- UCI - Braga \*  
Bruna Rocha .....
- UCI - CHUP \*  
Francisco Miguel Sousa .....
- UCI - HBA \*  
Francisco Miguel Sousa .....
- UCI - HNMM, Funchal \*  
Leonardo Ribeiro .....

#### INFEÇÕES EM UCI - HOT TOPICS

- Bacteriemia a KPC 19  
Raquel Duro .....
- Infecções SNC associadas a dispositivos \*  
Celina Gonçalves .....
- Infecções fúngicas invasivas: novas oportunidades na gestão do doente \*  
Lurdes Santos .....
- Farmacodinâmica / farmacocinética e o manejo dos antibióticos em UCI \*  
Teresa Cardoso .....
- Sépsis: o que há de novo? \*  
Miguel Abreu .....

#### INFEÇÃO I

- Pneumonia na UCI - Papel dos vírus \*  
Ruth Milheiro; Paula Mota .....
- Reativação do CMV na UCI \*  
Cristóbal Galban Rodriguez .....
- Tratamento anti fúngico na UCI, quando iniciar? \*  
Paulo Mergulhão .....
- Enterobacteriaceas produtoras de carbapenemas: novidades \*  
José Artur Paiva .....

#### INFEÇÃO II

- Prevenção da infeção nosocomial na UCI \*  
Patrícia Campos .....
- Gestão pré operatória do risco infeccioso \*  
Cristina Pereira .....
- Estratégias hospitalares para o controlo das resistências bacterianas \*  
Isabel Neves .....
- Gestão das enterobacteriaceas resistentes aos carbapenemes no CHP, ponto da situação \*  
Júlio Oliveira .....

**FAZ SENTIDO O RASTREIO DO RISCO NUTRICIONAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS?**

- Perspetiva da Saúde Pública
- Bruno Castro ..... \*
- Perspetiva da Nutrição
- Rute Sá Azevedo ..... 20
- Perspetiva da Enfermagem em contexto ECCI
- Bruno Lopes ..... \*
- Perspetiva da Enfermagem em contexto saúde familiar
- Sara Rufo ..... \*

**DISFAGIA**

- Unidade de AVC - Conceito e modo de trabalho
- Adriana Rua ..... \*
- Testes de rastreio de disfagia: estado da arte
- Joana Teles Sarmento ..... \*
- Rastreio da disfagia na Unidade de AVC do CHTMA
- Fernanda Freitas; Patrícia Correia ..... 21
- Nutrição no doente disfágico
- Fátima Fonseca ..... \*
- Exames auxiliares de diagnóstico da disfagia
- Bárbara Moreira da Cruz ..... \*
- Avaliação prática de um doente disfágico em contexto de terapia da fala
- Maria João Ferreira ..... \*

**VELHOS DESAFIOS NA NUTRIÇÃO DO DOENTE CRÍTICO**

- Rastreio nutricional no doente crítico?
- Abílio Cardoso Teixeira ..... \*
- Da elaboração à implementação de protocolos
- Solange Gomes ..... \*
- Hospitais e as "ilhas isoladas"
- Graça Lopes ..... \*
- Deglutição
- Margarida Oliveira ..... \*

**DESNUTRIÇÃO - A IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREIO**

- A versão Portuguesa do NRS-2022
- Luís Matos ..... \*
- O passado
- Diana Mendes ..... \*
- O presente
- Graça Ferro ..... \*
- O futuro
- Ana Lopes ..... \*

**HOT TOPICS**

- The never-ending question: Remoção de mediadores por TSR, é possível?
- Estevão Lafuente ..... \*
- Técnicas de suporte hepático, ainda fazem sentido?
- Anibal Marinho ..... \*
- O papel da pressão transpulmonar no ARDS
- Igor Milet ..... \*
- Hipotermia no doente crítico: faz sentido?
- Júlio Nóbrega ..... \*

**HOT POINTS I**

- Ketamina – velho fármaco, novas aplicações
- Ana Luísa Sá ..... \*
- Lidocaína endovenosa: actualidade
- Carla Cavaleiro ..... \*
- Dexmedetomidina – aplicação no bloco operatório
- José Alberto Martins ..... \*
- Anestesia opióides free
- Fátima Cruz ..... \*
- Novidades no tratamento do delirium numa UCI
- Alejandra Virgos Pedreira ..... \*

**SIMPÓSIO NESTLÉ HEALTH SCIENCE - DESAFIOS DAS DIETAS DE TEXTURA MODIFICADA NA DISFAGIA**

- Dietas de Textura Modificada na abordagem da disfagia
- Susana Mestre ..... \*
- Deficiências nutricionais das Dietas de Textura Modificada artesanais: como contornar?
- Aline Fernandes ..... \*
- Soluções Nestlé Health Science
- ..... \*

**OBESIDADE MÓRBIDA - A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTI-DISCIPLINAR**

- Considerações cirúrgicas
- Jorge Santos ..... \*
- Considerações anestésicas
- Cristina Ferreira ..... \*
- Avaliação psiquiátrica
- Palmira Coya ..... 22
- Avaliação nutricional
- Alice Lopes ..... \*

**INTERVENÇÃO NA OBESIDADE: DA INFÂNCIA À GERIATRIA**

- Na infância e adolescência
- Mónica Pitta Grós Dias ..... \*
- No adulto
- Zélia Santos ..... \*
- Na geriatria
- Simone Fernandes ..... \*
- Na atividade física: da infância à geriatria
- Carlos Ferreira Barrigas ..... \*

**CALORIMETRIA INDIRETA: POTENCIALIDADES EM PEDIATRIA**

- Do metabolismo à avaliação nutricional por calorimetria indireta
- Luís Pereira-da-Silva ..... \*
- Calorimetria indirecta na anorexia nervosa
- Ana Catarina Moreira ..... \*
- Calorimetria indireta no recém nascido cirúrgico
- Susana Barradas ..... \*
- Calorimetria indirecta na doença de Crohn
- Tânia Furtado ..... \*

**ABORDAGEM CLÍNICA E NUTRICIONAL DO DOENTE IDOSO – QUE DESAFIOS?**

sala 5 | 2 de abril

- Sarcopenia no idoso ..... \*
- Miguel Toscano Rico ..... \*
- Importância da nutrição em doentes ortogerátricos ..... \*
- Sofia Duque ..... \*
- Consulta multidisciplinar de geriatria: qual a vantagem? ..... 22
- Eduardo Aghighi ..... \*
- Suporte nutricional no doente idoso: qual a abordagem? ..... \*
- Diana Mendes ..... \*

**NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA EM DIFERENTES CONTEXTOS**

- Nutrição do pré-escolar ..... \*
- Carla Rego ..... \*
- Dieta peculiares ..... \*
- Helena Mansilha ..... \*
- Nutrição nas dislipidemias ..... \*
- Mónica Tavares ..... \*
- Nutrição e atividades física ..... \*
- Carla Laranjeira ..... \*

sala 4 | 2 de abril

**SUPOORTE NUTRICIONAL NA PANCREATITE AGUDA**

- Consequências imunológicas da pancreatite aguda. Pontos para intervenção nutricional? ..... \*
- Manuel Santos Rosa ..... \*
- NE polimérica, oligomérica ou outras? ..... \*
- Filipe Borges ..... \*
- Antioxidantes - que evidência? ..... \*
- Miguel Fróis Borges ..... \*
- Novidades pós PROPATRIA? ..... \*
- Nuno Carvalho ..... \*

**O DOENTE COM NEOPLASIA GÁSTRICA**

- Alterações metabólicas pós gastrectomia total vs. parcial. Há diferenças? ..... \*
- Gabriel Oliveira ..... \*
- Suporte nutricional pré operatório. Para quem? ..... \*
- Simone Oliveira ..... \*
- Impacto da sarcopenia na complicações pós gastrectomia ..... \*
- Margarida Ferreira ..... \*
- Que suplementos nutricionais no pós operatório? ..... \*
- André Marçal ..... \*

**SUPOORTE NUTRICIONAL NO TRAUMA MAJOR**

- Politraumatizado ..... \*
- Rosa Mendes ..... \*
- Abdómen aberto ..... \*
- Carina Gomes ..... \*
- Grande queimado ..... \*
- Daniel Baptista Silva ..... \*
- Traumatismo crânioencefálico ..... \*
- Thiago Coelho ..... \*

**VENTILAÇÃO: MAIS QUE A INTERFACE MÁQUINA- DOENTE**

- VMI vs VNI – O verdadeiro desafio para o enfermeiro ..... \*
- Lúcio Ribeiro ..... \*
- Reabilitação Respiratória: integração de cuidados diferenciados ..... \*
- ..... \*
- Desmame ventilatório: é a intuição importante ..... \*
- Margarida Oliveira ..... \*

**ABORDAGEM GRANDE QUEIMADO**

- Abordagem inicial do grande queimado ..... \*
- Beatriz Postigo Marcos ..... \*
- Inalação de fumos do grande queimado ..... \*
- Adrian Fernandez Marcos ..... \*
- Que sedação e analgesia no grande queimado? ..... \*
- Teresa Lapa ..... \*
- Abordagem das complicações tardias mais frequentes ..... 23
- Marta Salgueiro ..... \*

**VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA**

- Eficácia do CPAP na apneia do sono: deve ser a primeira escolha? ..... \*
- Daniela Ferreira ..... \*
- Estratégias para otimizar o Índice de Apneia / Hipoapneia residual no SAOS ..... \*
- Silvia Correia ..... \*
- Como monitorizar os doentes com insuficiência respiratória aguda sob VNI ..... \*
- C Winck ..... \*
- Ventilação não invasiva vs. oxigenoterapia de alto fluxo na insuficiência respiratória aguda ..... \*
- Carlos Fernando ..... \*

**HOT-TOPICS EM PNEUMOLOGIA**

- Fibrose pulmonar: é importante reconhecer em Cuidados Intensivos e Intermédios? Casos clínicos ..... \*
- Sérgio Campainha ..... \*
- Eco torácica no doente crítico: importância e implicações na prática clínica ..... \*
- Nuno Cortesão ..... \*
- A broncofibroscopia em Cuidados Intensivos: quem deve fazer, quando e para quê? ..... \*
- Fernando Guedes ..... \*
- Como controlar os riscos: VNI no desmame ventilatório ..... \*
- Carla Nogueira ..... \*

**TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR NA DIABETES - DA TEORIA À PRÁTICA**

- Tratamento cirúrgico ..... \*
- Jorge Limão ..... \*
- Terapêutica / intervenção endocrinológica ..... \*
- Clara Cunha ..... \*
- Intervenção nutricional ..... \*
- Léneo Andrade ..... \*
- Intervenção fisiológica do exercício ..... \*
- Sandra Martins ..... \*

sala 6 | 2 de abril

**CORAÇÃO & COMPANHIA**

- *Fluid responsiveness* no doente em ventilação espontânea ..... \*
- Alexandre Pinto ..... \*
- O papel da redistribuição de volume na insuficiência cardíaca aguda ..... \*
- Ana Meireles ..... \*
- Estratégias para superar a resistência ao diurético ..... \*
- Cristina Freitas ..... \*
- Interação pulmão-coração no doente em ventilação espontânea ..... \*
- Rute Alves ..... \*

## RIM NO DOENTE CRÍTICO: VÍTIMA OU CULPADO?

- Tratar doentes com sépsis: o que podemos esperar da remoção de citoquinas com circuitos extracorporais (SOEC) Estevão Lafuente ..... \*
- Princípios, aplicações e aspetos práticos da plasmáfereze Ana Castro ..... \*
- Intoxicação aguda por metformina: o assassino silencioso Cristina Freitas ..... \*
- Indicações de ECMO no doente crítico C. J. Fernandez Gonzalez ..... \*
- Como abordar um síndrome cardio-renal? João Pimentel ..... \*

## DOENTE NEUROCRÍTICO

- Paciente neurocrítico: sedação e analgesia Humberto Aymerich Cano ..... \*
- Cuidados do doente neurocrítico Ana Diaz Lamas ..... \*
- Sedamos e optimizamos bem os pacientes neurocríticos Natalia Mejuto Montero ..... \*
- Atualização e novidades em neuromonitorização Helena Triguero Sancristoval ..... \*

## TRANSPLANTE RENAL

- Intervenções no transplante com dador incompatível Miguel Sousa ..... \*
- Cuidados de enfermagem no pós- transplante imediato Patrícia Ferreira ..... \*
- Gestão emocional do dador e do recetor, no transplante de dador vivo - papel do enfermeiro Liliiana Ferreira ..... \*
- Imunoadsorção no transplante renal ..... \*

sala 7 | 2 de abril

## VENTILAÇÃO

- Volume corrente 6 ml/kg para todos doentes ventilados? ..... \*
- Ainda existe lugar para manobras de recrutamento no ARDS em 2021? Antero Fernandes ..... \*
- Proning- Quando começar? João Gouveia ..... \*
- ECMO VV-Quando começar? Roberto Roncon ..... \*

## HIPERGLICEMIA INTRA-HOSPITALAR

- Abordagem da hiperglicemia no doente Teresa Pereira; Vânia Benido ..... \*
- Hiperglicemias no peri-operatório Cláudia Amaral; Catarina Pereira ..... \*
- Hiperglicemia e nutrição artificial Sofia Teixeira; Ana Lopes ..... \*
- Complicações agudas da hiperglicemia Joana Vilaverde; Liliiana Fonseca ..... \*

## SÍNDROMA DO INTESTINO CURTO / FALÊNCIA INTESTINAL

- Tipos de intestino curto / falência intestinal no adulto António Oliveira ..... \*
- A realidade na pediatria Helena Mansilha ..... \*
- Centros de reabilitação intestinal - o que podem proporcionar? Jorge Fonseca ..... \*
- Inovação terapêutica no Síndrome do Intestino Curto: vantagens e limitações Beatriz Costa ..... \*

## DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

- Nutrição enterica pre-operatória na doença de Crohn Anabela Rocha ..... \*
- Desafios da Colite Ulcerosa Grave Paula Lago ..... \*
- Complicações Infeciosas Graves na Doença Intestinal Inflamatória sob terapia Imunossupressora/ Biotecnologica Cândida Abreu ..... 24
- Sepsis abdominal na Doença de Crohn Tiago Guedes ..... \*

sala 8 | 2 de abril

## ATIVIDADES ESPECIAIS. CONTRIBUTO CIENTÍFICO PARA A PRÁTICA POR EXCELÊNCIA

- Estratégias europeia para os cuidados informais Bruno Magalhães ..... \*
- Integração de cuidados paliativos e cuidados intensivos Sandra Martins Pereira ..... 25
- Desafios para integração de cuidados paliativos nos intensivos Carla Margarida Teixeira ..... \*
- Gestor da analgesia e sedação? Carla Teixeira ..... \*
- A dor no doente não responsivo Fernando Alves ..... \*

## NUTRIÇÃO CLÍNICA NO DOENTE ONCOLÓGICO - SIMPÓSIO FRESENIUS KABI

- Caquexia oncológica e avaliação do estado nutricional Paula Ravasco ..... \*
- Sintomas com impacto nutricional no doente oncológico Catarina Sousa Guerreiro ..... \*
- A importância da terapêutica nutricional no doente oncológico Raquel Conceição ..... \*

## NUTRIÇÃO EM MEDICINA INTERNA

- Prevalência de desnutrição na Medicina Interna Ricardo Marinho ..... \*
- Papel da enfermagem na nutrição Rita Ferreira ..... \*
- Avaliação da disfagia Sara Rodrigues ..... \*
- Colocar SNG ou não? Como melhor decidir Sara Silva ..... 25
- Terapêutica nutricional no síndrome demencial Ana Pessoa ..... \*

## MONITORIZAÇÃO E VIGILÂNCIA. O QUE SABEMOS DE NOVO...

- no doente neurocrítico Leonor Feijó ..... \*
- no doente séptico Paulo Costa ..... \*
- na criança em estado crítico Manuel Cordeiro ..... \*
- na grávida Sofia Fernandes ..... \*

COMUNICAÇÕES ORAIS - APENP ..... 27

POSTERS - APENP ..... 33

COMUNICAÇÕES ORAIS - ASCI ..... 53

POSTERS - ASCI ..... 61

PALESTRAS

XXI Congresso anual da APNEP  
VI Congresso Internacional de CUIDADOS INTENSIVOS  
XVI Congresso do ARCO IBEROATLÂNTICO

Palestras | dia 1 de Abril



## ALIMENTOS, NUTRIENTES E INFORMAÇÃO AO CONSUMIDOR

### Nutrient profile systems - o que devemos saber?

Teresa Rodrigues  
ARS Norte, I.P.

O Nutrient Profiling (NP) é um método científico que avalia a qualidade nutricional de alimentos e bebidas, categorizando-os de acordo com sua composição nutricional e salubridade e, dessa forma, facilitando a identificação de alimentos e bebidas que devem ou não ser recomendados no âmbito de uma alimentação saudável. Nos últimos 25 anos, desenvolveram-se mais de 100 NPS diferentes, que têm vindo a ser utilizados numa panóplia de aplicações políticas, reguladoras e educacionais. Actualmente, estão a ser implementados vários NPS por uma grande diversidade de actores e, não raras vezes, com o mesmo propósito, gerando assim confusão entre os consumidores, devido às inconsistências. Este cenário, com numerosos NPS, está a impedir a efectiva avaliação da qualidade nutricional de diferentes alimentos e bebidas, com influência em vários factores que, por sua vez, afectam a nutrição em termos de saúde pública, nomeadamente: a definição de normas de rotulagem; a reformulação de produtos alimentares; e a aplicação de medidas fiscais sobre os alimentos, entre outros. Torna-se, pois, premente a necessidade de um “Perfil Nutricional Harmonizado”, que deverá fornecer a base para regulamentar a utilização de alegações nutricionais e de saúde, a rotulagem alimentar e o marketing, o que, indirectamente, facilitaria também a reformulação de alimentos. Este NPS Europeu harmonizado teria vantagens a 3 níveis: para os consumidores, para a indústria alimentar e para a saúde pública. No entanto, algumas questões continuam a ser difíceis de responder: Como ter um NPS Europeu consensual que atenda a todos os propósitos potenciais? Será possível adaptar um sistema único europeu aos diferentes contextos de cada país ou mesmo de cada região?

### Plataforma PortFIR - o que pode facilitar?

Lúisa Oliveira

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

A plataforma PortFIR é o rosto na web (<http://portfir.insa.pt/>) do Programa PortFIR, Portuguese Food Information Resource em inglês ou Portal de Informação Alimentar se tivermos que traduzir para português. O Programa PortFIR nasceu em 2009 inspirado na rede europeia EuroFIR (<http://www.eurofir.org/>) com a visão de implementar redes de excelência Portuguesas em nutrição e segurança alimentar e uma plataforma web que incluíse bases de dados sustentáveis e de qualidade reconhecida sobre Composição e Contaminação de Alimentos e Consumos Alimentares. Actualmente o Programa PortFIR conta com a participação global de mais de 140 membros representando mais de 90 entidades que incluem, Laboratórios de Estado, Universidades, legisladores e reguladores, organizações e operadores do sector da produção e distribuição agroalimentar, investigadores, entidades de fiscalização e controlo, autoridades de saúde e prestadores de cuidados de saúde. Estão criadas três Redes Portuguesas de partilha de conhecimento, nomeadamente sobre, Composição de Alimentos (RPCA), Informação Microbiológica de Alimentos (RPIMA) e Contaminação Química de Alimentos (RPCQA). Estas redes funcionam através de Grupos de Trabalho que se formam à volta de temas de interesse explicitado pelos membros. As Redes PortFIR são um espaço de colaboração e o convite à participação nas mesmas é constante. Presentemente, a plataforma PortFIR disponibiliza o acesso livre à Tabela da Composição de Alimentos (TCA), possibilitando diversas modalidades de pesquisa, comparação de alimentos e cálculos de receitas e do valor nutricional de planos alimentares, bem como o descarregamento do ficheiro da TCA em formato Excel. A plataforma PortFIR está em constante desenvolvimento e cresce na medida da disponibilidade de recursos, sendo suportada no sistema de gestão de informação FoodCASE (<https://playground.foodcase-services.com/>), um software de desenvolvimento colaborativo entre vários países europeus e organizações internacionais.

## PALESTRAS

## NUTRIÇÃO NA DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA

## Disbiose na patogénese da DHC: que mecanismos patogénicos...

Alexandra Maia e Silva

IUEM, ESSEM, CiiEM

O microbiota é a coleção de microrganismos que colonizam o ser humano (vírus, fungos, bactérias e parasitas) interna e externamente. No intestino existem essencialmente bactérias Bacteroidetes e Firmicutes. O microbiota do sistema digestivo, em particular no intestino, é fundamental no desempenho de várias funções metabólicas que são essenciais para a manutenção da homeostasia, nomeadamente síntese de vitaminas e auxílio na digestão, modulação do sistema imunitário e prevenção da proliferação de espécies patogénicas. Para a sua variabilidade contribuem diferentes fatores como por exemplo a idade, o estilo de vida, a dieta e o consumo de fármacos. Uma grande quantidade de estudos sobre microbiota/microbioma Humano têm relevado o seu papel associado a diferentes patologias quando está em situações de desequilíbrio (Disbiose), nomeadamente obesidade, resistência à insulina, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e doença hepática não alcoólica. Fatores que contribuem para este desequilíbrio incluem o consumo elevado de gordura. O intestino tem uma barreira altamente especializada que regula o transporte de diferentes substâncias através da sua mucosa onde se incluem os nutrientes e alguns antigénios, o fígado recebe os nutrientes e esses antigénios para os quais tem recetores, que quando activados vão desencadear uma resposta pró-inflamatória, a qual pode estar envolvida na progressão para a doença hepática crónica. As complexas interações que existem entre o intestino, o fígado e o sistema imunitário são cruciais para a manutenção da homeostasia. Dietas ricas em gorduras provocam alterações na permeabilidade do intestino, aumento dos níveis de lipopolissacáridos (LPS) e aumento da expressão de LBP (LPS binding protein) bem como de sCD4 que refletem uma situação de endotoxemia e aumento das citocinas circulantes. O álcool pode afetar diretamente a permeabilidade do intestino bem como o acetaldeído que resulta da sua metabolização, mas existem também bactérias responsáveis pela formação de álcool no intestino e presença deste no sangue de indivíduos afetados pelo fígado gordo não alcoólico. A doença hepática não alcoólica afeta uma percentagem elevada da população e a disbiose observada em doentes com doença hepática crónica não alcoólica sugere o envolvimento do microbiota na patogénese destas

doenças. O mecanismo exato de como o microbiota está envolvido no desenvolvimento da doença hepática não está completamente esclarecido, mas observa-se o aumento da expressão de recetores tipo Toll (TLR), cujos ligandos são de origem na microbiota do intestino. Nomeadamente TLR2, TLR4, TLR5 e TLR9, os quais reconhecem respetivamente LPS, peptidoglicanos, flagelinas e DNA bacteriano. No fígado a via de sinalização associada à ativação destes recetores, que induz a produção de moléculas pró-inflamatórias e citocinas está aumentada na doença do fígado gordo não alcoólico. Em situações normais o fígado é altamente tolerante aos ligandos de origem bacteriana e expressa os TLR em níveis reduzidos. Os TLR estão envolvidos como foi referido no aumento da expressão de moléculas pró-inflamatórias envolvida na defesa contra a invasão por agentes patogénicos, tendo assim funções anti-virais e anti-bacterianas, tais como o factor de necrose tumoral (TNF)  $\alpha$  e IL-1 $\beta$ . Uma vez que não existem fármacos específicos para o tratamento destas doenças crónicas a utilização de pró-bióticos poderá ser uma opção terapêutica, para controlar e reverter a situação de disbiose e consequentemente diminuir ou regredir este tipo de doenças hepáticas, ainda que até ao momento não existam recomendações nem pela European Association for the Study of Liver Disease (EASL) nem pela American Association for the Study of Liver Disease (AASLD). Existem vários estudos que apoiam o efeito benéfico dos probióticos na melhoria dos marcadores bioquímicos e histológicos hepáticos associados a esta patologia. Nomeadamente redução dos níveis de LPS no sangue e expressão hepática de TNF  $\alpha$  em roedores. A ingestão de pró-bióticos também reverte as alterações na permeabilidade do intestino, que está aumentada na doença do fígado gordo não alcoólico. Os estudos referidos falham, contudo, no facto de ainda não existirem dados que demonstrem se o efeito dos pró-bióticos é a longo prazo ou se após interromper a sua toma diária o efeito não reverte. Apesar de ainda serem poucos os estudos com pré-bióticos, pró-bióticos, simbióticos e antibióticos, estes poderão estar na base da terapêutica a ser usada em doentes com fígado gordo não alcoólico uma vez que está comprovado o envolvimento do microbiota do intestino e o desenvolvimento/ progressão desta doença, onde se observa uma situação de disbiose associada com alteração do rácio Firmicutes/Bacteroides, o qual é mais elevado nos indivíduos com esta patologia.

## Avaliação nutricional na DHC: qual é a evidência, qual é a prática

Ana Teresa Barata | GENE - Grupo de Estudo de Nutrição Entérica do Hospital Garcia de Orta

A desnutrição é uma condição transversal em todos os estadios da doença hepática crónica (DHC). Os doentes hospitalizados estão particularmente em risco, sendo que na admissão, 65% a 90% apresentam desnutrição. A desnutrição é considerada um preditor independente de mortalidade e está associada ao aumento de complicações, como hemorragia digestiva alta por rutura de varizes esofágicas, encefalopatia hepática, peritonite bacteriana espontânea, síndrome hepatorenal e diminuição da capacidade de regeneração hepática. A avaliação do estado nutricional consiste na interpretação da informação obtida a partir de parâmetros dietéticos, clínicos, antropométricos e bioquímicos tendo como finalidade caracterizar o estado nutricional do doente. Permite identificar os doentes desnutridos ou em risco de desnutrição e estabelecer o suporte nutricional como medida preventiva ou terapêutica, diminuindo o impacto nutricional atempada e adequada pode ajudar o doente com DHC a aumentar a resposta à terapêutica, diminuir a incidência de complicações, melhorar a qualidade de vida e o prognóstico. Existem várias ferramentas de avaliação do estado nutricional, cada uma apresenta vantagens e desvantagens variando a sua especificidade na deteção de desnutrição nestes doentes. As mais utilizadas são: Medidas antropométricas (Peso, IMC- Índice de Massa Corporal, percentagem de perda de peso, CMB- Circunferência muscular do braço, PB- Perímetro braquial e PCT- Prega cutânea tricipital), parâmetros laboratoriais (proteína C-reativa, transferrina, albumina e proteína transportadora do retinol), métodos de avaliação da composição corporal (BIA- Bioimpedância elétrica, Ângulo de Fase) e a SGA - Subjective Global Assessment. A dinamometria de preensão manual (DPM) é um método de avaliação da função muscular esquelética, também utilizado na avaliação da capacidade funcional. Trata-se de um método não invasivo, económico, portátil e de fácil utilização. É também um método sensível a alterações a curto prazo da função muscular que frequentemente precedem a perda de peso relacionada com a doença, estando demonstrado que as alterações funcionais da contração muscular ocorrem antes das alterações detetadas através dos métodos e índices convencionais utilizados no rastreio de desnutrição. A DPM reflete a força máxima resultante da contração combinada dos músculos extrínsecos e intrínsecos da

mão, os valores obtidos apresentam uma correlação positiva com massa muscular corporal. A redução da função muscular apresenta graves consequências no que diz respeito à perda de funcionalidade, tempo de internamento hospitalar e mortalidade.

Nos doentes com DHC, a avaliação do estado nutricional representa um desafio complexo. Muitos dos resultados obtidos através da utilização dos parâmetros e métodos tradicionais são afetados pela própria doença hepática, variando com a gravidade da mesma, independentemente do estado nutricional. Atualmente, não existe um método considerado gold standard e não há consenso sobre a melhor ferramenta a utilizar para quantificar ou classificar o grau de desnutrição nestes doentes. Na ausência de consenso, a opção será a utilização simultânea de vários métodos, tendo em consideração as vantagens e limitações inerentes a cada um, por forma a melhor caracterizar o estado nutricional do doente. Neste sentido e de acordo com as recomendações da ESPEN - European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, preconiza-se como primeira abordagem o uso de ferramentas simples, acessíveis e de baixo custo, como a SGA, a Antropometria ou a DPM, para identificar desnutrição e selecionar os doentes com necessidade mais premente de suporte nutricional. Parâmetros antropométricos clássicos, como peso, percentagem de perda de peso e IMC, produzem resultados pouco confiáveis devido retenção hidrossalina e não devem ser utilizados como marcadores de estado nutricional. A prega cutânea tricipital, subescapular e a circunferência do braço parecem ser menos influenciadas pela retenção hídrica na ausência de anasarca e apesar da possibilidade de variabilidade inter-observador na realização das medições, são consideradas ferramentas mais sensíveis que o IMC para detetar desnutrição. Em particular, a circunferência muscular do braço e a prega cutânea tricipital mostraram ser preditores independentes de sobrevida em doentes cirróticos. Os níveis plasmáticos de proteínas viscerais são fortemente influenciados pela capacidade de síntese hepática, ingestão de álcool ou estado inflamatório, a sua baixa concentração sérica associa-se à gravidade da doença hepática contraindicando a sua utilização como parâmetro de avaliação nutricional. A bioimpedância elétrica (BIA) é método seguro, barato, não-invasivo e rápido para a avaliação da composição corporal no entanto, a presença de edema e ascite afeta negativamente a sua precisão. O Ângulo de fase, marcador nutricional obtido diretamente da BIA, depende da resistência e da reatância, o que pode levar a limitações em doentes com retenção hidrossalina. A SGA é uma ferramenta prática que combina dados da história clínica e do exame físico (perda de peso, ingestão

## PALESTRAS

alimentar, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional, stress metabólico, sinais físicos de perda de massa muscular e presença de edema periférico ou ascite). A SGA está validada para doentes cirróticos, demonstrou ser bom preditor de prognóstico e é altamente reprodutível. Existem algumas limitações para a SGA nesta população. Uma limitação é que a SGA considera mudanças no peso corporal como um parâmetro importante nos determinantes históricos do estado nutricional, outra limitação prende-se com a experiência ou capacidade do entrevistador colher adequadamente todos os dados clínicos subjetivos e relevantes, razão pela qual está recomendado o uso de pelo menos mais um instrumento de avaliação objetivo adicional ao SGA. A função muscular é reduzida em doentes de DHC e a medição da força de preensão manual parece ser um método sensível e bom preditor da incidência de complicações em doentes cirróticos desnutridos. No entanto, a força de preensão manual poderá ser influenciada por fatores externos ao estado nutricional, como alterações da função muscular decorrentes de neuropatia periférica ou alterações metabólicas induzidas pela doença hepática. Apesar das limitações, a DPM mostrou ser mais sensível no diagnóstico de desnutrição quando comparada com outros métodos como a SGA, PCT, CMB e IMC. A avaliação do estado nutricional em doentes hepáticos continua a ser um desafio devido à ausência de ferramentas rigorosas, validadas e de fácil aplicação em ambiente clínico. A desnutrição é comum na DHC e está associada a um prognóstico adverso quando não tratada ou revertida. É de importância crítica avaliar precocemente o estado nutricional de todos os doentes com DHC através das ferramentas e dos métodos possíveis, periodicamente ou sempre que necessário, por forma a otimizar o suporte nutricional, manter a ingestão proteica e calórica adequada e corrigir as deficiências nutricionais, tendo sempre em conta a evolução clínica e as necessidades individuais do doente.

sala 3 | dia 1 de abril

### HOT TOPICS EM NUTRIÇÃO

## “Sem hidratos de carbono, por favor. Amanhã o treino é leve!”

Gabriel Martins | Universidad Camilo José Cela, Madrid | Investigação em Fisiologia do Desporto

A restrição crónica de hidratos de carbono ainda é considerada uma estratégia popular entre os atletas na área de perda de peso. Atletas de endurance frequentemente restringem a ingestão de carboidratos para fins de perda de peso, embora reconheçam a importância de ingeri-los para aumentar o desempenho no exercício, tal como compreendem as consequências da sua restrição. Nos últimos anos, surgiram algumas pesquisas interessantes sobre os efeitos do treino com baixas reservas de glicogénio muscular (training low), apontando que pode existir alguma amplificação das adaptações de treino quando este protocolo é realizado de maneira controlada e calculada. Nesta palestra, discutiremos a lógica de cada uma das estratégias de training low e como aplicá-las no contexto de uma planificação de treino estruturada de um atleta.

**TEP AGUDO VS TEP CRÓNICO: MODALIDADES DE DIAGNÓSTICO****O papel da medicina nuclear na avaliação do tromboembolismo pulmonar**

Patrícia Gouveia

Centro Hospitalar e Universitário do Porto

A cintigrafia pulmonar de ventilação-perfusão (V/Q) é um estudo diagnóstico usado na detecção e seguimento de casos de tromboembolismo pulmonar (TEP). Está indicada no diagnóstico de TEP quando não é possível realizar o Angio-TAC (alergia ao contraste, IR, entre outras). É aconselhada no seguimento de TEP crónico e é o exame de eleição para excluir HTP crónica de etiologia tromboembólica. Consiste na realização de um estudo de ventilação, com inalação de um radioaerossol, constituído por nanopartículas de carbono marcadas com  $^{99m}\text{Tc}$  numa atmosfera inerte de argon (Technegas), que se depositam nos espaços bronco-alveolares, de acordo com a distribuição da ventilação pulmonar, e um estudo de perfusão em que se administra por via endovenosa macroagregados de albumina marcados com  $^{99m}\text{Tc}$ , os quais sofrem microembolização na circulação pulmonar, pelo que a sua distribuição reflecte a irrigação sanguínea pulmonar. O padrão considerado normal de um estudo de V/Q consiste na distribuição homogénea de ambos os radiofármacos, quer no estudo de ventilação, quer no de perfusão. A ocorrência de defeitos de perfusão segmentares discordantes com as imagens de ventilação levanta a suspeita de tromboembolia pulmonar, suspeita essa, que aumenta em virtude das dimensões e do número de defeitos, bem como na presença de um estudo radiográfico sem alterações.

**Esclerose Lateral Amiotrófica**

Carla Adriana Santos

Hospital Garcia de Orta/GENE

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa complexa caracterizada por uma perda progressiva dos neurónios motores resultando numa atrofia progressiva dos músculos esqueléticos incluindo os músculos respiratórios. Tem uma progressão relativamente rápida com grave dano na composição corporal e qualidade de vida. Nos doentes com ELA a desnutrição é comum. De entre os factores que a condicionam destacam-se: a degeneração dos neurónios manifesta-se na dificuldade na mastigação, aumento do tempo para a conclusão da refeição e disfagia. A anorexia é comum atribuída ao stress psicossocial, depressão e polimedicção. A fraqueza dos músculos abdominais e pélvicos, a auto-restricção de líquidos e dieta pobre em fibra com consequente obstipação podem causar a diminuição da ingestão alimentar. Para além da perda de massa muscular os doentes com ELA podem ter necessidades aumentadas em energia pelo esforço respiratório e infecções respiratórias. O Grupo de Nutrição Artificial - GENE, segue doentes em nutrição artificial desde há 20 anos e é composto por um gastroenterologista, nutricionista, terapeuta da fala e enfermeira com corpo nuclear e presente na avaliação dos doentes com ELA, conta ainda com outros profissionais como neurologistas, gastroenterologistas, internistas, pneumologistas, farmacêuticos entre outros técnicos. Os doentes com ELA são-nos referenciados pelo neurologista e/ou terapeuta da fala e são integrados num programa de nutrição artificial. São doentes que já apresentam alguma perda de peso e de massa muscular e, por vezes, alguma dificuldade alimentar nomeadamente aumento do tempo de refeição. São seguidos em equipa onde se define uma abordagem individual. É despistada a disfagia com uma avaliação da deglutição, é feita uma anamnese alimentar, avaliação antropométrica e laboratorial, cálculo de necessidades nutricionais e adaptação à capacidade individual com recurso a diferentes estratégias como fortificação /suplementação e modificação de textura dos alimentos/refeições. Desde o momento que são referenciados para o GENE são seguidos segundo protocolo individualizado com as mesmas abordagens que foram feitas inicialmente. São informados que fora das consultas programadas poderão ser sempre observados se tal for necessário.

## PALESTRAS

## Importância de um bom estado nutricional na ELA, como intervir

Diogo Sousa Catita

Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurológica degenerativa progressiva rara que afeta mais de 70 mil pessoas em todo o mundo e cerca de 800 pessoas em Portugal. Para um melhor prognóstico e melhor qualidade de vida é fulcral uma equipa multidisciplinar. Para além da afeção neurológica, durante a evolução da doença o estado nutricional do doente fica comprometido devido à capacidade catabólica da doença. A degradação e atrofia muscular, a disfagia (dificuldade em deglutir) e o cansaço fácil são fatores que tendem a evoluir durante os diferentes estádios da doença e que vão influenciar o estado geral e nutricional. Esta dificuldade em deglutir afeta 85% das pessoas com ELA. Pode levar ao engasgamento com pneumonias por aspiração, diminuição da ingestão alimentar e, assim, acelerar a degradação muscular, contribuindo para a evolução negativa da doença. O cansaço fácil faz com que, só de mastigar os alimentos, o doente fique cansado e com dispneia. Assim, não consegue ingerir a totalidade das refeições que seriam adaptadas às suas necessidades, agrava a desnutrição e a falta de nutrientes acelera a destruição muscular. Atualmente, 60% dos doentes que chegam à APELA (Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica), apresenta um IMC (Índice da Massa Corporal) inferior a 19,00 Kg/m<sup>2</sup>, um indicador de desnutrição e de maior mortalidade, levando a uma mais rápida evolução da doença. Tendo em conta os diferentes estádios da evolução da doença, a intervenção nutricional tende a adequar a consistência dos alimentos recorrendo principalmente a alimentos calóricos e proteicos, a recorrer à suplementação nutricional oral e a adaptar a via de alimentação. A intervenção nutricional deve prevenir e tratar os quadros de desnutrição tentando maximizar o conforto e o bom estar do doente. Para uma melhor intervenção nutricional, deverão ocorrer avaliações nutricionais periódicas tendo em conta a evolução da doença que, em muitos casos, é bastante rápida. A avaliação nutricional deve por base avaliar a evolução ponderal, IMC, avaliar a ingesta alimentar tendo em conta as suas necessidades calóricas de modo a se optar pela melhor estratégia nutricional. A escolha da estratégia nutricional deve ser discutida em equipa multidisciplinar, com o doente e a sua família para que se consiga uma abordagem completa e adequada. Numa primeira fase, a estratégia nutricional, parte pela modificação da consistência

da dieta que deve ser igualmente discutida com o/a terapeuta da fala de forma a obter a consistência mais segura e adequada ao grau de disfagia do doente. Alimentos com consistências mais moles reduzem o cansaço que ocorre da mastigação, levando a que o doente consiga ingerir uma maior quantidade de alimentos, o que se traduz num aumento calórico da dieta. Após recorrer à alteração das consistências e ao enriquecimento da dieta com recurso às várias modulares nutricionais, o uso de suplementos nutricionais orais, deve ser ponderado de modo a serem atingidas as necessidades nutricionais através de um menor volume alimentar mas com um alto valor calórico- proteico. Com a progressão da doença a alimentação por via oral, além de ineficiente, deixa de ser segura, o que constitui um risco para o doente. Assim, torna-se imprescindível a alteração da via de alimentação, de forma a não haver uma evolução negativa do estado nutricional do doente e conseqüente diminuição de sobrevida quer por desnutrição quer por desidratação.

A abordagem da colocação de PEG deve ser discutida logo numa fase inicial e ao longo das contínuas avaliações durante a evolução da doença; sendo recomendação da ESPEN realizar a gastrostomia antes de haver uma grave perda ponderal e da função respiratória ser severamente afetada. Um bom estado nutricional na ELA é de extrema importância, pois representa uma melhoria significativa na qualidade de vida e sobrevida do doente, devendo ser abordada em equipa multidisciplinar durante toda a evolução da doença.

## MODELOS DE INTERVENÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA EM AMBULATÓRIO

### Nutrição entérica no ambulatório - que resultados?

Carla Adriana Santos | Jorge Fonseca | Paula Correia

Hospital Garcia de Orta: GENE

O conceito de Nutrição Entérica (NE) engloba todas as formas de suporte nutricional que implicam o uso de “alimentos dietéticos para fins medicinais específicos” definido na regulação legal europeia da Comissão Diretiva de 1999/21/EC de 25 março independentemente da via de alimentação. Esta definição inclui suplementos nutricionais orais (SNO) e alimentação por sonda (tube feeding) por via nasal ou percutânea. É uma opção para os doentes que estão impossibilitados de atingir as suas necessidades nutricionais por via oral mas que apresentam um tubo digestivo funcional, capaz de digerir e absorver os nutrientes. A NE administrada em ambulatório é uma opção para os doentes que necessitam suporte nutricional entérico de longa duração mas que não necessitam internamento. Muitos iniciam esta forma de suporte nutricional em internamento com continuidade em ambulatório. Outros doentes, nos quais é identificada a necessidade de NE, são referenciados para as unidades hospitalares e, dependendo da experiência do centro de referência na avaliação, escolha de acesso e monitorização, poderão não necessitar internamento para o início da NE. Os critérios para NE não são estanques, variando entre países e centros, mas incluem uma equipa de nutrição entérica experiente que consiga identificar, triar, adequar e monitorizar a forma e via de alimentação do doente. Actualmente existem alguns núcleos no nosso país onde existe uma equipa multidisciplinar experiente e dedicada nesta forma de nutrição. A sua actuação visa escolher a nutrição mais adequada para cada doente e adaptá-la à via escolhida para a NE de modo a atingir e/ou manter um bom estado nutricional. Para a NE prolongada, acesso adequado é uma gastrostomia que pode ser construída usando orientação endoscópica (PEG - gastrostomia endoscópica percutânea), cirúrgica ou radiológica ou, ocasionalmente, uma jejunostomia. Qualquer que seja o acesso, a NE requer ensino ao doente e/ou familiar/cuidador para administração da alimentação, cuidados e manutenção do tubo e

identificação de possíveis complicações. O nosso grupo de nutrição entérica, GENE (Grupo de Estudos de Nutrição Entérica/parentérica) funciona desde 1999 e conta com uma vasta experiência na identificação e seguimento de doentes sob NE prolongada. Integra um núcleo constituído por um gastroenterologista, uma nutricionista, uma terapeuta da fala e enfermeiros, mas também com a farmacêuticos e também outros médicos, incluindo cirurgiões, neurologistas, pediatras e outros especialistas, que referenciam doentes, do internamento ou ambulatório, com indicação para NE e estão ativamente envolvidos no seu acompanhamento multidisciplinar. O GENE segue regularmente os doentes ambulatórios na Consulta de Nutrição Artificial protocolando o acompanhamento e monitorizando o suporte nutricional essencialmente em doentes com gastrostomia/jejunostomia. Estes doentes são avaliados periodicamente e seguidos em Consulta de Nutrição Artificial. A referência dos também é feita pelos serviços de internamento e pelas unidades de ambulatório, domicílios ou outras unidades hospitalares ou de retaguarda. A escolha da via de alimentação é sempre personalizada e constitui uma decisão conjunta entre o grupo e o doente e os familiares/cuidadores. Para identificação precoce de doentes de maior risco necessitando de NE, um dos elementos do GENE está sempre presente nas reuniões de decisão oncológica para cancro da cabeça ou pescoço e do tubo digestivo. Os critérios de inclusão são a incapacidade parcial ou total de ingestão alimentar por via oral por um período superior a 3-4 semanas, tenham uma sobrevida previsível superior a 4 semanas, possuam capacidade cognitiva e/ou familiares/cuidadores com capacidade de compreender esta forma de alimentação e capacidade de preparar/adquirir alimentos/fórmulas para alimentação. Não é necessário que pertençam à área de influência restrita do hospital. O protocolo praticado compreende uma consulta prévia onde são identificadas as indicações para nutrição entérica e onde são assinados os consentimentos livres e esclarecidos. No dia da PEG são colhidos parâmetros antropométricos como o peso, altura, IMC, prega cutânea tricipital e perímetro braquial. É colhida uma amostra de sangue para hemograma e parâmetros laboratoriais específicos e avaliação da capacidade funcional com recurso ao dinamómetro de prensão manual e, quando aplicável, aplicação de questionários de qualidade de vida. Nos gastrostomizados, a primeira consulta é feita após 4-5 dias pós PEG para identificação e correcção de eventuais condicionantes. A consulta seguinte é no 1º mês pós PEG e depois ao 3º e 6º mês. Após este período são feitas, por rotina, 3 consultas anuais. Todas as consultas seguem o mesmo protocolo de avaliação: QUADRO ANEXO [https://apnep.pt/\\_docs/quadro.docx](https://apnep.pt/_docs/quadro.docx) Até hoje, o GENE já ultrapassou os 1000

## PALESTRAS

adultos e 100 crianças com disfagia, gastrostomizados e alimentados através deste acesso, seguidos em consulta de Nutrição Artificial. É um dos grupos do mundo com mais experiência e maior publicação científica nesta área. A quase totalidade das indicações para PEG foi disfagia. Destes a patologia de base mais frequente foi a neurológica com mais que 50% e cerca de 40% com disfagia obstrutiva/difagia mecânica por neoplasia cervicofacial. A maioria dos doentes seguidos regularmente na consulta de Nutrição Artificial está no domicílio, cuidados por familiares ou amigos ou cuidadores informais. Uma parte está institucionalizada em centros de cuidados continuados ou de reabilitação. Desde a realização da PEG estes doentes são alimentados na totalidade ou parcialmente por esta via. A escolha do conteúdo nutricional depende das necessidades nutricionais do doente, do local onde se encontra (hospital/domicílio/unidade de cuidados continuados/paliativos) e da disponibilidade do centro, da escolha e capacidade financeira do doente/familiar/cuidador. Nos últimos anos temos desenvolvido melhores conhecimentos científicos relativos ao estado nutricional deste grupo heterogéneo de doentes que permitiu algumas alterações estruturais no suporte nutricional. Algumas instituições e todos os hospitais dispõem de fórmulas de alimentação entérica que permite uma nutrição adequada às necessidades nutricionais. As dificuldades prendem-se com a alimentação no domicílio em que, muitas vezes, por uma questão financeira ou outra, a alimentação administrada é feita com alimentos correntes. Sabemos hoje, porque temos registos de todos os doentes e de todas as consultas, e temos desenvolvido o estudo científico destes problemas, sendo o grupo autor de mais que 30 publicações indexadas, que estes doentes, aquando da referenciação para NE, apresentam na sua maioria, carência em macro e micronutrientes inerentes a longos períodos de nutrição insuficiente. Para além da carência em macronutrientes com consequências bem conhecidas, a carência em oligoelementos condiciona efeitos adversos importantes, mas é frequentemente subtil e com reduzida expressão clínica, e muitas vezes não identificada. Sabemos também que após PEG a NE com alimentos correntes por tubo corrige, a maioria das vezes, as carências em macronutrientes mas uma alimentação monótona e/ou carente pode induzir ou perpetuar carência de um ou mais oligoelementos e de vitamina D. Dos oligoelementos estudados verificámos que a carência em zinco, selénio e cobre é mantida ou subcorrigida após a PEG com uma alimentação com alimentos correntes. É este trabalho de reflexão sobre os doentes e a sua condição que nos permite identificar e alertar para estas carências e promover a correta nutrição pela via adequada.

## Nutrição parentérica em ambulatório – que resultados?

Jorge Fonseca | Sandra Carlos | Joana Simões | Gonçalo Nunes

Hospital Garcia de Orta/GENEP

A Nutrição Parentérica (NP) é a forma de suporte nutricional em que os nutrientes são colocados no meio interno, habitualmente na corrente sanguínea, sem digestão e absorção intestinal. É a forma mais complexa de suporte nutricional porque o controlo da absorção e endocrinometabólico exercido pelo sistema digestivo é ultrapassando e os riscos de desequilíbrio metabólico são máximos. Assim, a NP só deve ser usada quando a nutrição oral e/ou entérica não for capaz de atingir os objectivos definidos pelas equipas clínicas responsáveis pelos doentes. A principal indicação da NP é a Falência Intestinal (FI). As guidelines da ESPEN definem FI como “a redução da função do sistema digestivo abaixo do nível necessário para a absorção de macronutrientes e/ou água e electrólitos, de tal forma que, para manter a saúde é necessária a administração de suplementação intravenosa”. As mais recentes guidelines da ESPEN sobre FI classificam-na em três categorias:

tipo I ou aguda (doentes necessitando de suplementação intravenosa durante poucos dias, sendo habitualmente situações autolimitadas, p.ex. após cirurgia abdominal simples); tipo II, prolongada ou subaguda (doentes com alterações morfológicas e funcionais complexas do tubo digestivo, frequentemente metabolicamente instáveis, necessitando de uma abordagem multidisciplinar e NP durante meses, p.ex. múltiplas fístulas digestivas após cirurgia abdominal ou no contexto da D. de Crohn) ; tipo III, crónica (doentes metabolicamente estáveis, necessitando NP durante muitos meses ou anos, p.ex. síndrome do intestino curto). São os doentes com FI tipo III e, ocasionalmente, aqueles com FI tipo II que constituem os candidatos à NP ambulatória. Na perspectiva fisiopatológica, a FI tem cinco mecanismos mais frequentes: Obstrução mecânica; Dismotilidade; Síndrome do intestino curto; Lesão extensa da mucosa; Fístulas intestinais. Na prática, os doentes com síndrome do intestino curto (SIC) constituem a maioria dos casos de NP ambulatória. Mas mesmo estes com SIC, constituem um grupo heterogéneo: doentes com ileostomia tendem a criar maior dificuldade no aporte e equilíbrio de electrólitos e hidratação (SIC Grupo 1). Doentes com colon em continuidade mas com reduções muito marcadas do delgado tendem a criar maior dificuldade na absorção de macronutrientes e desenvolver malnutrição



energeticoproteica. Mesmo entre estes com colon há diferenças marcantes: doente com anastomose jejunal a parte do colon esquerdo (SIC Grupo 2) tem evolução diferente daqueles quase sem jejuno e com ileon terminal, válvula ileocecal e colon intacto (SIC Grupo 3). Estes doentes com SIC Grupo 3 têm muito bom prognóstico por vários factores: não desenvolvem desequilíbrio hidrelectolítico, mantêm a produção de GLP2, estimulando a adaptação intestinal e o cólon adapta-se e é capaz de obter até 900 kcal de ácidos gordos de cadeia curta, um importante recurso energético. Na realidade, doentes com SIC Grupo 3 têm uma esperança de vida próxima do normal, com SIC Grupo 1, a esperança de vida é reduzida e com SIC Grupo 2 o prognóstico é intermédio. Contudo, a todos é possível oferecer NP ambulatoria, proporcionando-lhes uma vida próxima do normal. O nosso grupo de nutrição artificial, o GENE (Grupo de Estudos de Nutrição Entérica/parentérica) funciona desde 1999 e conta com uma vasta experiência na identificação e seguimento de doentes sob nutrição artificial prolongada. Integra múltiplos profissionais de saúde mas o núcleo dos profissionais dedicados a estes doentes com FI, estruturado como grupo multidisciplinar de Falência Intestinal, integra gastroenterologistas, cirurgiões, nutricionista e enfermeiros. Segue regularmente os doentes ambulatorios na Consulta de Nutrição Artificial, protocolando o acompanhamento e monitorizando o suporte nutricional essencialmente em doentes com FI. Os doentes são sempre observados em equipa e cada decisão é tomada em conjunto, pelos profissionais, pelos doentes e pela família ou cuidadores. A NP administrada em ambulatorio é uma opção para os doentes que necessitam suporte nutricional parentérico de longa duração mas que não necessitam internamento. Contudo, entre nós a NP é ainda olhada como uma opção do internamento com condicionantes éticas, legais e funcionais. No nosso grupo, optámos por estabelecer parcerias com a equipa de hospitalização domiciliária do Hospital Garcia de Orta, a equipa hospitalar de enfermagem domiciliária e as equipas de enfermagem domiciliária dos centros de saúde da área do hospital. A parceria com estas equipas minimiza os riscos infecciosos da administração nutricional em cateter venoso central, facilita a colheita de análises para monitorização metabólica e permite satisfazer as limitações legais ao uso da NP. Com estas equipas, tem sido possível seguir alguns doentes com FI prolongada ou crónica em regime ambulatorio. Este grupo incluiu um total de onze doentes com patologias variadas: uma doente com dismotilidade grave, uma doente com lesão extensa da mucosa, uma doente com múltiplas fístulas enteroatmosféricas, os restantes com síndromas do intestino curto. Contudo, quatro destes não fazem

NP mas apenas hidratação parentérica e reposição electrolítica, sendo nestes casos toda a nutrição assegurada com alimentação oral. Este aspeto poderá estar relacionado com o fato de o nosso grupo de nutrição artificial ter uma experiência de vinte anos no suporte oral/entérico de doentes muito difíceis. E uma das lições que retirámos do estudo STEPS foi que a optimização do suporte oral pode reduzir as necessidades de NP. Atualmente, acompanhamos três doentes sob NP e quatro sob hidratação. Para além destes doentes, seguimos ainda regularmente doentes com quadros de deficiência intestinal com grandes recessões cirúrgicas mas que nos é possível manter com suporte apenas oral, graças à estratégia que permite optimizar o suporte destes doentes: uma equipa multidisciplinar empenhada e experiente. Para o futuro perspectiva-se uma maior alteração do paradigma. Há quase 50 anos, em 1970, iniciou-se a NP ambulatoria com uma doente com Doença de Crohn e múltiplas recessões intestinais que viveu muitos anos em sua casa. Para o próximo meio século, esperamos que o paradigma seja o da reabilitação intestinal, alavancada pela moderna farmacoterapia que já nos deu o teduglutide, o primeiro análogo do GLP2, e que nos dará brevemente novos fármacos diversificados capazes de serem associados em combinações terapêuticas muito eficazes. Mas a reabilitação intestinal irá ser mais do que farmacoterapia. Será abordagem multimodal, centrada no doente e na obtenção de ganhos de saúde em todas as vertentes do tratamento, orientada por equipas multidisciplinares a trabalhar em parceria com os doentes.

### ESTENOSE AÓRTICA VALVULAR

## Reabilitação do doente após substituição valvular

Sandra Magalhães

Centro Hospitalar Universitário Porto / Serviço Fisiatria

A Reabilitação Cardíaca é uma intervenção multidisciplinar, custo-efetiva, com sólida sustentação científica e recomendada (classe I) pelas diferentes sociedades internacionais no tratamento de todo o espectro da doença coronária e da insuficiência cardíaca. A literatura é escassa na doença valvular mas é consistentemente favorável pelo que a reabilitação cardíaca foi incluída no tratamento deste grupo de doentes. Na última década surgiram alguns estudos randomizados controlados que incluíram doentes submetidos a substituição valvular percutânea versus substituição valvular cirúrgica que frequentaram o mesmo programa de reabilitação cardíaca. Estes revelaram uma melhoria significativa ao nível da autonomia, mobilidade e capacidade funcional em ambos os grupos de intervenção. Relativamente à prescrição de exercício nesta população não existem guidelines específicas e por isso são seguidas as recomendações para o doente coronário, tendo em conta as particularidades inerentes a esta patologia e as características individuais de cada doente. A inclusão dos restantes componentes dos programas de reabilitação cardíaca, tais como, suporte psicossocial, aconselhamento nutricional e controlo de fatores de risco cardiovascular é também importante neste contexto. Num futuro próximo será importante definir qual o tipo de programa de reabilitação cardíaca mais custo-efetivo nesta população de doentes.

### INFEÇÕES EM UCI – HOT TOPICS

## Bacteriemia por EPC

Raquel Duro

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Visão global de bacteriemias por Enterobacterias produtoras de carbapenemase, sobretudo focando na abordagem ao tratamento.

## FAZ SENTIDO O RASTREIO DO RISCO NUTRICIONAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS? - PERSPETIVA DA NUTRIÇÃO

### Perspetiva da Nutrição

Rute Sá Azevedo

ULSAM

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, defendendo que a obtenção de ganhos em saúde resulta da intervenção nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada, e salientando como fundamental a política de promoção de uma alimentação saudável. Também a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da governação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituem-se como prioridades. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (extensão a 2020) define como dois dos seus quatro eixos estratégicos, o acesso adequado a cuidados de saúde e a qualidade na saúde. A desnutrição em doentes internados em hospitais representa um grave problema de saúde que é frequentemente encoberto por outras situações clínicas. Mas a desnutrição não se encontra só nos hospitais. A Declaração de Praga de 2009 estima uma prevalência de desnutrição entre 5-15% na comunidade, 40% hospitalar e até 60% em utentes institucionalizados. Um estudo espanhol encontrou o seguinte padrão da desnutrição em Cuidados Primários: menos de 10% dos utentes são menores de 18 anos, 45% estão entre os 19 e os 65 anos de idade, e os restantes 45% têm idades superiores a 65 anos. No caso dos maiores de 65 anos, a prevalência depende do nível assistencial: 2% em idosos saudáveis em residência pública, 5-8% no domicílio, 50% em idosos doentes institucionalizados, e até 44% em idosos internados em hospital por patologia médica e 65% internados por patologia cirúrgica. Estudos europeus evidenciam uma grande variabilidade nos números de prevalência de desnutrição na comunidade, especialmente na população idosa, dependendo da ferramenta utilizada para a sua deteção. Alguns estudos indicam um risco de desnutrição entre 3% e 35% e uma proporção de desnutridos entre 0.5% e 14%. Estes números podem chegar a duplicar em função da idade e grau de dependência. Ora, atualmente, 20% da população portuguesa tem idade ≥ 65 anos e prevê-se que aumente exponencialmente. Guest et al, demonstram que os utentes desnutridos

apresentam mais comorbilidades e o dobro das necessidades/cuidados de saúde. Duplica o número de visitas ao médico/enfermeiro de família, ao hospital (serviço de urgência e consultas de especialidade) e aumenta o número de prescrições farmacológicas, reflectindo-se num aumento de custos assistenciais. Na comunidade, os utentes desnutridos custam mais do dobro, comparativamente a utentes nutridos. As alterações clínicas que mais se associam à desnutrição hospitalar são as doenças do aparelho digestivo, circulatório, respiratório e neoplasias. No estudo PREDyCES, a disfagia, as patologias neurológicas, a diabetes e as doenças cardiovasculares são as de maior prevalência. Apesar do conceito da desnutrição associada à doença estar amplamente consolidado e portanto existirem dados da sua prevalência, etiologia e implicações clínicas, a sua identificação e tratamento não estão normalizadas fora do contexto hospitalar. No nível de cuidados assistenciais onde se recebe a maior parte da doença crónica, os Cuidados de Saúde Primários (CSP), não parece existir uma consciência e reflexão sobre o potencial impacto que a desnutrição tem na saúde e evolução clínica. Parece lógico pensar que a desnutrição relacionada com a complexidade da doença seja relevante para a gestão clínica dos utentes mais vulneráveis. A elevada prevalência de desnutrição indica que se deve generalizar o uso sistemático de ferramentas de rastreio com elevada sensibilidade e especificidade. Detetar precocemente a desnutrição ou o risco de a desenvolver e implementar intervenções nutricionais diminui as repercussões secundárias à mesma. A identificação do utente em risco nutricional (rastreamento positivo) implica uma referenciação a serviços de nutrição para que se proceda à avaliação do estado nutricional, estabelecimento do diagnóstico nutricional, definição da intervenção nutricional e respetiva monitorização, em articulação com a equipa multidisciplinar. A ACSS destaca a introdução em 2019 de diversas melhorias dirigidas a cada uma das áreas específicas de prestação de cuidados de saúde do SNS, nomeadamente a consolidação do processo nos cuidados de saúde primários, de acordo com a filosofia implementada em 2017, com enfoque para o alinhamento dos incentivos e das responsabilidades entre os cuidados de saúde primários e hospitalares para a redução da utilização dos cuidados de saúde evitáveis, nomeadamente, as urgências (por agudização de doenças crónicas) e os internamentos (normalmente associados a condições de saúde que podem e devem ser acompanhadas de forma preventiva e adequada em ambulatório). Será fundamental incluir a abordagem da desnutrição em programas não só de especialidades médicas e de enfermagem, mas em formação contínua. As Unidades Funcionais dos Centros de Saúde, nomeadamente

## PALESTRAS

Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), deverão ter entre os seus objetivos de qualidade a realização do rastreio periódico do risco nutricional, sobretudo a grupos vulneráveis, e conseqüente plano de cuidados individualizado. A otimização da nutrição em cuidados de continuidade tem um papel chave, a curto e a longo prazo, na evolução clínica do utente, bem como nos custos associados. Estratégias futuras de combate à desnutrição deverão focar-se no aumento da identificação e diagnóstico precoces de todos os utentes hospitalizados em risco de desnutrição, uma intervenção nutricional atempada, providenciando a continuidade de cuidados nutricionais no pós-alta e a definição de medidas de modo a que todo este processo seja transversal e mandatário em todos os níveis de cuidados (primário, secundários ou hospitalares, continuados e domiciliários). Idosos, doentes com pluri-patologia, utentes em contexto domiciliário (incluindo Equipas de Cuidados Continuados Integrados), utentes após alta hospitalar (numa ótica de integração de cuidados) deverão ser considerados prioritários para este rastreio. O rastreio do risco nutricional, a avaliação nutricional e a intervenção nutricional, deveriam, num futuro próximo, ser contratualizados como indicadores de qualidade.

### DISFAGIA

## AVALIAÇÃO DA DISFAGIA NO CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE

Fernanda Freitas | Luisa Costa | Patricia Correia

Centro Hospitalar Médio Ave- Medicina Homens UAVC

As perturbações da deglutição representam uma causa de morbilidade e mortalidade importante, associadas a complicações como as pneumonias de aspiração, desidratação, medo de comer e beber, perda de peso e má nutrição. Estas alterações são retrocesso e entrave ao processo de recuperação do doente após o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Na unidade de AVC do Centro Hospitalar Médio Ave (CHMA), no ano 2019 até a presente data, verifica-se uma percentagem de 39% de doentes em que foi diagnosticado algum tipo de disfagia. A avaliação precoce da disfagia associada a intervenções específicas, podem prevenir complicações e perspetivar ganhos em saúde com redução de tempo de internamento hospitalar e os custos que lhes estão associados. Neste contexto, a avaliação da disfagia nos doentes internados da Unidade AVC do CHMA, representa uma intervenção autónoma dos enfermeiros que se traduz em ganhos em saúde. MÉTODO: Foi instituído no CHMA um procedimento de avaliação da disfagia, transversal a todos os serviços. Na unidade de AVC o procedimento é executado a todos os doentes, no momento da entrada ou até 12 horas após, sempre antes do início da alimentação e toma de medicamentos. O procedimento da avaliação da disfagia divide-se em duas fases: AVALIAÇÃO INICIAL avalia-se as condições mínimas para se alimentar o doente e AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA em que se pretende definir o tipo de dieta mais adequada a instituir ao doente, com base na avaliação da tolerância a diferentes consistências de alimento. A reavaliação faz-se sempre partindo do procedimento descrito como avaliação secundária e será de acordo com a necessidade, evolução do doente, após o primeiro levante e à data de alta. É missão dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, garantir a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A atuação dos EER visa implementar cuidados de reabilitação e em conjunto com outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvendo a família informando-a da disfagia, ensino dos cuidados durante a alimentação, estratégias facilitadoras da deglutição, exercícios, preparação de alimentos, fornecimento de guia com receitas, capacitando-os para a continuidade de cuidados aquando a alta.

## OBESIDADE MÓRBIDA – A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

### Avaliação Psicossocial no âmbito do Tratamento Cirúrgico para a Obesidade

Palmira Coya | Sara Viveiros

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Porto

De acordo com os dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) em 2016 mais de 1.9 bilhões de adultos em todo o mundo tinham excesso de peso, sendo que, deste número 650 milhões sofriam de obesidade. A literatura ressalva o consenso entre vários profissionais de saúde, que defendem que a obesidade surge não apenas de desequilíbrios bioquímicos e de doenças físico-metabólicas, mas também, de sintomatologia e perturbações psicológicas com dificuldades a nível da adaptação social. Pelo insucesso de alguns tratamentos conservadores, nomeadamente quando direcionados à obesidade classe II e III, os procedimentos cirúrgicos surgem como métodos de eleição. A Direção Geral de Saúde (DGS) sugere a avaliação psicológica e/ ou psiquiátrica, dos candidatos a tratamento cirúrgico para a obesidade, em pelo menos uma ou preferencialmente duas consultas (pré e pós cirúrgicas). Nesta exposição teórica serão apresentados resultados de um estudo que procurou caracterizar os aspetos psicossociais dos candidatos a cirurgia bariátrica do Centro Hospitalar e Universitário do Porto, com objetivo de contribuir para uma melhor compreensão sobre a forma como as pessoas lidam com o peso excessivo e a influência deste nas suas vivências. Exposição teórica no âmbito da avaliação psicossocial aos doentes candidatos a cirurgia bariátrica. Apresentação de estudo descritivo, exploratório e transversal realizado aos candidatos a cirurgia bariátrica, utilizando questionários semi-estruturados e inventários padronizados de ansiedade e depressão e avaliação do comportamento alimentar. Os dados do estudo apresentado apontam que 30.6% dos doentes apresenta valores sugestivos de Perturbação de Ingestão Compulsiva, 56% níveis de ansiedade e 38.7% de depressão. Pelo crescente interesse nas variáveis psicopatológicas parece pertinente a proximidade das entidades competentes em saúde e doença mental em todo o processo pré e pós-cirúrgico. O trabalho apresentado procura contribuir para uma melhor compreensão sobre a avaliação psicossocial realizada aos doentes candidatos a cirurgia bariátrica, bem como, a forma como os indivíduos lidam com o peso excessivo, a influência deste nas suas vivências emocionais, sociais e pessoais, bem como antever e melhorar o outcome pós-cirúrgico.

## ABORDAGEM CLÍNICA E NUTRICIONAL DO DOENTE IDOSO – QUE DESAFIOS?

### Consulta multidisciplinar de geriatria: qual a vantagem?

Eduardo Haghighi

Hospital Vila Franca de Xira

O envelhecimento populacional tem sido uma das grandes preocupações da nossa sociedade nas últimas décadas, principalmente em Portugal, que tem atualmente uma das populações mais envelhecidas da União Europeia. Sabemos que os idosos são física e psicologicamente diferentes do adulto jovem, têm maior probabilidade de contrair (múltiplas) doença(s), as quais muitas vezes se manifestam de forma atípica, têm doenças e síndromes próprios, adoecem mais rapidamente e recuperam mais lentamente. A farmacologia é diferente da do adulto jovem, assim como as suas necessidades nutricionais e o seu suporte social. Para fazer face a este fenómeno, foi criada e desenvolvida a Geriatria, ramo médico que foca o estudo, a prevenção e o tratamento de doenças e incapacidade em idades avançadas. Os seus principais objetivos são a promoção da saúde e funcionalidade do idoso, mantendo ao máximo o seu grau de independência, através de intervenções atempadas e seguras, minimizando o recurso a terapêuticas medicamentosas, reforçando a reabilitação do idoso e com o intuito final de manter ou aumentar a qualidade de vida. A forma mais consensual e benéfica de abordar o doente idoso tem sido a Avaliação Geriátrica Global que avalia holisticamente o idoso do ponto de vista físico, mental, funcional, social e nutricional; esta avaliação é feita por uma equipa multidisciplinar nomeadamente com um Médico, um Enfermeiro, um Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional e um Assistente Social com a ajuda crucial de um Farmacêutico, Dietista/nutricionista, Psicólogo, Gerontólogo e o apoio de outras especialidades médicas tais como a Neurologia e a Psiquiatria. Segundo diversos estudos (metanálises de estudos randomizados controlados), este tipo de abordagem tem demonstrado inúmeros benefícios, indo ao encontro de todos os objetivos da Geriatria, tanto a nível dos internamentos (menor demora média e morbi-mortalidade, menor deterioração física e cognitiva) como a nível das consultas (menor recorrência à Urgência, maior compliance terapêutica, maior qualidade de vida e maior satisfação do idoso e cuidadores). Foi então criada uma Consulta

## PALESTRAS

Multidisciplinar de Geriatria num Hospital Distrital onde se realiza uma Avaliação Geriátrica Global; realizou-se um estudo retrospectivo de 18 meses (n=88) tendo-se constatado melhoria dos doentes em quase todos os parâmetros avaliados (com relevância estatística na avaliação nutricional e do grau de dependência), particularmente no subgrupo de doentes com graus nutricionais e de dependência iniciais mais baixos. Conseguiu-se ainda reduzir e retirar fármacos numa percentagem muito significativa de doentes, principalmente fármacos inapropriados para os idosos. Tal como consta na bibliografia, este estudo apoia o claro benefício da existência de uma consulta de geriatria, com conseqüente melhoria do status global do doente.

sala 5 | dia 2 de abril

### ABORDAGEM GRANDE QUEIMADO

## Abordagem das complicações tardias mais frequentes

Marta Salgueiro | Fátima Barros | Manuel Maia

Hospital da Prelada

A melhoria da taxa de sobrevivência do doente queimado na fase aguda veio realçar a necessidade de abordar e, principalmente, prevenir sequelas a longo prazo. A cirurgia reconstrutiva do doente queimado após a fase aguda visa restabelecer a aparência e a função orgânica perdida e baseia-se em princípios básicos da Cirurgia Plástica. O timing terapêutico é influenciado não só pelas condições fisiológicas em termos de maturação de cicatrizes ou compromisso funcional da seqüela em si, mas também pelo status psicológico do doente. A maioria das sequelas de queimaduras deve-se a complicações na cicatrização e contracturas. Para corrigir estas deformações, é necessário libertar a cicatriz e reconstruir o defeito resultante com enxertos ou retalhos cutâneos. É fulcral um plano sólido de reabilitação pós-operatória para otimizar os resultados.

**DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL****Complicações Infeciosas Graves na Doença Inflamatória Intestinal sob terapia Imunossupressora/Biotecnológica**

Cândida Abreu

CHSJoão - Serviço Doenças Infeciosas/FMUP

O acesso aos novos imunomoduladores e imunossupressores para tratamento da doença inflamatória intestinal (DII) mudou o paradigma da terapêutica destas doenças, com um benefício indelével para o doente. Novas opções terapêuticas se perfilam num futuro próximo, com alvos terapêuticos em recetores cada vez mais específicos, cujos riscos associados são ainda pouco conhecidos. Pela imunossupressão subjacente à administração destes fármacos risco de doença imune, neoplásica e infecciosa, ainda que sendo eventos raros, tem de ser equacionados. No que concerne às infeções graves muitas surgem por reativação de microorganismos (vírus varicela-zoster, vírus herpes simplex, *Mycobacterium tuberculosis*, agentes de micoses endémicas) e outras são infeções de novo, muitas delas granulomatosas e/ou por agentes intracelulares. Relativamente ao risco de infeção associado aos fármacos é consensual que os corticoides, tendo uma ação sistémica, se associam a maior risco de infeção grave do que os fármacos biológicos ou os novos imunomoduladores; contudo muitos fatores concorrem para o risco de infeção: a idade do doente, as comorbilidades, muito em especial a diabetes mellitus, a insuficiência renal, fatores epidemiológicos (com grandes assimetrias na tuberculose, micoses endémicas, etc) e déficits nutricionais entre outros. Depois e também o risco infeccioso tem que ver com a concomitância de imunossupressores administrados e mesmo o passado desses fármacos ou a dose administrada. Na nossa experiência descrevemos o caso de um doente com strongiloidíase disseminada e falência multiorgânica em associação a corticoides em dose alta, um doente com infeção herpética cutânea disseminada associada a corticoides e azatioprina, um caso de um doente com varicela e insuficiência respiratória a necessitar de ventilação mecânica invasiva no decurso de terapêutica com azatioprina e anti-TNF. Em particular a associação hoje clássica entre os anti-TNF e a tuberculose evidenciou, na nossa população, uma elevada incidência de tuberculose com franco predomínio de formas graves, extrapulmonares e disseminadas em 60% dos 25 casos

tratados. Relativamente a outros agentes intracelulares a listeriose invasiva com atingimento meníngeo foi diagnosticada em dois dos nossos doentes sob anti-TNF e corticoides. Outras infeções graves tem sido descritas na DII tratada: colite por *C. difficile* e colite por CMV, pneumocistose com insuficiência respiratória, síndrome hemofagocítico associado entre outros agentes infecciosos a EBV, micoses endémicas (histoplasmose, coccidioidomicose). Felizmente algumas destas infeções graves são preveníveis por quimioprofilaxia (tuberculose, pneumocistose, em alguns casos de infeção por vírus da hepatite B), por tratamento antes da imunossupressão (strongiloidíase), por vacinação (hepatite B, varicela, zona, infeção pneumocócica), por cuidados alimentares (Listeriose, Salmoneloses). Em todas as outras situações em que a prevenção não é possível a vigilância atenta de sintomas e sinais e um diagnóstico precoce evitam ou reduzem o risco de quadros infecciosos com evolução desfavorável.

### ATIVIDADES ESPECIAIS: ORGANIZAÇÃO, INTEGRAÇÃO E MELHORIA DE CUIDADOS

## Integração de cuidados paliativos e cuidados intensivos

Sandra Martins Pereira

Instituto de Bioética e CEGE, Universidade Católica Portuguesa

Os cuidados paliativos são cuidados ativos e globais prestados a pessoas em intenso sofrimento decorrente de doença incurável, progressiva e/ou que ameaça a vida. Os seus componentes centrais são o controlo sintomático, a comunicação e apoio psicológico e espiritual, o apoio à família e no luto, e o trabalho em equipa interdisciplinar. Algumas especificidades dos cuidados paliativos e dos seus componentes são particularmente relevantes em cuidados intensivos, nomeadamente, a comunicação sobre a condição, prognóstico e opções de tratamento/cuidados, a definição de objetivos de cuidados consonantes com os valores e desejos do doente, o controlo sintomático, a continuidade de cuidados, o apoio à família e equipa, e a necessidade de tomar decisões ético-clínicas difíceis. Vários projetos de integração dos cuidados paliativos em cuidados intensivos têm sido desenvolvidos no Reino Unido, EUA e Canadá. A maioria destas iniciativas carece, porém, duma definição clara do conceito de integração e a evidência científica sobre os resultados destas iniciativas escasseia. O Projeto InPalln, Integração dos Cuidados Paliativos e Intensivos, é um projeto de investigação do Instituto de Bioética e Centro de Estudos em Gestão e Economia da Universidade Católica Portuguesa financiado pela Fundação Grünenthal e pela Fundação Merck, Sharp and Dohme. Este projeto tem por objetivos: (1) avaliar a perspetiva dos profissionais das equipas de cuidados intensivos e paliativos acerca da integração destes cuidados; (2) identificar barreiras e fatores facilitadores desta integração; (3) desenhar e testar um programa de integração de cuidados paliativos em cuidados intensivos, avaliando o seu impacto no processo e qualidade de cuidados, articulando os níveis micro-meso-macro. Em termos metodológicos, o projeto InPalln assume um desenho misto, em que foram combinadas metodologias qualitativas (entrevistas) e quantitativas (questionário). O estudo foi realizado à escala nacional (Lisboa, Porto, Viseu, Feira, Espinho, Leiria, Faro, Ponta Delgada e Angra do Heroísmo), junto de profissionais de saúde que exercem a sua atividade em contextos de cuidados paliativos ou intensivos. A amostragem foi de cariz intencional, tomando um efeito de bola de neve. Até

XXI Congresso anual da APNEP

VI Congresso Internacional de CUIDADOS INTENSIVOS

XVI Congresso do ARCO IBEROATLÂNTICO

à presente data, foram entrevistados 38 profissionais de saúde, dos quais 20 exercem funções em cuidados paliativos e 18 em cuidados intensivos: 16 médicos, 16 enfermeiros, 3 psicólogos, 2 assistentes sociais e 1 fisioterapeuta. As abordagens qualitativa e quantitativa foram realizadas de forma integrada, tendo o questionário sido aplicado durante as entrevistas. A análise dos dados qualitativos obedeceu à designada análise temática e de conteúdo, sendo que os dados quantitativos foram analisados de forma descritiva.

Nesta apresentação do projeto InPalln focalizar-nos-emos nos principais resultados relativos aos conceitos de integração, modelos e perspetivas de integração destes profissionais.

### NUTRIÇÃO EM MEDICINA INTERNA

## Colocar SNG ou não? Como melhor decidir

Sara Silva

Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar do Porto

As questões relativas à alimentação e hidratação em contexto de doença, seja aguda ou crónica, em fase avançada ou terminal, colocam-nos importantes desafios nomeadamente na tomada de decisão que deve ser partilhada e incluir uma abordagem multidisciplinar. Determinados doentes, com definidas circunstâncias clínicas, podem beneficiar de meios de nutrição artificial, de que é exemplo o uso de dispositivos como a sonda nasogástrica (SNG), outros claramente não beneficiam. Na sessão intitulada “Colocar ou não SNG – como melhor decidir?” pretendemos abordar os aspetos mais relevantes relativos ao processo de tomada de decisão. Tendo como ponto de partida central o doente - com o seu contexto clínico, mas também com o seu quadro de valores e objetivos – será revisto o estado da arte atual sobre os benefícios e riscos das diferentes estratégias de alimentação. Como metodologia da decisão iremos propor, partindo do melhor conhecimento do doente e do melhor conhecimento científico, explorar os aspetos éticos fundamentais de apoio à decisão, assentes em estratégias de comunicação adaptadas que incluam o plano individual e integrado de cuidados e as diretivas antecipadas de vontade. No fim, não garantimos uma única resposta mas uma proposta individualizada de abordagem ao doente com perturbações da alimentação, na medida das suas necessidades e com respeito pela sua autonomia e pelo seu maior benefício.



Comunicações Orais \_ APNEP | dia 1 e 2 de Abril



## CO.1

### Calorimetria Indireta na Doença de Crohn

Tânia Furtado | Hospital Lusíadas Lisboa

O gasto energético em repouso corresponde à energia necessária para suportar as funções fisiológicas e bioquímicas do organismo. Na doença aguda é frequentemente assumido um aumento do gasto energético em repouso, como resposta metabólica ao stress, dependendo da gravidade da doença, da presença ou não de febre, da existência de complicações e da terapêutica aplicada. Na Doença de Crohn pediátrica, o aumento do gasto energético em repouso tem sido apontado como uma das hipóteses explicativas para a malnutrição característica destes doentes. Em vários estudos tem sido utilizado o método de calorimetria indireta para investigar a existência de diferenças no gasto energético nas fases ativa e remissiva da doença; a adequabilidade das equações preditivas no cálculo das necessidades energéticas ou, até mesmo, o impacto da terapêutica cirúrgica ou farmacológica no gasto energético em repouso. Os resultados dos estudos não são consistentes no que diz respeito à necessidade de utilização da calorimetria indireta em detrimento das equações preditivas, contudo, a maior parte não encontrou diferenças significativas entre os dois métodos. No que diz respeito à fase da doença, parecem também não existir diferenças entre o gasto energético de crianças com doença de Crohn em fase ativa ou remissiva, sendo que apenas um estudo encontrou diferenças significativas, comparando o gasto energético numa fase pré e pós cirurgia de recessão intestinal. Também a terapêutica biológica com o inibidor de TNF-alfa não teve influência no gasto energético em repouso. Desta forma, com base nos estudos realizados até ao momento, a ESPGHAN conclui que os doentes em idade pediátrica, com Doença de Crohn, têm necessidades energéticas semelhantes às de crianças saudáveis, ressalvando que devem ser acompanhados cuidadosamente por um nutricionista, de forma a garantir um aporte energético e nutricional diário adequado. Esclarece ainda que as equações preditivas são válidas e suficientes, sendo que o uso da calorimetria indireta deve ser ponderado apenas em indivíduos com dificuldade em aumentar de peso, apesar do acompanhamento nutricional e do controlo da doença.

## CO.2

### Cenário Regional da Nutrição Entérica por Tubo nos Pacientes Não Hospitalizados

Ana Margarida Duarte Silva Vieira<sup>1</sup> | Barbara Castelo<sup>2</sup> | Helena Gaspar<sup>3</sup> | Ana Maria Lopes<sup>3</sup> | Fernanda Faleiro<sup>4</sup>

<sup>1</sup> C Hospitalar e Universitário do Algarve / Serviço de Gastroenterologia

<sup>2</sup> C Hospitalar e Universitário do Algarve / Serviço de Dietética

<sup>3</sup> C Hospitalar e Universitário do Algarve / Serviço de Medicina Interna

<sup>4</sup> Coordenadora da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados do Algarve

Introdução e objetivos: Sendo a missão do Grupo de Nutrição Clínica (GNC) prevenir e tratar a malnutrição, esta não será certamente cumprida com êxito caso se cinja às barreiras físicas dos hospitais. Na verdade, a ação do GNC deverá estender-se aos doentes em ambulatório para que possamos efetivamente contribuir para uma melhor resposta à doença e qualidade de vida. No sentido de estabelecermos estratégias concertadas com as necessidades da região, procurou-se saber junto de todas as Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) do Algarve a dimensão da Nutrição entérica por tubo e de que forma é realizada. Material e Métodos: Foi elaborado um questionário com 8 perguntas de resposta fechada, visando analisar a proporção de doentes sob nutrição entérica por tubo, a utilização de fórmulas comerciais de forma exclusiva ou não e a identificação das razões para a sua não utilização. O questionário foi aplicado no mês de fevereiro de 2019. A análise estatística foi efetuada com recurso ao software IBM-Statistical Package for the Social Sciences version 24. Resultados e discussão: Todas as unidades da RNCCI do Algarve responderam ao inquérito, num total de 18 unidades. De um total de 475 utentes, 69 (14,5%) encontravam-se sob nutrição entérica por tubo, 53 (77%) por via nasogástrica e 16 (23%) via gastrostomia percutânea. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na distribuição desta população assim como dos doentes com nutrição por tubo, seja por sonda nasogástrica, ou por gastrostomia percutânea, entre as regiões do sotavento e do barlavento algarvio. Das 18 unidades, apenas 2 (11%) não utilizavam fórmulas comerciais. Entre as 16 unidades utilizadoras de fórmulas comerciais, 9 unidades faziam-no de forma exclusiva (56%), verificando-se uma tendência estatística para a sua distribuição na região do sotavento. A falta de recursos financeiros foi o motivo mais frequentemente apontado para a impossibilidade da utilização de fórmulas comerciais. Conclusões: A necessidade de nutrição artificial é uma realidade prevalente nas unidades da RNCCI do Algarve, mas apenas uma minoria dos doentes dispõe de um acesso percutâneo, indicado nos casos permanentes. Mais de metade das unidades utilizam fórmulas comerciais de forma exclusiva, mas esta é uma realidade mais prevalente na região do sotavento algarvio.

## CO.3

## Estado nutricional, status funcional e qualidade de vida – qual a relação no doente oncológico?

Inês Miranda Santos<sup>1</sup> | Carla Adriana Santos<sup>2</sup> | Lino Mendes<sup>1</sup> | Hélder Mansinho<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior da Tecnologia da Saúde de Lisboa

<sup>2</sup> Escola Superior da Tecnologia da Saúde de Lisboa / H Garcia de Orta

<sup>3</sup> Hospital Garcia de Orta

**Introdução:** A desnutrição prevalente no doente oncológico resulta do processo inflamatório sistémico que em conjunto com a diminuição da ingestão alimentar é um fator de mau prognóstico. São consequências a anorexia e diminuição de massa muscular e óssea com perda de peso corporal, condicionando alterações na composição corporal e declínio da capacidade funcional. **Objetivo:** Rastrear e avaliar o estado nutricional de doentes oncológicos. Associar resultados entre internamento e Hospital de Dia (HD). Associar estado nutricional e tipo/localização do tumor. Associar o estado nutricional dos doentes com o status funcional. **Material e Métodos:** Estudo transversal e observacional em doentes oncológicos internados ou em HD do Hospital Garcia de Orta. O estado nutricional foi rastreado através do Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) e avaliado através do Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). Foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC) para classificação quanto ao peso e o status funcional foi avaliado através das escalas Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) e Karnofsky Performance Scale Index. Foi, ainda, identificado o tipo/localização do tumor pela classificação do TNM para verificar a prevalência associada à desnutrição. **Resultados:** Avaliados 150 doentes (55 em internamento e 95 em HD). 26% dos doentes internados e 13% em HD apresentava IMC baixo. Pelo NRS-2002, 89% e 36% dos doentes, respetivamente, encontravam-se em risco nutricional e, pelo PG-SGA, 94% e 42%, respetivamente, estavam desnutridos. O tipo/localização do tumor mais prevalente nos doentes desnutridos: gânglios linfáticos, pulmões, colón, esófago e medula óssea. Quanto maior o score do PG-SGA, menor o score de ECOG e maior o de Karnofsky. **Discussão:** A perda de peso, a deterioração do status funcional e a inflamação sistémica resultam num prejuízo contínuo do estado geral clínico e nutricional e bem-estar do doente. O PG-SGA, bem como as escalas de status funcional, demonstraram ser as ferramentas adequadas e validadas para doentes oncológicos na identificação precoce da desnutrição e do status funcional. **Conclusão:** A maioria dos doentes internados foi identificada com desnutrição, que reforça a importância da correta identificação da desnutrição precocemente, independentemente da evolução ponderal. Permitindo implementar estratégias de melhoria do estado nutricional e de status funcional e da qualidade de vida dos doentes oncológicos.

## CO.4

## Evolução do estado nutricional dos utentes desnutridos à admissão numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção

Vânia Magalhães<sup>1</sup> | Dora Carvalho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Cuidados Continuados – S. Martinho de Medelo (Fafe)

**Introdução:** Tem sido descrita uma elevada prevalência de desnutrição na admissão hospitalar bem como o seu agravamento durante o internamento. Frequentemente provenientes dos cuidados hospitalares, são admitidos nas Unidade de Cuidados Continuados (UCC), utentes desnutridos. **Objetivo:** Foi objetivo deste trabalho avaliar a prevalência de desnutrição à admissão, numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção. Pretendeu-se ainda estudar a evolução do estado nutricional desses utentes. **Metodologia:** Incluíram-se neste estudo todos os utentes admitidos numa UCC de Longa Duração no ano de 2018, com alta no mesmo ano (n=31). Utilizou-se o perímetro do braço (PB) como indicador do estado nutricional, tendo sido classificados como desnutridos os utentes com PB<23,5cm. Usou-se um modelo multiajustado de Regressão Logística binomial para estudar a associação [Odds Ratio (OR) e intervalos de confiança a 95% (IC 95%)] entre a melhoria do estado nutricional e o sexo, a idade, a presença de úlceras por pressão à admissão, alterações na consistência da dieta e o tempo de internamento. **Resultados:** Incluíram-se 31 utentes (16 ♀) com idade mediana de 84 anos (P25-P75: 77-88 anos). O tempo de internamento mediano foi de 66 dias (P25-P75: 40-104 dias). À admissão, 10 utentes (32%) foram classificados como desnutridos. Destes utentes desnutridos, 5 estavam sob dieta líquida e os outros 5 sob dieta de consistência pastosa. Todos foram suplementados na primeira avaliação, de forma a adequar a ingestão às necessidades individuais. Cinco dos utentes desnutridos à admissão melhoraram o estado nutricional durante o internamento (50%). Quando comparados com os que mantiveram a desnutrição, não se verificou associação com significado estatístico entre a melhoria do estado nutricional e o sexo, a idade, a presença de úlceras por pressão à admissão e alterações na consistência da dieta. Contudo, observou-se uma associação com o tempo de internamento superior a 90 dias (OR: 2,52; IC 95%: 1,39;4,56). **Conclusão:** A prevalência de desnutrição à admissão foi elevada. Um tempo de internamento superior, envolvendo a adequação da ingestão energética e nutricional às necessidades individuais, parece estar associado a uma melhor evolução do estado nutricional. Este estudo reforça a importância do acompanhamento nutricional dos utentes bem como a necessidade da garantia desses cuidados pós alta, particularmente em utentes com internamentos mais curtos desnutridos à data de alta.

## CO.5

### How nutritional risk screening in hospitalized patients determine the personalized diet and length of stay: A retrospective study

Ana Fonseca <sup>1</sup> | Anabela Almeida <sup>2</sup> | Carla Adriana Santos <sup>2</sup> | Cristiana Lopes <sup>2</sup> | Fátima Oliveira <sup>2</sup> | Manuela Coito <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Garcia de Orta

<sup>2</sup> Hospital Garcia de Orta/Serviço de Nutrição

**Introduction:** Malnutrition is common in hospitalized patients as a cause and/or consequence of disease. It is associated with morbidity and mortality, length of stay, and associated health costs. Since the first report, prevalence still high (20-50% depending on assessment criteria, malnutrition definition, and screening tools used). Hospitalized patients should be screened for nutritional risk and according to the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism recommendations the Nutritional Risk Screening (NRS-2002) must be used in all hospitalized patients. **Aims:** Main goal: retrospectively assess nutritional risk both at the beginning and end of hospitalization period (discharge or death). Specific goals: compare NRS 2002 initial score with underlying disease, length of stay, proposed diet and clinical outcome; correlate NRS 2002 score at the moment of discharge with length of stay and proposed diet. **Methodology:** Observational retrospective analytic study. The study included hospitalized patients from every ward in HGO (except Pediatrics and pregnant / puerperal patients), aged 18 and above, with at least one NRS 2002 assessment, and admitted during 2018. **Results and Discussion:** We included 2838 patients, 1525 male, mean age of 65.7±17.2 years [18-101] and mean length of stay 16.9±18.9 [1-278]. Prevalence of hospitalization causes: Neoplasia, pneumonia, stroke and decompensated heart failure. Proposed diet at admission: general meal (28%), modified soft meal (14%), thick purée (10.6%). Proposed diet at discharge: Therapeutic diet (52.26%), variant of general meal (9.2%), general meal (8.03%). At the moment of admission, 1413 patients presented nutritional risk (NRS 2002 score ≥3). Initial NRS score was positively correlated with cancer (p<0.01), length of stay (p<0.01), diet customization (p<0.001) and clinical outcome (p<0.001). For initial scores ≥ 3 we found a positive, statistically significant correlation with customization of diet during hospitalization and length of stay until the moment of death (p<0.01) fuel our conviction that malnutrition have horse outcome. **Conclusions:** NRS 2002 assessment upon hospital admission is fundamental for early identification of nutritional risk, with implications in length of stay and clinical outcome, allowing for appropriate nutritional support with diet customization, decreasing hospital stay and improving nutritional status and clinical outcome.

## CO.6

### Intervenção Multidisciplinar em doentes com Fígado Gordo Não Alcoólico: Resultados preliminares

Sara Policarpo <sup>1</sup> | Jaquelin Silva <sup>2</sup> | Mariana Machado <sup>1</sup> | Helena Cortez-Pinto <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Santa Maria

<sup>2</sup> Laboratório de Nutrição FMUL

**Introdução:** A doença hepática não alcoólica (DHNA) afeta 17-46% dos adultos nos países ocidentais. Caracteriza-se por uma acumulação excessiva de tecido adiposo hepático e inclui duas patologias histologicamente distintas e com diferentes prognósticos: fígado gordo não alcoólico (FGNA) e esteatose hepática não alcoólica. Existe evidência que associa estilos de vida pouco saudáveis com o desenvolvimento e progressão da DHNA. **Objetivo:** Avaliar a eficácia de uma intervenção no estilo de vida realizada por uma equipa multidisciplinar (MdT - gastroenterologista, nutricionista e psicólogo) em indivíduos com FGNA. **Métodos:** Intervenção no estilo de vida: aumentar actividade física e promover dieta mediterrânica. Recolheram-se dados antropométricos e clínicos. Compararam-se aqueles com seguimento ≥3, 6 e 12 meses com os que declinaram MdT. Excluíram-se grávidas e pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Resultados e discussão:** Incluíram-se 77 indivíduos, 66,3% do sexo masculino, com tempo médio de diagnóstico de 7,8 anos; com IMC inicial de 31.5±5.8 kg/m<sup>2</sup> (31,2% com excesso de peso e 55,8% com obesidade); 15,7% dos pacientes apresentavam F3-F4, avaliado por elastografia; FIB4 foi > 2,67 em 11,4% e NFS > 0,675 em 18,6%, sugerindo fibrose avançada. Globalmente, após 3 meses, 89% dos indivíduos perderam peso com redução das enzimas hepáticas (AST em 81.3%, ALT em 77.1% e GGT em 75%). NFS diminuiu em 49,2% e FIB4 em 52,2%. Dos 77 pacientes, 14,3% declinaram MdT (sem MdT). Após 3 meses, o peso diminuiu em 93,7% dos indivíduos no grupo MdT vs. 60% no grupo sem MdT (p=0,001); Após 6 meses, 81,7% dos indivíduos no grupo MdT continuaram a perder peso (vs. 33,3% sem MdT; p=0,005). Aos 12 meses 32,7% dos pacientes MdT apresentavam uma perda de peso entre 5-10% (vs. 12,5% no grupo sem MdT; p=0,007). Nenhum dos pacientes do grupo sem MdT apresentou uma perda de peso superior a 10%. Apesar de ambos os grupos terem apresentado uma redução nos valores das enzimas hepáticas, a media dos valores aos 3 meses, 6 meses e 12 meses diferiu apenas no grupo MdT, verificando-se uma redução significativa. **Conclusão:** Os dados sugerem que uma equipa multidisciplinar pode melhorar a gestão de pacientes com FGNA, aumentando a eficácia das intervenções de estilo de vida.

## CO.7

## Nutrição Parentérica e Integridade Hepatocelular: comparação entre uma emulsão lipídica à base de ácidos gordos estruturados e outra contendo óleo de soja, azeite, TCM's e óleo de peixe

Elisa Arieira Ruivo <sup>1</sup> | Elisa Arieira Ruivo <sup>2</sup> | Alberto Midões <sup>2</sup> | Francisco Fazeres <sup>2</sup> | Fernando Barbosa <sup>2</sup> | Ana Paula Barbeita <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ULSAM,EPE

Vários estudos demonstram que a utilização da nutrição parentérica como suporte nutricional pode estar associada a doença hepática, nomeadamente a esteatose e colestase. A etiologia que conduz a esta disfunção hepática permanece desconhecida, mas suscetível de ser multifatorial. A composição da emulsão lipídica tem sido apresentada como uma das causas possíveis, assim como, a sobrecarga lipídica ou duração prolongada do suporte nutricional exclusivamente por via parentérica. Dados bibliográficos sugerem que uma emulsão lipídica obtida a partir de uma mistura de vários óleos com uma composição de ácidos gordos equilibrados, é mais facilmente metabolizada e de ação neutra nas variáveis inflamatórias e imunológicas, acarretando menores efeitos colaterais. Com base nestes conceitos, surgiu nos últimos anos uma nova emulsão lipídica, considerada a emulsão “ideal” contendo óleo de soja, triglicéridos de cadeia média, azeite e óleo de peixe a 30%, 30%, 25% e 15%, respetivamente. Suplementada com taurina e  $\alpha$ -tocoferol, é descrita como uma bolsa nutritiva com efeito terapêutico, protegendo a função hepática. Foi realizado um estudo retrospectivo, tipo caso-controlo com o objetivo de comparar o impacto de dois tipos de emulsão lipídica na integridade hepatocelular. Foram estudados 134 indivíduos a quem foi administrado dois tipos de nutrição parentérica por um período mínimo de 12 dias, entre 2007 e 2015 no Serviço de Cirurgia Geral da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. Ao Grupo1 foi administrada uma emulsão lipídica à base de lípidos estruturados (TCM'S e LCT's) e ao Grupo2 uma emulsão à base de óleo de soja, azeite, TCM's e óleo de peixe. Da análise estatística conclui-se que apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas quanto à taxa de variação (%) das diferentes enzimas hepáticas, ao Grupo2 foi administrado uma maior quantidade de lípidos, ou seja, a bolsa composta por óleo de soja, azeite, TCM's e óleo de peixe revelou um comportamento seguro.

## CO.8

## Performance da Terapia Nutricional numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital Distrital

Bárbara Morão <sup>1</sup> | Ana Gonçalves <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Beatriz Ângelo, Serviço de Gastroenterologia

<sup>2</sup> Hospital Beatriz Ângelo, Serviço de Medicina Intensiva

**Introdução e Objetivos:** Os doentes críticos têm maior risco de desnutrição. É necessário desenvolver práticas de nutrição clínica baseadas na evidência de forma otimizar o cuidado destes doentes. **Objetivo:** caracterizar as práticas nutricionais numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um hospital distrital e comparar com as necessidades nutricionais diárias dos doentes sob terapia nutricional (TN). **Material e Métodos:** Estudo prospetivo observacional de doentes admitidos na UCI durante o mês de Dezembro de 2018 que iniciaram TN com duração >24h. **Avaliação do risco nutricional pelo NRS-2002 e das necessidades diárias por fórmulas preditivas. Resultados e Discussão:** Foram incluídos 19 dos 57 doentes admitidos na UCI. Dos doentes não incluídos, 3 ( 7,8%) iniciaram TN com mas com uma duração <24h, 29 (76,3%) iniciaram dieta oral em <48h, 5 (13,2%) faleceram e 1(2,6%) teve alta da unidade ainda em dieta zero. A idade média foi 60±20 anos e 14 (73,7%) eram homens. A maioria era um doente médico (73,7%) e a duração do internamento na unidade foi de 8±5 dias. O APACHE médio foi de 21±9, com uma mortalidade hospitalar estimada de 41,7%. Todos os doentes tinham risco nutricional elevado e iniciaram TN nas primeiras 72h de internamento, a maioria (78,9%) nas primeiras 24h e sob a forma de alimentação entérica (89,5%). Os 2(10,5%) doentes sob alimentação parentérica já a tinham iniciado previamente. Após 24h de TN, a maioria (57,9%) dos doentes recebeu um aporte calórico >60% das necessidades diárias com um balanço calórico de -638±350Kcal, enquanto que apenas 15,8% recebeu um equivalente aporte proteico e com um balanço de -44±16g. Os balanços energético e proteico acumulados ao longo do período de TN foram de -3293±1902Kcal e -197±387g, respetivamente. Não se verificou uma associação entre o aporte nutricional insuficiente (<60% das necessidades) e a taxa de mortalidade na UCI ou hospitalar. **Conclusão:** Apesar do início precoce de TN, o aporte nutricional foi insuficiente ao longo de todo o internamento na UCI. Verificou-se uma carência proteica desproporcionalmente acentuada relativamente à carência calórica. Será necessário um estudo prospetivo com uma amostra maior para corroboração destes dados e para demonstrar o seu efeito na morbimortalidade destes doentes.

## CO.9

### Programa Enhanced Recovery After Surgery e o seu impacto no status nutricional do doente cirúrgico

Joana Patrícia Cunha Oliveira Santos | Andreia Raquel Marques Manso | Bibiana Alexandra Rodrigues Vidal | Francisca Morais Moreira da Silva | Marta Sofia Ferreira Sá

ULSM, Cirurgia C

**INTRODUÇÃO:** Segundo dados do Observatório Regional de Saúde, os tumores malignos apresentam-se como a maior causa de mortalidade no país. A cirurgia é parte integrante da abordagem efectuada, e conta com um tempo de internamento variável e uma taxa de complicação que oscila entre os 10% e os 20%. Estas cirurgias estão, geralmente, associadas a uma extensa preparação pré-operatória, stress cirúrgico significativo e recuperação prolongada, tanto a nível físico como a nível gastrointestinal. Estudos demonstram que uma resposta excessiva ao stress pode predispor o doente ao aumento do risco de complicações cardio e cerebrovasculares, má absorção de nutrientes e atraso na recuperação pós-cirúrgica. Pelo exposto, constatou-se que a aplicação de um programa como o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) promove uma mudança de paradigma no que concerne aos cuidados perioperatórios, resultando em melhorias substanciais, não só ao nível dos resultados clínicos, da redução efetiva dos custos associados aos cuidados de saúde, mas, também, no que respeita ao status nutricional do doente cirúrgico. **OBJETIVO:** Identificar diretrizes do programa ERAS relacionadas com os cuidados nutricionais do perioperatório de cirurgias eletivas do foro colo-retal e esófago-gástrico. **MATERIAL E MÉTODOS:** Por forma a obter informação, desenvolveu-se uma pesquisa em bases de dados como a SCOPUS e o agregado de conteúdos científicos EBSCOHost Web, onde foram selecionadas as bases de dados (CINAHL Complete, MedicLatina, MEDLINE e Nursing Reference Center). Como critérios de inclusão engloba-se o período entre 2014-2019, artigos que estejam disponíveis na íntegra nas bases de dados, nos idiomas português, inglês ou espanhol e capazes de responder ao objetivo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Sintetizar as principais diretrizes que visam a otimização do status nutricional do doente cirúrgico, tendo por base o emanado pelo programa ERAS e a sua aplicabilidade à realidade do serviço de Cirurgia C, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), assim como a elaboração de propostas de melhoria contínua. **CONCLUSÃO:** A presente comunicação traduz a aplicação do programa ERAS na ULSM, para o foco ingestão nutricional no perioperatório em cirurgia colo-retal e esófago-gástrica eletiva. O cumprimento destas diretrizes contribuiu para a recuperação pós-operatória dos doentes, com diminuição da morbilidade, do tempo de internamento e reinternamento e, conseqüentemente, dos custos associados aos cuidados de saúde.

## CO.10

### Uma revisão das atividades biológicas de sementes de *Citrullus lanatus* (Cucurbitaceae)

Ana S. Vinhas | Ana F. Vinha

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

**Introdução e Objetivos:** O presente trabalho apresenta uma revisão da literatura que evidencia a importância nutricional, fitoquímica e propriedades biológicas das sementes de melancia. Neste trabalho de revisão bibliográfica foram descritos os principais nutrientes, compostos antioxidantes das sementes, tais como ácidos fenólicos, flavonoides e alcaloides, bem como a sua associação às atividades biológicas benéficas que os mesmos poderão exercer no metabolismo humano. **Material e Métodos:** A revisão narrativa resultou da seleção dos artigos científicos, tendo em consideração a data de publicação, sendo que a grande maioria dos artigos selecionados foram publicados nos últimos dez anos, e a pertinência do conteúdo dos artigos. **Resultados e Discussão:** Foi possível concluir que as sementes de melancia são fontes de proteínas, ácidos gordos essenciais, vitaminas e minerais. As propriedades funcionais e medicinais são atribuídas à presença de compostos bioativos como ácidos fenólicos, flavonoides, carotenoides e alcaloides, que são excelentes fontes de antioxidantes naturais. As sementes desta fruta, apesar de terem valor nutricional e energético, são geralmente descartadas como subproduto alimentar. Recentemente, o uso potencial de subprodutos alimentares no desenvolvimento de novos ingredientes saudáveis para o enriquecimento de alimentos tem sido uma forma de reduzir a poluição e garantir a sustentabilidade ambiental. **Conclusões:** Conclui-se assim que, pelo seu teor nutricional, composição química, propriedades biológicas e farmacológicas descritas, estas podem ser adicionadas aos alimentos para os enriquecer, utilizadas como suplemento alimentar e até incorporadas em fármacos, bem como utilizadas na cosmética.

Posterres \_ APNEP | dia 1 e 2 de Abril



## PO.1

### Abordagem da Enfermagem e Nutrição na Prevenção e tratamento do Pé Diabético

Gomes Lucinda | Fonseca Tânia | Sanches Manuela

Hospital das Forças Armadas - Pólo do Porto (D.PedroV), Serviço de Internamento de Cirurgia

**Introdução:** Na área da Saúde a Diabetes Mellitus é uma das doenças metabólicas que mais complicações acarreta. O Pé Diabético e consequente amputação é das complicações mais graves da Diabetes com elevado número de internamentos hospitalares. Atuar na prevenção destas complicações tendo em foco o diagnóstico diferencial precoce e o tratamento adequado são as principais metas a atingir para evitar tais complicações. **Objectivo:** Este poster tem como objectivo documentar o papel da Nutrição e da Enfermagem na prevenção/tratamento do pé diabético. Pretendemos analisar a abordagem de um doente com Diabetes, sujeito a vários internamentos e amputações, e definir um plano de intervenção na área da Enfermagem, para sensibilizar o doente para a importância da prevenção e colaboração no tratamento desta complicação. **Metodologia:** Considerou-se que a melhor estratégia para abordar este tema seria uma metodologia expositiva descritiva, em que há o acompanhamento de Enfermagem ao doente em articulação com várias especialidades, nomeadamente a Nutrição. Utilizamos como ferramentas de trabalho a observação da evolução do tratamento do doente com registos fotográficos. **Resultados:** No decorrer deste período foram instituídos diferentes tratamentos, inclusivé a amputação, com a associação de antibioterapia e suplemento proteico adjuvante. A não colaboração do doente no tratamento, também contribuiu para que os resultados esperados fossem obtidos tardiamente, embora com evolução cicatricial favorável. **Conclusões:** Face a esta problemática, consideramos que os cuidados de Enfermagem associados à Nutrição adequada, e à correcta terapêutica farmacológica, foram eficazes na cicatrização da ferida, evitando nova re-amputação. Espera-se que motivando e capacitando o doente para cuidar do seu pé evite múltiplos internamentos e amputações sucessivas, diminuindo desta forma, complicações inerentes à situação em causa. Pretende-se também melhorar a qualidade de vida e o bem estar do doente, diminuindo assim, o impacto socio-económico da doença.

## PO.2

### Abordagem das complicações tardias mais frequentes

Marta Salgueiro | Fátima Barros | Manuel Maia

Hospital da Prelada

A melhoria da taxa de sobrevivência do doente queimado na fase aguda veio realçar a necessidade de abordar e, principalmente, prevenir sequelas a longo prazo. A cirurgia reconstrutiva do doente queimado após a fase aguda visa restabelecer a aparência e a função orgânica perdida e baseia-se em princípios básicos da Cirurgia Plástica. O timing terapêutico é influenciado não só pelas condições fisiológicas em termos de maturação de cicatrizes ou compromisso funcional da sequela em si, mas também pelo status psicológico do doente. A maioria das sequelas de queimaduras deve-se a complicações na cicatrização e contracturas. Para corrigir estas deformações, é necessário libertar a cicatriz e reconstruir o defeito resultante com enxertos ou retalhos cutâneos. É fulcral um plano sólido de reabilitação pós-operatória para otimizar os resultados.

## PO.3

### Análise da evolução nutricional de pacientes acompanhados pela equipe multiprofissional de terapia nutricional de um hospital público terciário

Juliana Terezinha Miranda | Máira Silveira Coelho Vedana | Bruna de Abreu Flores Toscano

Hospital de Base do Distrito Federal

**INTRODUÇÃO:** O suporte nutricional é benéfico em pacientes desnutridos ao promover melhores desfechos clínicos. A terapia nutricional nesses pacientes tem como objectivo reduzir a depleção de massa muscular, a qual tem relação com a mortalidade.

**OBJECTIVOS:** Analisar a evolução nutricional dos pacientes a receber terapia nutricional parentérica (NP) acompanhados por uma equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN). **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo longitudinal, retrospectivo, analítico, com base na análise do banco de dados de pacientes acompanhados pela EMTN em enfermaria de um hospital público terciário do Distrito Federal/ Brasil. Na triagem nutricional foi utilizado o instrumento Nutritional Risk Screening (NRS 2002) e o diagnóstico nutricional foi definido segundo recomendado pela Academy of Nutrition and Dietetics e American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (AND-ASPEN). Foram usados questionários para obtenção dos dados no momento da admissão e na alta hospitalar. Para as análises estatísticas foi utilizado o software SPSS, versão 18.0. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Na amostra estudada (n=66) 96,9% pacientes apresentaram risco nutricional na admissão e 90,9% na alta da EMTN (diferença não foi significativa). A prevalência de desnutrição foi de 84,9% na admissão e 86,3% na alta. O diagnóstico nutricional mostrou grande tendência na manutenção do quadro durante o tempo de acompanhamento ( $p < 0,0001$ ). Não foi encontrada relação entre o diagnóstico de desnutrição e a mortalidade, e 50% dos pacientes não desnutridos na admissão evoluíram para óbito e 30,4% dos desnutridos. O diagnóstico mais prevalente na população estudada foi cancro (51,5%), e posteriormente aparecem os pacientes cirúrgicos (24,2%). O tempo médio de sobrevivência dos pacientes que apresentaram desnutrição foi superior aos que estavam bem nutridos, sem diferença significativa. O trabalho apresenta limitações, como o tamanho reduzido da amostra e viés de seleção. Além disso, o período de acompanhamento pela EMTN é geralmente curto. **CONCLUSÕES:** Observou-se uma prevalência de risco nutricional e desnutrição em pacientes em uso de nutrição parenteral acima da descrita pela literatura. Pacientes desnutridos tendem a manter seu estado nutricional recebendo atenção especializada. Devido a característica da amostra não foi possível confirmar que pacientes desnutridos apresentem maior mortalidade. Outros estudos são necessários para avaliar a evolução nutricional de pacientes em uso de NP.

## PO.4

## Anthropometrical characteristics, body composition and eating habits of young soccer players correlating with age and playing position

Cláudia Mendes | César Leão | André Maia Silva

Futebol Clube de Paços de Ferreira

**Introduction:** Nutrition and body composition correlate with soccer player's performance and their playing positions. **Purpose:** To characterize the sample in terms of height, weight, body mass index (BMI), waist circumference (WC) and body fat mass (BFM), and correlate it with of playing positions and age groups. **Methodology:** We evaluated 146 soccer players grouped by age (7-10, n=29; 11-13, n=33; 14-16, n=52; 17-19, n=32) and playing positions (goalkeepers, centre-backs, full-backs, midfielders, wingers and center forwards). We assessed the height, weight and WC and then calculated the BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) using the Quételet equation. Height and WC were determined by a SECA® vertical stadiometer and Cescorf anthropometric tape, respectively. Two skinfolds were measured with a Slim Guide Skinfold Capiler and the Slaughter<sup>1</sup> equation was used to calculate BFM (%). Food frequency questionnaires were used to monitor eating habits. The analysis of the anthropometric and food intake parameters regarding playing positions and age group was performed using the ANOVA One way and Kruskal-Wallis statistical tests, respectively. The statistical analysis was done using the IBM SPSS Statistics® software, version 24. **Results:** There are significant statistical variances regarding height, BMI and WC between positions ( $p=0.004$ ,  $p=0.044$ ,  $p=0.018$ , respectively). Centre-backs and full-backs presented significant differences regarding height ( $p=0.002$ ). We found significant differences between age groups in height ( $p=0,000$ ), weight ( $p=0.000$ ), WC ( $p=0.000$ ) and BFM ( $p=0.000$ ). Significant differences were also found in the consumption of vegetables in different playing positions ( $p=0.034$ ) and age groups ( $p=0.021$ ), and fast-food consumption ( $p=0,000$ ) and water intake ( $p=0,029$ ) in age groups. We found an inverse correlation between soup consumption and weight ( $p=0,013$ ), BMI ( $p=0,008$ ) and WC ( $p=0,011$ ). **Discussion:** The results are in consonance with other articles, which suggest the existence of an anthropometric standard of selection and adaptation of players to their positions. In addition, differences were found in food intake between positions, as well as across age groups.

## PO.5

### Avaliação antropométrica em idosos hospitalizados: estimativa do peso e altura

Paula Alexandra Meneses Correia <sup>1</sup> | Bruno M P M Oliveira <sup>2</sup> | Catarina Mendes <sup>1</sup> | Catarina Rodrigues <sup>3</sup> | Sílvia Pinhão <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Nutricionista Estagiária do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Porto

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

<sup>3</sup> Nutrição e Metabolismo, Nova Medical School | Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa

<sup>4</sup> Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; Nutricionista do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Porto

Na população idosa nem sempre é possível avaliar o peso e altura sendo necessário recorrer a valores estimados. Foi objetivo comparar medidas antropométricas aferidas com medidas estimadas, em doentes idosos hospitalizados e avaliar a variabilidade inter-avaliador. Foram avaliados peso (kg) e altura (m), calculou-se o índice de massa corporal ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), mediu-se altura Joelho-calcanhar (cm), comprimento do cúbito (cm), perímetro da cintura (cm), perímetro do braço (cm) e perímetro germinal (cm), por três avaliadores. Incluíram-se 63 doentes, 35 homens, com idade média de 77 anos, índice de massa corporal médio de  $26,8 \text{ kg}/\text{m}^2$ . Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre peso medido e peso estimado segundo Rabito El et al, em ambos os sexos e segundo Chumlea et al nos homens. Quanto à altura apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas mulheres segundo Chumlea et al e pela altura do Joelho. Apesar das diferenças, as correlações são moderadas a fortes e com significado estatístico, exceto para a altura estimada nas mulheres segundo Chumlea et al e pelo Comprimento do Cúbito. Comparando medições antropométricas altura Joelho-calcanhar, comprimento do cúbito, perímetro da cintura, perímetro do braço e perímetro germinal, recolhidas inter-avaliadores verificaram-se diferenças com significado estatístico na altura Joelho-calcanhar ( $p=0,012$ ), perímetro do braço ( $p<0,001$ ) e comprimento do cúbito ( $p<0,001$ ). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o avaliador 1 e 3 na medição da altura-Joelho calcanhar e entre o avaliador 2 e 3 na aferição da altura Joelho-calcanhar, comprimento do cúbito e perímetro do braço. Novos estudos com outras metodologias são necessários para estimar o peso e altura, e classificar corretamente o estado nutricional. É fundamental que os avaliadores sejam devidamente treinados para que o erro de medição seja o menor possível.

## PO.6

### Avaliação do Excesso de Peso e Obesidade na Consulta de Nutrição Pediátrica do Centro Materno Infantil do Norte

Inês Vaz | Carla Silva

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: O excesso de peso e obesidade em idade pediátrica é considerada uma doença multifatorial e conducente a alterações que a tornam um dos mais graves problemas de saúde pública. Em idade pediátrica, a Organização Mundial de Saúde define excesso de peso como um percentil de Índice de Massa Corporal (IMC) entre 85th e 97th e obesidade superior a 97th. Objetivos: Caracterização do estado nutricional de um grupo de crianças seguidas em consultas de Nutrição no Centro Hospitalar Universitário do Porto com a finalidade de avaliar a eficácia da intervenção. Os objetivos da intervenção são a obtenção de um equilíbrio entre a energia ingerida e dispendida, tal como prevenir ou reverter comorbilidades associadas. Materiais e Métodos: Procedeu-se à recolha de dados sociodemográficos e antropométricos dos processos clínicos (peso, altura, IMC e correspondentes percentis) de 90 crianças com excesso de peso ou obesidade, tendo como critérios de inclusão a frequência de um número mínimo de três consultas de Nutrição, no período de Janeiro 2017 a Dezembro de 2018. Resultados: Os 90 doentes, a maioria do sexo feminino ( $n=56$ ), tinham uma média de idades de 13 anos e 7 meses. Ao longo das três consultas, verificou-se sempre um IMC das raparigas superior ao dos rapazes. Na primeira consulta, apresentavam um IMC médio de  $26,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ , na segunda de  $26,4 \text{ kg}/\text{m}^2$  e na última de  $26,8 \text{ kg}/\text{m}^2$ . Na consulta inicial, observou-se que 81,1% das crianças apresentavam obesidade e 18,9% excesso de peso. Na segunda consulta, a percentagem de obesidade diminuiu, sendo que 30% das crianças apresentavam excesso de peso. Finalmente, na terceira consulta, a relação foi inversa já que 71,1% dos doentes eram obesos e 25,6% tinham excesso de peso. As comorbilidades mais presentes foram a asma (14,4%), roncopia (8,9%), dislipidemias (5,6%) e insulinoresistência (4,4%). Conclusões: Constatou-se que 10% dos doentes diminuíram o IMC até à terceira consulta, observando-se uma maior diminuição entre a primeira e segunda consultas, o que poderá ser explicado pela existência de uma maior motivação inicial. À medida que as crianças com obesidade perdem peso, estas deslocam-se para um percentil abaixo, o que explica o aumento da percentagem dos doentes com excesso de peso. A maioria das crianças não apresentava qualquer comorbilidade associada ao seu excesso ponderal. Verifica-se que são necessárias um maior número de consultas de Nutrição para uma diminuição significativa do IMC das crianças e dos seus percentis.

## PO.7

**Avaliação do risco nutricional em idosos institucionalizados na zona interior centro**

Tatiana Fernandes

Centro Social do Divino Espírito Santo - Peraboa; Associação Centro Social Sagrado Coração de Maria - Ferro

**Introdução e objetivos:** A presença de excesso de peso e obesidade em idosos representa fator de risco para a sua saúde por estar associado a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade. No entanto, apesar da desnutrição nos idosos ainda ser desvalorizada é fundamental a identificação de idosos desnutridos ou em risco de desnutrição. Foi objetivo deste trabalho identificar o risco nutricional em idosos institucionalizados em duas Estruturas Residenciais para Idosos na zona interior centro. **Material e Métodos:** Aplicação da ferramenta Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA – SF®) para identificação do risco nutricional. **Resultados e Discussão:** A média de idades dos idosos residentes nas duas instituições foi de 86,6 +/- 5,6 anos (compreendidas entre 75 e 95 anos) no Centro Social do Divino Espírito Santo (CSDDES) e 84 +/- 8,4 anos (compreendidas entre 67 e 100 anos) na Associação Centro Social Sagrado Coração de Maria (ACSSCM). O sexo feminino foi o mais representativo em ambas as instituições (74% e 68%, respetivamente). No Centro Social do Divino Espírito Santo residem 23 idosos, dos quais 4 encontram-se acamados. Na Associação Centro Social Sagrado Coração de Maria encontram-se 25 idosos institucionalizados, dos quais 10 permanecem acamados. Segundo os resultados do Mini Nutritional Assessment, no CSDDES 48% dos idosos encontravam-se desnutridos (26%; n=6) ou em risco de desnutrição (22%; n=5) e na ACSSCM 56% dos idosos apresentavam desnutrição (32%; n=8) ou risco de desnutrição (24%; n=6). Por outro lado, através do Índice de Massa Corporal foram identificados 3 casos de desnutrição e 5 casos em risco de desnutrição no CSDDES e, apenas 3 casos de desnutrição na ACSSCM. Também foram identificados casos de pré-obesidade e obesidade em ambas as instituições. De salientar que este resultado apenas foi possível obtê-lo nos idosos que se conseguiram pesar. **Conclusões:** A prevalência de desnutrição e do risco de desnutrição é relevante nos idosos de ambas as instituições. Assim, é fundamental melhorar e/ou manter um adequado aporte energético e nutricional nos idosos institucionalizados em risco de desnutrição. A desnutrição, seja por défice ou por excesso de peso, deve ser encarada como uma ameaça por comprometer a saúde, o bem-estar e a autonomia dos idosos.

## PO.8

**Avaliação e promoção da qualidade alimentar dos lanches escolares**Dulce Ramos <sup>1</sup> | Inês Vieira <sup>2</sup><sup>1</sup> Holon SA / Serviço de Nutrição<sup>2</sup> Farmácia Holon Pragal / Farmacêutica

**Introdução:** Os hábitos alimentares apreendidos na infância determinam os comportamentos alimentares na idade adulta. **Objetivos:** Promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças do 1º ciclo escolar; Avaliar a qualidade dos lanches escolares; Avaliar o estado nutricional das crianças. **Material e Métodos:** Estudo observacional transversal realizado na Escola Básica nº1 do Pragal, entre Março e Maio de 2018, no qual foram avaliadas duas turmas do 3º ano escolar. O estudo compreendeu diferentes ações, nomeadamente: uma palestra sobre lanches escolares saudáveis; uma dinâmica sobre os açúcares escondidos nos alimentos; a avaliação mensal dos lanches escolares dos alunos; e a avaliação do estado nutricional das crianças através da pesagem e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e do percentil. Os dados recolhidos foram analisados em Excel®. **Resultados:** No estudo participaram 45 crianças, sendo 51,11% (n=23) do sexo masculino; com uma média de idade de 8,4 anos e um desvio padrão de 0,64. Foram avaliados 97,69% (n=1271) lanches, dos quais 92,37% (n=1174) eram saudáveis e 7,63% (n=97) continham alimentos a evitar. No final do estudo, verificou-se um aumento de 5% (n=254) de lanches saudáveis realizados. Quanto à avaliação antropométrica, foram avaliadas 43 crianças, em que 2,33% (n=1) tinham baixo peso, 62,79% (n=27) tinham peso saudável e 34,88% (n=15) tinham excesso de peso e/ou obesidade. As crianças que apresentavam critérios para acompanhamento individual (n=16) foram reencaminhadas para consulta de nutrição, sendo efetivada 1 consulta. **Conclusões:** A prevalência de excesso de peso e/ou obesidade encontrada e a percentagem de lanches escolares não saudáveis realizados, alerta-nos para a necessidade de continuar a implementar projetos de educação e promoção de hábitos alimentares saudáveis na infância.

## Caracterização do consumo de azeite e percepção do indivíduo quanto ao seu impacto na saúde

Tânia Alexandra Figueiredo Lopes<sup>1</sup> | Tatiana Almeida<sup>1</sup> | Sandra Abreu<sup>1</sup> | João Lima<sup>2</sup> | Ana Lúcia Baltazar<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

<sup>2</sup> Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra 2 LAQV Requimte - Laboratório Associado para a Química Verde 3 GreenUPorto – Produção Agroalimentar Sustentável

Introdução: O consumo de azeitona iniciou-se à cerca de 3150 a 1200 anos A.C., sobretudo ao longo da costa oriental do Mediterrâneo. Ao longo do tempo o azeite ganhou mais importância, não apenas como produto alimentar, mas também como fonte farmacêutica e energética. Múltiplos efeitos benéficos sobre o risco de doença cardiovascular foram associados ao consumo de dieta mediterrânea rica em azeite extra virgem. Objetivo: Caracterizar a frequência de consumo, utilização para confeção, tipo de azeite e percepção dos indivíduos quanto ao seu impacto na saúde. Metodologia: Foi realizado um inquérito disseminado de forma on-line pelas redes sociais questionando acerca da frequência de consumo de azeite, que tipo de azeite consome, se o utiliza na sua confeção, quantidades por cada consumo e se o considera uma gordura saudável bem como a sua idade. A amostra conta com 224 indivíduos maiores de 18 anos residentes em Portugal continental e Ilhas. Os resultados foram tratados com recurso ao software estatístico SPSS v.23 para Windows e ao Microsoft Office Excel. Resultados: Em indivíduos dos 18 aos 35 anos, 40% destes consomem azeite 2-3 vezes por dia enquanto que dos 36 aos 50 anos, apenas 28% o consomem nesta frequência. 44% dos indivíduos quando utiliza azeite, usa 1 colher de sopa por cada vez. Destes 73% são de faixas etárias compreendidas entre os 18 e os 35 anos. 90% dos indivíduos entre os 18 e os 35 anos consideram que o azeite é uma gordura saudável e 8% não sabem ou pensam que talvez seja. Na faixa etária dos 36 aos 50 anos, 96% consideram que o azeite é uma gordura saudável. Na faixa etária dos 18 aos 35 anos, 91% dos indivíduos diz utilizar azeite durante a confeção e 94% na faixa etária dos 36 aos 50 anos. 93% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 35 anos, consomem azeite extra virgem, virgem ou caseiro. 85% dos indivíduos com idades entre os 36 e os 50 anos consomem este azeite. Dos que tinham mais que 50 anos, todos consumiam este tipo de azeite. Conclusões: A maioria dos indivíduos considera que o azeite é saudável em todas as faixas etárias. A população com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos consomem azeite mais frequentemente e dão preferência ao Azeite Virgem Extra, Azeite Virgem ou Caseiro.

## Consumo alimentar e adesão à Dieta Mediterrânica no Agrupamento de Escolas das Laranjeiras

Patrícia Almeida Oliveira<sup>1</sup> | João Félix<sup>2</sup> | Filipa Rodrigues<sup>1</sup> | Carlos Barrigas<sup>3</sup> | Ana Catarina Moreira<sup>4</sup>

<sup>1</sup> ESTeSL - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

<sup>2</sup> Instituto Piaget, Escola Superior de Educação Jean Piaget de Almada

<sup>3</sup> CIPER – Centro Interdisciplinar de Estudo da Performance Humana, Faculdade de Motricidade Humana

<sup>4</sup> ESTeSL - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; H&TRC – Centro de Investigação em Saúde e Tecnologia

A Dieta Mediterrânica consiste num padrão alimentar rico em cereais, hortofrutícolas, leguminosas, frutos oleaginosos e sementes, com um consumo moderado de pescado, ovos, carnes brancas e produtos lácteos, sendo o azeite a principal fonte de gordura. A adesão decrescente a este padrão alimentar na região Mediterrânica, em paralelo à transição para um padrão ocidental, pode estar associada ao aumento da incidência de doenças crónicas não transmissíveis a partir da infância e adolescência, fases do ciclo de vida chave para o reforço de comportamentos saudáveis. Objetivo: Avaliar o consumo alimentar e adequação ao padrão alimentar Mediterrânico dos alunos do primeiro ao terceiro ciclo. Metodologia: Estudo transversal com alunos do primeiro ao terceiro ciclo de um agrupamento de escolas em Lisboa. Os alunos preencheram um questionário de frequência alimentar. Aplicou-se o índice de qualidade da dieta Mediterrânica KIDMED. Resultados: Analisaram-se 212 questionários de quatro escolas do agrupamento entre março e junho de 2018. As idades variaram entre os 8 e os 16 anos, com uma média de 10 anos. A maioria dos alunos (66%) apresentava idade inferior a 10 anos. 48% dos alunos eram do sexo feminino. Na análise do consumo alimentar observou-se um consumo médio de massa, arroz, batata e outros tubérculos de 158 g/dia. O consumo diário de fruta e hortícolas foi, em média, de 521 g/dia. O consumo de hortícolas (143 g/dia) foi inferior ao de fruta (378 g/dia), de leguminosas (319 g/dia) e de sopa (243 g/dia). Observou-se um consumo médio de carne superior ao pescado (114 g/dia vs. 72 g/dia). Os alunos consumiram em média 407 g/dia de produtos lácteos, dos quais 337 g/dia foram leite. A bebida mais consumida foi o refrigerante, com uma prevalência do consumo diário de refrigerantes/néctares de 24,7%. Observou-se ainda um consumo médio de snacks salgados e pizza e de bolos, bolachas e doces superior nos adolescentes. Da aplicação do KIDMED observou-se que 62,3% dos alunos apresentou a pontuação correspondente a “É necessária melhoria para ajuste da ingestão ao padrão Mediterrânico”, com 25,8% dos alunos a apresentar um “Dieta Mediterrânica ótima” e 1,9% “Qualidade baixa”. As percentagens não diferiram entre crianças e adolescentes. Conclusões: Perante o consumo alimentar avaliado e da aplicação do KIDMED observou-se que a maioria dos alunos necessita de uma melhoria para ajustar o seu padrão alimentar ao Mediterrânico.

## PO.11

## Desenvolvimento e composição nutricional de um snack com incorporação de farinha de bolota

Leandro Oliveira

Universidade Católica Portuguesa / Escola Superior de Biotecnologia

**Introdução e objetivos:** A bolota possui elevado valor nutricional contendo componentes que podem exercer benefícios na saúde, por exemplo a presença de amido não hidrolisável. É ainda de salientar que a bolota é rica em fibra, possui um valor interessante de proteínas, um perfil de lípidos semelhante ao do azeite e não contém glúten (o que a torna particularmente interessante para os doentes celíacos), além disso é ainda rica em compostos antioxidantes. Atendendo às características supramencionadas da bolota, e sabendo que hoje em dia o consumidor e a indústria procuram alimentos funcionais mais diversificados e ativos, o objetivo deste trabalho é desenvolver um snack com incorporação de farinha de bolota. **Material e Métodos:** O snack foi preparado de forma artesanal, em laboratório, misturando os ingredientes (farinha de bolota, amido de milho, farinha de arroz, flocos de batata, água e sal) adquiridos numa superfície comercial local. A sua composição nutricional foi calculada por recurso a tabelas de informação nutricional dos alimentos presente nos seus rótulos, bem como na Tabela de Composição de Alimentos (INSA, 2007). **Resultados e discussão:** Desenvolveu-se um snack salgado, crocante, fino e com forma circular apresentando a seguinte composição nutricional por 100 g: valor energético - 424 kcal, hidratos de carbono - 52 g, açúcares - 0,3 g, proteínas - 6 g, gorduras totais - 15 g, gorduras saturadas - 2 g, fibra alimentar - 8 g, e sal 0,8 g. Em comparação com snacks semelhantes este apresenta genericamente menor valor energético (-90 kcal), gordura total (-18 g), gorduras saturadas (-1,4 g), sal (-0,6 g) e maior teor de proteína (2 g) e fibras alimentares (6g). **Conclusão:** O snack desenvolvido é rico em fibras alimentares e proteínas, com menor teor de gordura e sal e isento de glúten. A incorporação de farinha de bolota melhorou, portanto, o perfil nutricional do snack, em comparação com os semelhantes disponíveis no mercado, permitindo também a valorização económica da bolota.

## PO.12

## Desnutrição em Doentes Idosos Diabéticos: Um Problema Atual

Maria do Carmo Carvalho<sup>1</sup> | Helena Loureiro<sup>2</sup> | João Paulo Figueiredo<sup>2</sup>  
I Joana Dias<sup>1</sup> | Helena Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Seia ULS da Guarda EPE<sup>2</sup> Coimbra Health School

**Introdução:** A prevalência de desnutrição em doentes hospitalizados (DDH) encontra-se descrita na literatura apresentando valores entre os 30% e 60% dependendo dos instrumentos de avaliação utilizados. (1) A DDH está associada a um aumento das complicações, duração do tempo internamento e custos associados, comparativamente, com a ausência de desnutrição quer na admissão, quer no fim do internamento. Também a Diabetes tipo 2 (DMT2) é uma doença crónica com elevada expressão no doente idoso (DI) (2) podendo contribuir para o aumento do risco da DDH não só pelo impacto negativo da diabetes no metabolismo dos Hidratos de Carbono (3) mas também pela adoção de dietas rigorosas e pouco apelativas como medida terapêutica. **Objetivo:** Divulgar os resultados de 9 anos de avaliação do risco nutricional (RN) do DI diabético internado num serviço de medicina do interior do país. **Material e Métodos:** Estudo observacional transversal que incluiu os DI internados num serviço de medicina por múltiplas patologias que decorreu entre o período de 1 de junho de 2009 a 28 de junho de 2018. A ferramenta utilizada na avaliação do RN foi o Mini Nutritional Assessment (MNA) (4). **Crítérios de inclusão:** idade  $\geq 65$  anos, tempo de internamento  $< 72$  horas, ausência de edemas e próteses metálicas. **Resultados:** Dos 7164 DI admitidos no SM foram avaliados 4796 dos quais 2085 DI (43,5%) tinham DMT2 e 2711 DI (56,5%) não eram diabéticos (ND). Os DI com DMT2 não apresentavam diferenças estatisticamente significativas comparativamente aos DI ND relativamente à idade ( $p=0,151$ ) e género ( $p=0,50$ ), contudo a média do score da avaliação do RN foi significativamente mais baixa nos DI com DMT2 sugerindo desnutrição do que a média apresentada pelos DIND ( $16,29 \pm 5,6$ pts vs  $19,04 \pm 5,04$ pts) ( $p=0,00$ ). O RN dos DI provenientes de lares ( $n=1834$ ) era significativamente maior ( $14,49 \pm 4,91$ pts) que o apresentado pelos DI que moravam nas suas casas ( $n=2962$ ) ( $19,92 \pm 5$ pts) ( $p=0,00$ ). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas sugerindo desnutrição nos DI com DMT2 residentes em lares ( $n=965$ ) ( $13,74 \pm 4,82$ pts) comparativamente com os valores apresentados pelos DI com DMT2 ( $n=1120$ ) que moravam nas suas casas ( $18,48 \pm 5,34$ pts) ( $p=0,00$ ). **Conclusão:** Os nossos resultados mostraram uma forte associação entre a desnutrição do DI no momento de admissão num serviço de medicina e a DMT2 e que esse risco aumenta significativamente quando os DI provêm de lares.

## Doenças Cardiovasculares e Fatores de Risco Associados

Beatriz Cardoso <sup>1</sup> | Eunice Bexiga <sup>1</sup> | Filipe Matos <sup>1</sup> | José Martins <sup>1</sup> | Diana Mendes <sup>2</sup> | Marisa Cebola <sup>2</sup> | Lino Mendes <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dietética e Nutrição, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, ESTeSL, Instituto Politécnico de Lisboa, IPL.

<sup>2</sup> Dietética e Nutrição, H&T Research Center, H&TRC, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, ESTeSL, Instituto Politécnico de Lisboa, IPL

**Introdução:** Com este estudo pretendeu-se estabelecer relação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e o perímetro abdominal (PA) em doentes cardiovasculares e o consumo de ácidos gordos saturados (AGS) com a incidência de doenças cardiovasculares (DCV), nomeadamente cardiopatia isquémica, hipertensiva e valvular; enfarte agudo do miocárdio; doença arterial e vascular periféricas; estenose aórtica; insuficiência cardíaca; insuficiência aórtica; síndrome coronária aguda; taquicardia; fibrilação auricular. Eventos cardiovasculares patológicos são uma consequência de mudanças estruturais nas artérias e no ventrículo esquerdo que podem ser detetadas muito antes dos sintomas se evidenciarem. O PA é uma medida antropométrica que está relacionado com a quantidade de gordura visceral do indivíduo e com o risco de doença cardiovascular, com valores de referência para cada género (F:80–88cm; M:94–102cm). O IMC também está relacionado com esta patologia: a obesidade (IMC > 34.9 kg/m<sup>2</sup>) está associada a um risco aumentado para DCV em idade precoce. Um consumo excessivo de AGS pode trazer problemas ao nível da função endotelial, aumento do risco de DCV, aumento do LDL-c e aumento da concentração plasmática de colesterol. Há estudos que demonstram que esta associação é inconsistente. **Metodologia:** Estudo analítico transversal, desenvolvido entre os dias 30 de novembro e 14 de dezembro, num hospital central do distrito de Lisboa, em três serviços de internamento – cardiologia, cirurgia cardiotorácica e medicina interna. A amostra é composta por 34 indivíduos, dos quais 32% eram do sexo feminino e 68% do sexo masculino, com uma média de idades de 70 anos +/- 13 anos. Destes indivíduos, 20% tinha hipertensão arterial, 19% dislipidemia, 6% cardiopatia isquémica, 4% tabagismo. Avaliou-se os seguintes parâmetros antropométricos: peso, altura, IMC, PA. Através da história dietética quantificou-se a ingestão de AGS. Todos os dados recolhidos foram submetidos a uma análise estatística através do programa SPSS@ versão 22. **Resultados/discussão:** Não foi possível estabelecer a relação entre o consumo de AGS e a incidência de doenças cardiovasculares. Tal pode-se dever ao controlo alimentar prévio, por parte dos doentes, uma vez que o diagnóstico de DCV implica, por norma, adequação dos hábitos alimentares. Verificou-se uma relação positiva entre o IMC e o PA.

## Eficácia de uma intervenção nutricional na redução do risco metabólico

Vanessa Pereira

Divisão Nutrição Farmodietética

**INTRODUÇÃO:** A terapêutica nutricional do excesso de peso deve promover uma percentagem de perda de peso (%PP) na ordem dos 5 a 10% e diminuição da adiposidade central, no sentido de se obter melhorias clinicamente relevantes. O índice perímetro cintura/estatura (Pc/estatura) é um bom indicador da obesidade central e do risco metabólico. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia de uma intervenção nutricional na redução do risco metabólico em mulheres com pré-obesidade e risco metabólico aumentado. **MÉTODOS:** Estudo com 220 mulheres adultas com pré-obesidade (índice de massa corporal (IMC) entre 25-29,9 Kg/m<sup>2</sup>) e risco metabólico aumentado que realizaram uma intervenção nutricional durante 12 meses. A intervenção consiste numa abordagem nutricional hipoglicídica de baixa carga glicémica e hiperproteica com acompanhamento semanal. Avaliou-se o risco metabólico em função do cálculo do Pc/estatura, considerando-se risco aumentado valores  $\geq 0,5$ . Recolheram-se dados relativos à composição corporal todas as semanas até ao término da intervenção. A análise dos dados foi realizada com recurso ao SPSS 21.0,  $p < 0,05$ . **RESULTADOS:** Aos 12 meses, obteve-se uma redução significativa do risco metabólico. 74% das participantes foram classificadas com baixo risco e 26% mantiveram o risco aumentado ( $0,47 \pm 0,02$  vs  $0,52 \pm 0,02$ ;  $p < 0,001$ ). As participantes de baixo risco metabólico alcançaram uma %PP total superior ( $14,9 \pm 4,9\%$  vs  $9,3 \pm 4,1\%$ ;  $p < 0,001$ ), maior redução de IMC ( $-3,8 \pm 1,6$  Kg/m<sup>2</sup> vs  $-2,4 \pm 1,3$  Kg/m<sup>2</sup>;  $p < 0,001$ ) e percentagem de massa gorda (%MG) ( $-7,7 \pm 4,1\%$  vs  $-4,5 \pm 3,1\%$ ;  $p < 0,001$ ) comparativamente com quem apresentava risco metabólico aumentado. Houve uma correlação significativa entre a %PP total, IMC e %MG final ( $r = 0,59$ ,  $r = 0,58$  e  $r = 0,45$ ;  $p < 0,001$ , respetivamente) em relação ao Pc/estatura após 12 meses. **CONCLUSÃO:** No final da intervenção nutricional, verificou-se uma melhoria significativa relativamente ao risco metabólico. As participantes classificadas com baixo risco metabólico obtiveram uma %PP superior, além de uma maior redução ao nível do IMC e %MG.

## PO.15

## Estado nutricional – qual o impacto e relação no doente oncológico?

Inês de Miranda Santos <sup>1</sup> | Carla Adriana Santos <sup>2</sup> | Lino Mendes <sup>1</sup> | Hélder Mansinho <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior da Tecnologia da Saúde de Lisboa1 |

<sup>2</sup> Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa/ Hospital Garcia de Orta2 |

<sup>3</sup> Hospital Garcia de Orta4

**Introdução:** A desnutrição no doente oncológico, com perda de massa muscular e óssea, apresenta elevada prevalência hospitalar, muitas vezes não identificada e, conseqüentemente, não tratada. Esta associa-se a mau prognóstico com aumento da morbimortalidade e tempo de hospitalização e diminuição da resposta/tolerância à terapêutica e qualidade de vida. **Objetivo:** Rastrear e avaliar o estado nutricional de doentes oncológicos. Associar resultados entre internamento e Hospital de Dia (HD). Associar estado nutricional e tipo/localização do tumor. **Material e Métodos:** Estudo transversal e observacional realizado em doentes oncológicos internados ou em HD do Hospital Garcia de Orta. O estado nutricional foi rastreado através do Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) e avaliado através do Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG - SGA). Foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC) para classificação quanto ao peso. Foi, ainda, identificado o tipo/localização do tumor de forma a verificar quais os mais prevalentes e associados à desnutrição. **Resultados:** Avaliados 146 doentes (52 em internamento e 94 em HD). 25% em internamento e 14% em HD apresentavam baixo peso, segundo o IMC. Consoante o NRS-2002, 89% e 36 % dos doentes, respetivamente, encontravam-se em risco nutricional e, pelo PG-SGA, 94% e 41%, respetivamente, foram classificados como desnutridos. Foi, igualmente, identificado o tipo/localização do tumor mais prevalente nos doentes desnutridos como os gânglios linfáticos, pulmões, estômago e colón. **Discussão:** A desnutrição é factor independente de mau prognóstico quanto à resposta/tolerância à terapêutica, morbimortalidade, tempo de hospitalização e qualidade de vida. O IMC é uma ferramenta comumente utilizada na prática clínica, no entanto não reflecte a composição corporal. O PG-SGA demonstrou ser a ferramenta adequada e validada para doentes oncológicos na identificação da desnutrição. **Conclusão:** A maioria dos doentes internados foram classificados como desnutridos pelo PG-SGA, o que reforça a importância de uma avaliação e monitorização nutricional precoce, visando a identificação rápida e priorização da desnutrição. Deste modo, uma intervenção personalizada possibilita a otimização da resposta/tolerância à terapêutica e melhoria da qualidade de vida e a diminuição de comorbilidades, mortalidade e tempo de hospitalização.

## PO.16

## Estado nutricional em doentes internados no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Cristiana Torres Martins <sup>1</sup> | Carla Moura Pereira <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nutricionista estagiária no Centro Hospitalar Barreiro Montijo

<sup>2</sup> Centro Hospitalar Barreiro Montijo

**Introdução:** A desnutrição condiciona a capacidade física e mental, comprometendo a evolução clínica do doente. A literatura tem demonstrado elevada prevalência de desnutrição à admissão hospitalar, sendo recomendável a avaliação precoce e sistemática do estado nutricional em doentes hospitalizados. **Objetivos:** Avaliar o estado nutricional de uma amostra de doentes hospitalizados, no momento da admissão e após uma semana de internamento. **Métodos:** Estudo transversal realizado no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., entre maio e dezembro de 2018. A amostra final incluiu 40 doentes, avaliados nas primeiras 48h da admissão (1ª avaliação) e após uma semana de internamento (2ª avaliação) no Serviço de Cardiologia. Foram aplicadas duas ferramentas de rastreio e avaliação do estado nutricional, Nutritional Risk Screening 2002 e Mini Nutrition Assessment@ Short Form a doentes com idade inferior e igual ou superior a 65 anos, respetivamente. **Resultados:** Nesta amostra predomina o género masculino (69,8%) e a idade média é de 70±10 anos. Nos doentes adultos (<65 anos) a prevalência de excesso de peso e obesidade na 1ª e 2ª avaliação é respetivamente: 77,8% e 55,6%. Relativamente aos doentes idosos (≥65 anos) a prevalência de excesso de peso na 1ª e 2ª avaliação é respetivamente: 53,6% e 42,9%. De acordo com a avaliação do estado nutricional, 37,5% dos doentes apresentou risco de desnutrição e 42,5% desnutrição na 1ª avaliação. Após uma semana de internamento, verificou-se uma prevalência de 50,0% risco de desnutrição e 30,0% desnutrição. Neste contexto verifica-se uma melhoria do estado nutricional em 12,5% dos doentes com a intervenção nutricional entre a 1ª e 2ª avaliação. **Conclusões:** Os resultados obtidos alertam para a elevada prevalência de risco nutricional e desnutrição em doentes hospitalizados. A avaliação do estado nutricional fornece informações relevantes relativamente à evolução clínica do doente, permitindo otimizar a intervenção dos profissionais de saúde na prestação de cuidados nutricionais melhorando o prognóstico clínico

PO.17

## Estudo comparativo entre rastreio de risco nutricional e avaliação do estado nutricional em doentes internados na Medicina Interna

Catarina Mendes <sup>1</sup> | Paula Correia <sup>1</sup> | Catarina Rodrigues <sup>2</sup> | Bruno Oliveira <sup>3</sup> | Silvia Pinhão <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Nutricionista Estagiária do Centro Hospitalar Universitário São João

<sup>2</sup> Nutrição e metabolismo, Nova Medical School | Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa

<sup>3</sup> Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

<sup>4</sup> Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; Centro Hospitalar Universitário São João

A desnutrição nos idosos na admissão hospitalar é muito frequente e a intervenção nutricional precoce é fundamental. Foi objetivo relacionar o risco nutricional com a avaliação do estado nutricional e caracterizar quem necessita ou não de intervenção de intervenção nutricional/alimentar, numa amostra de idosos internados num Serviço de Medicina Interna. Em 555 doentes (63,6% mulheres), recolheram-se dados de risco nutricional (Mini Nutritional Assessment Short Form - MNA-SF), idade, sexo, exame físico, índice de massa corporal (IMC), dados analíticos e necessidade/tipo de intervenção nutricional/alimentar. A média de idades era 81,3 anos e de IMC 26,6kg/m<sup>2</sup>. Segundo o MNA-SF, 25% estavam desnutridos, 47% em risco de desnutrição e 15% sem risco de desnutrição. Encontrou-se depleção muscular/gordura moderada/severa em 70,2% dos rastreados como desnutridos, 26,7% dos em risco de desnutrição e 15% dos sem risco. O IMC foi <23kg/m<sup>2</sup> em 62% dos desnutridos, 23% dos em risco e em 14% dos sem risco nutricional. Apenas 64 doentes tinham albumina >35g/L. 54% da amostra teve intervenção nutricional/alimentar. A necessidade de intervenção nutricional associa-se mais frequentemente a indivíduos com menores pontuações no MNA-SF, IMC, hemoglobina, proteínas totais, albumina e maiores valores de proteína C-reativa e maior depleção de gordura/músculo segundo o exame físico. Doentes com maior número de intervenções eram mais novos, com maior depleção gordura/músculo, menores valores de IMC, hemoglobina, albumina, proteínas totais e proteína C-reativa mais elevada. Doentes que foram rastreados sem risco nutricional apresentam exame físico, IMC e dados analíticos que os classificam como desnutridos, exigindo intervenção nutricional adequada para otimizar o seu estado. Por outro lado, alguns doentes rastreados como desnutridos não necessitaram de intervenção nutricional/alimentar.

PO.18

## Evolução do estado nutricional de idosos institucionalizados com doenças neurológicas

Inês Vieira <sup>1</sup> | Ana Santos <sup>1</sup> | Diana Miranda <sup>1</sup> | Bruno Sousa <sup>2</sup> | António Raposo <sup>3</sup> | Margarida Estudante <sup>4</sup>

<sup>1</sup> CNS- Campus Neurológico Sénior

<sup>2</sup> Universidade Lúsofona de Humanidades e Tecnologias

<sup>3</sup> CBIOS- Research Center for Biosciences and Health Technologies

<sup>4</sup> Universidade Lúsofona de Humanidades e Tecnologias

Introdução e objetivo: A prevalência da desnutrição em idosos institucionalizados varia entre 30 a 60%, estimando-se que seja superior em idosos com doenças neurológicas. Após a institucionalização pouco se conhece como evolui o estado nutricional, pelo que, o objetivo do presente estudo é descrever a frequência da desnutrição na admissão numa instituição de saúde e compará-la 3 meses após a admissão. Material e Métodos: Estudo observacional descritivo. Foram incluídos indivíduos com idade ≥65 anos com doença neurológica, incluindo síndromes Demenciais, síndromes Parkinsonianas e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Para avaliar o estado nutricional foi considerado o questionário Mini Nutritional Assessment (MNA). Foi utilizado o teste t de student e de Wilcoxon para medir o grau de associação das variáveis. Considerou-se estatisticamente significativo quando p<0,05. Resultados e Discussão: Foram incluídos na amostra 37 idosos (♀ 59%; ♂ 41%) com uma média de idades de 81,6±5,5 anos. A patologia mais frequente foi a Doença de Parkinson (40,5%). Na admissão, a frequência de desnutrição foi de 40,5% e do risco de desnutrição de 54,1%. Estes resultados são semelhantes aos de um estudo prévio realizado numa população semelhante e com o mesmo critério de avaliação do estado nutricional. A pontuação média do MNA na admissão foi 17,5±5,5 pontos e após três meses de 20,6±4,2 pontos, que se traduz numa melhoria estatisticamente significativa do estado nutricional (p<0,05). Conclusão: A frequência de desnutrição e risco de desnutrição na admissão nesta amostra é elevada (94,6%), mas existe uma tendência para melhoria do estado nutricional aos três meses de institucionalização.

## PO.19

## Impacto da aplicação de um protocolo de nutrição entérica na pessoa em situação crítica

Renata Alexandra Cruz Constantino | Anabela Ferraz Marques dos Santos | Sandra Cristina Simões Mateus

Serviço de Medicina Intensiva do CHUC, pólo HUC

**Introdução:** Perante a insegurança e impossibilidade de proporcionar à pessoa em situação crítica uma nutrição adequada pela via fisiológica, a nutrição entérica (NE) deve ser a abordagem preferencial. Esta, apesar de inúmeros benefícios, não está isenta de complicações. Assim, numa tentativa de minimizar o seu impacto e uniformizar práticas, implementou-se um protocolo, devendo ser alvo de atualização frequente, assim como de auditorias com o objetivo de identificar áreas de melhoria. **Objetivos:** Apresentar o protocolo de NE e algoritmos de atuação face às complicações; partilhar os resultados do 1º semestre de 2018; refletir a necessidade de implementação de um Projeto de Melhoria Contínua. **Material/Métodos:** revisão bibliográfica; auditoria aos processos clínicos dos doentes internados de janeiro a junho de 2018; análise de dados e tratamento estatístico simples. **Resultados:** Amostra de 103 doentes, maioritariamente do sexo masculino (69%), com idades entre 60 e 80 anos (51,5%) e com diagnóstico médico (44,7%). 86,4% dos doentes iniciaram NE nas primeiras 48 horas. Apenas em 60,5% dos casos o volume prescrito foi igual ao infundido. 84,5% da amostra apresenta complicações gastrointestinais: obstipação (60,2%), estase gástrica (27,5%), vômitos (8%), diarreia (3,6%) e distensão abdominal (0,7%). Perante estase gástrica, atuamos de acordo com o protocolo em 53,8% dos casos. A utilização de procinéticos é cada vez mais comum, sendo a administração de metoclopramida a primeira opção. Relativamente à atuação em caso de vômitos e distensão abdominal, ficou aquém do protocolizado, sem nenhuma intervenção na maioria dos casos. Verificamos que nas situações de diarreia, não cumprimos o protocolo em 64,7% dos casos. Em relação à obstipação, ressalvamos que cumprimos integralmente o protocolo em apenas 11,6% dos casos. Apesar de ter sido o último algoritmo a ser introduzido, e muito centrado na prescrição médica, temos a noção que, tanto nesta quanto nas restantes áreas, poderemos seguramente melhorar a nossa prática. **Conclusões:** Emerge a necessidade da elaboração de um projeto de melhoria contínua, assim como, da atualização do protocolo, à luz das recomendações e evidências; o principal beneficiário da uniformização e aperfeiçoamento das práticas é a pessoa em situação crítica; práticas de qualidade garantem uma nutrição efetiva e segura, com redução dos tratamentos ineficazes e desnecessários e consequentemente dos custos, contribuindo para a excelência do cuidar!

## PO.20

## Influência do uso de prótese dentária no aporte nutricional da população geriátrica rural de três distritos da região centro de Portugal

Joana Dias <sup>1</sup> | Fátima Viana <sup>2</sup> | António Fernandes <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Politécnico de Bragança

<sup>2</sup> Instituto Politécnico de Bragança; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE

**INTRODUÇÃO:** Uma insalubridade oral leva a uma comprometida qualidade da alimentação, a alteração nos aspetos nutricionais qualitativos e quantitativos, sendo um dos tratamentos de reabilitação para otimizar a saúde dos indivíduos, a prótese dentária. **OBJETIVOS:** Averiguar em que medida o uso de prótese dentária influencia o aporte nutricional dos idosos e perceber quais os indicadores sociodemográficos que condicionam a procura de tratamento odontológico e tipo de prótese dentária. **MÉTODOS:** Estudo transversal, analítico, observacional e quantitativo numa amostra de 400 idosos de três distritos portugueses, através de uma avaliação cognitiva, um questionário de identificação e um recordatório alimentar das 24 horas anteriores. **RESULTADOS:** Verificou-se uma correlação ( $p=0,006$ ) positiva fraca entre o nível de escolaridade e periodicidade de idas ao dentista; associação, estatisticamente significativa, entre o género e uso de prótese dentária ( $p=0,000$ ), entre o uso de prótese e nível de escolaridade ( $p=0,007$ ) e, ainda, entre o tipo de prótese dentária e rendimento ( $p=0,08$ ). Constataram-se diferenças, estatisticamente significativas, no aporte diário de ferro ( $p=0,014$ ) e fósforo ( $p=0,042$ ) nos indivíduos portadores e não portadores de prótese dentária, sendo este aporte superior nos participantes não portadores de prótese. Existiram diferenças no aporte diário de proteína total, vitamina A, carotenos,  $\alpha$ -tocoferol, cinza, magnésio ( $p<0,05$ ), quando comparados os diferentes tipos de prótese dentária, sendo este aporte superior nos idosos com implantes. **CONCLUSÃO:** Nesta amostra populacional, o tratamento protético não evidenciou grande influência no aporte nutricional, uma vez que, tanto os indivíduos portadores como os não portadores de prótese apresentaram défices (fibra, ácido linoleico, vitamina A, D, B12, C, folatos,  $\alpha$ -tocoferol, potássio, zinco, cálcio e magnésio) e excessos nutricionais (proteína, hidratos de carbono, fósforo, sódio, niacina, vitamina B6) comparativamente com o aporte diário recomendado para a população geriátrica.

## PO.21

### Interesse da calorimetria indireta numa unidade de cuidados especiais de neonatologia

Andreia Ribeiro <sup>1</sup> | Sara Costa <sup>1</sup> | Laura Magalhães <sup>1</sup> | Inês Rocha <sup>1</sup> | Luís Pereira da Silva <sup>2</sup> | Marisa Cebola <sup>3</sup> | Lino Mendes <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dietética e Nutrição, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, ESTeSL, Instituto Politécnico de Lisboa, IPL1 |

<sup>2</sup> Dietética e Nutrição, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, ESTeSL, Instituto Politécnico de Lisboa, IPL; Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia; Faculdade de Ciências Médicas | NOVA Medical School, UNL5 |

<sup>3</sup> Dietética e Nutrição, H&T Research Center, H&TRC, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, ESTeSL, Instituto Politécnico de Lisboa, IPL6 |

**Introdução e Objetivos:** A calorimetria indireta (CI) é um método não invasivo que permite estimar as necessidades energéticas por intermédio do gasto energético em repouso (GER) e a utilização preferencial dos macronutrientes por intermédio do quociente respiratório (QR). Esta revisão pretende abordar os principais aspetos da utilização da CI em recém-nascidos necessitados de cuidados especiais. **Material e Métodos:** A revisão baseou-se na pesquisa e análise crítica de publicações sobre a temática, recorrendo às bases bibliográficas PubMed e ScienceDirect, utilizando palavras-chave específicas, nomeadamente “indirect calorimetry”, “resting energy expenditure”, “respiratory quotient”, “neonatal” e “infant”. **Resultados e Discussão:** Os recém-nascidos sob cuidados especiais apresentam necessidades energéticas totais acrescidas, pelo que é necessária a determinação da sua quantidade e proporção de macronutrientes para o fornecimento de um adequado suporte nutricional. A CI é uma técnica não-invasiva com interesse nestes recém-nascidos, pois permite a medição do GER sem provocar desconforto. Para o cálculo do GER, utilizam-se equações preditivas, como a de Weir simplificada. Em recém-nascidos sujeitos a stress metabólico, tais equações podem não ser suficientemente precisas, levando a sub ou sobrealimentação. Assim, a CI é considerada a técnica gold standard quer para determinar as necessidades energéticas totais quer para otimizar o aporte dos macronutrientes às necessidades individuais. A aplicação deste método requer que o recém-nascido esteja em determinadas condições ideais. O QR representa a proporção entre o VCO<sub>2</sub> produzido e o VO<sub>2</sub> consumido, permitindo determinar a oxidação preferencial dos macronutrientes. As medidas da CI em associação com as da composição corporal permitem uma melhor orientação na adequação dos aportes nutricionais às necessidades do doente em cuidados especiais. **Conclusões:** A CI pode contribuir para evitar tanto a subnutrição como a sobrenutrição de recém-nascidos. Esta técnica não-invasiva permite medir o metabolismo em recém-nascidos com patologia quer durante a fase aguda quer na convalescença de diversas situações.

## PO.22

### INTERVENÇÃO NA OBESIDADE: da pediatria à geriatria

Carlos Barrigas

CIPER - FMH

Utilizando como contexto a teoria da regulação biológica da atividade física, a presente comunicação aborda a obesidade numa perspetiva de adaptação a uma situação de disrupção da homeostasia interna, que pode ser atribuída a fatores de origem biológica, social ou comportamental e que explora a suscetibilidade individual para modificar o habitual balanço energético, sempre que se vivenciam alterações persistentes no metabolismo basal de repouso, na atividade física, ou na energia ingerida.

## PO.23

### Intervenção nutricional em doentes com cancro da cabeça e pescoço submetidos a tratamento de Radioterapia no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

Filipa Fonseca | Isabel Lourenço | Paula Alves

Serviço de Nutrição e Alimentação do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

**Introdução:** Doentes com cancro da cabeça e pescoço (CCP) sob radioterapia (RT) apresentam elevada predisposição para o desenvolvimento de sintomatologia com impacto importante na ingestão alimentar, em particular, anorexia, mucosite e disfagia. Assim, estão mais suscetíveis ao risco de desnutrição, pela perda ponderal significativa durante a RT. Sabendo que a desnutrição contribui para a menor

## NRS2002 & NUTRIC em UCI: Qual a melhor opção para identificar desnutrição?

Vanessa Antunes <sup>1</sup> | Joana Mendonça <sup>1</sup> | Maria Inês Botelho <sup>1</sup> | Márcio Nascimento <sup>2</sup> | Anabela Portugal <sup>2</sup> | Patrícia Almeida Nunes <sup>2</sup> | Marisa Cebola <sup>3</sup> | Lino Mendes <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dietética e Nutrição, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, ESTeSL, Instituto Politécnico de Lisboa, IPL

<sup>2</sup> Serviço Dietética e Nutrição, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

<sup>3</sup> Dietética e Nutrição, H&T Research Center, H&TRC, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, ESTeSL, Instituto Politécnico de Lisboa

eficácia terapêutica, a intervenção nutricional nestes doentes é essencial, visando a otimização do estado nutricional e qualidade de vida. Objetivo: Avaliação do estado nutricional e intervenção nutricional em doentes com CCP sob RT, do Instituto Português De Oncologia do Porto.

Métodos: Análise retrospectiva de uma amostra de 390 doentes com CCP seguidos na consulta de Nutrição-RT no ano de 2017. Incluíram-se variáveis como idade, sexo, localização tumoral, peso, índice de massa corporal, sintomas, via alimentar e frequência de consulta. Resultados: Do total da amostra, 80,3% eram homens e 19,7% mulheres, estadiados maioritariamente com T3. A localização tumoral mais frequente foi “Lábio, cavidade oral e faringe”. Durante a RT o número médio de observações por doente foi de 3 (+/- 0,9), com uma diferença média de 26 dias (+/- 14,2) entre a primeira e última observação. Quer na primeira como na última consulta, mais de 50% eram normoponderais, observando-se neste período um aumento da prevalência de magreza e um decréscimo da pré-obesidade e obesidade. Verificou-se ainda que 83,6% perdeu peso, sendo que 8,2% revelou uma perda superior a 10%. Ao nível da sintomatologia, apenas 6,9% não relatou qualquer queixa com impacto alimentar. O sintoma mais comum foi a disfagia (63,8%), seguido da xerostomia (43,8%) e odinofagia (40,3%). Além disso, 32,3% tinha sonda de alimentação, verificando-se durante o seguimento uma redução dos doentes que se alimentavam exclusivamente via oral. A intervenção nutricional consistiu no aconselhamento alimentar a todos os doentes, com prescrição de suplementação nutricional a 44,1%. Após o término da RT, 57,9% dos doentes manteve seguimento nutricional, com reavaliação em média 56 dias (+/- 22,6) depois. Discussão e Conclusão: Doentes com CCP são um foco de preocupação pela elevada taxa de incidência de desnutrição. Os nossos resultados revalidam a tendência de perda ponderal e sintomatologia com impacto alimentar, reiterando a importância da intervenção nutricional nestes doentes como parte essencial dos seus cuidados durante e após o tratamento.

Introdução e Objetivos: O estado pró-inflamatório e o catabolismo severo influenciam o estado nutricional dos doentes internados nas Unidades dos Cuidados Intensivos (UCI), traduzindo-se num aumento das comorbilidades, do tempo de internamento e da mortalidade. Os doentes de UCI não apresentam todos as mesmas características, sendo essencial identificar o risco nutricional (IRN). Na ausência de um gold standard, os questionários NRS2002 e NUTRIC são os mais utilizados para identificar o risco nutricional em doentes internados na UCI. O objetivo da revisão de literatura é sistematizar a forma como se efetua a identificação do risco nutricional nestes doentes por estes questionários e a sua relação com os outcomes, morbidade e mortalidade. Métodos: Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados PubMed e ScienceDirect, utilizando-se as seguintes expressões: (“Nutrition Risk Assessment Tool” e “Critical ill Patient”) e (“Nutrition Risk Assessment” e “Critical ill Patient”). Foram definidos critérios de inclusão (estudos que incluam a avaliação do risco nutricional em doentes desde 2002) e critérios de exclusão (grau de impacto da revista inferior a 60, estudos realizados em animais, revisão da literatura e avaliação do risco nutricional segundo outros questionários). Resultados: Obteve-se uma amostra de 9 estudos, sendo que 7 estudos utilizaram o NUTRIC ou o mNUTRIC abrangendo num total uma amostra de 3945 doentes e concluíram que quanto maior o score obtido maior o tempo de internamento e o risco de mortalidade. Quanto ao NRS2002, foi aplicado em 3 estudos abrangendo num total uma amostra de 3559 doentes tendo-se concluído tratar-se de um bom indicador tanto para a morbidade como para a mortalidade em doentes internados. Conclusão: Ainda não existe um gold standard de IRN para os doentes de UCI. A pesquisa efectuada revelou que a aplicação do NRS2002 tem um bom valor preditivo para a mortalidade, enquanto que o NUTRIC foi também correlacionado com a mortalidade para além de identificar eficazmente doentes que beneficiem de suporte nutricional. Será necessária mais investigação para poder elaborar e validar um instrumento específico para estes doentes.

PO.25

## NRS-2002 versus MUST – Qual a Correlação?

Alexandra Aniscenco<sup>1</sup> | Inês Luís | Andreia Ferreira | Elisabete Carolino  
| Marisa Cebola | Lino Mendes

Licenciatura em Dietética e Nutrição, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, ESTeSL, Instituto Politécnico de Lisboa, IPL

**Introdução e Objetivos:** A desnutrição é muito frequente no internamento hospitalar, ocorrendo em 20 a 60% dos doentes. A deterioração do estado nutricional, a diminuição da função física e mental, o aumento da morbidade e mortalidade são, entre outras, complicações clínicas frequentes nesses doentes. Assim, a identificação de risco nutricional (IRN) precoce é crucial, visando um diagnóstico e suporte nutricional adequados. O screening é o primeiro passo na identificação de doentes em risco nutricional, pelo que as ferramentas de IRN deverão ser aplicadas a todos os doentes internados em meio hospitalar nas primeiras 24-48h. A principal dificuldade na IRN é a escolha de um instrumento adequado por ainda não existir um gold standard. A European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) recomenda tanto a utilização do Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) como do Nutritional Risk Screening (NRS-2002). O objetivo deste estudo consiste na comparação entre a utilização destes dois instrumentos de IRN em internamento hospitalar, avaliando o grau de correlação. **Material e Métodos:** Foi efetuada a IRN na admissão hospitalar de 34 doentes de uma instituição hospitalar na área da Grande Lisboa (idades entre 24 e 89 anos), recorrendo a dois questionários de IRN: MUST e NRS-2002. **Resultados e Discussão:** De acordo com o NRS-2002, 30% dos doentes apresentava risco nutricional. Já com o MUST, a percentagem foi superior (47,1%). Através da análise dos dados e dos questionários, o que se pode extrapolar é o facto do MUST sobrestimar a existência de risco pois atribui 2 pontos no caso de existir uma condição aguda que interfira com a alimentação, ao contrário do NRS-2002. Porém, os dois questionários apresentam uma correlação moderada a forte entre os seus scores ( $R_s=0,653$ ;  $p=0,001$ ). **Conclusões:** O NRS-2002 é um questionário de rápida aplicação, no entanto, implica profissionais de saúde treinados, principalmente para a avaliação da ingestão alimentar e severidade da doença. Por outro lado, o MUST também é um questionário de rápida aplicação, porém não aborda o motivo do internamento hospitalar nem a patologia apresentada. Apesar dos resultados apresentados, ambos acabam por ter uma forte correlação e são os dois recomendados para utilizar em meio hospitalar.

PO.26

## Nutrientes e carcinogénese colorretal: Ingestão Lipídica vs Cálcio e Álcool vs Ácido Fólico

Maria Pimenta<sup>1</sup> | Diana Alexandre<sup>2</sup> | Carla Chagas<sup>2</sup> | Isadora Rosa<sup>2</sup> | Elisabete Carolino<sup>1</sup> | Lino Mendes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

<sup>2</sup> Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

**Introdução e objetivos:** A alimentação é um dos fatores de risco modificáveis que influencia o aparecimento e prognóstico do cancro colorretal (CCR). As substâncias carcinogénicas presentes nos alimentos contactam diretamente com as células do colon e do reto, podendo danificá-las. Este estudo tem como objetivo avaliar a ingestão diária de lípidos, álcool, cálcio e ácido fólico em doentes recém-diagnosticados com CCR não submetidos a cirurgia ou outro tratamento oncológico. **Material e Métodos:** Este estudo observacional transversal incluiu 36 doentes adultos com CCR recém diagnosticado, previamente a qualquer tratamento oncológico. Os indivíduos foram avaliados no que respeita aos hábitos alimentares através de questionário de frequência alimentar com posterior conversão dos alimentos em nutrientes. **Resultados e Discussão:** Dos 36 doentes, 27,8% tinha um consumo diário de álcool superior a 30g. Obtiveram-se diferenças significativas para a ingestão lipídica ( $p=0,000$ ), ingestão de cálcio ( $p=0,000$ ) e ingestão de ácido fólico ( $p=0,006$ ) em comparação com as necessidades nutricionais estipuladas para o género e faixa etária. A ingestão lipídica era significativamente superior às necessidades e o consumo de ácido fólico e de cálcio significativamente reduzido. O aumento dos ácidos biliares a nível fecal devido a uma elevada ingestão lipídica concomitante com uma ingestão inadequada de cálcio pode estar na origem da danificação dos colonócitos. O ácido fólico, também em défice na alimentação desta amostra de doentes, é responsável pelos mecanismos de reparação do ácido desoxirribonucleico. Para além disso, o álcool é um antagonista do ácido fólico e, neste estudo verificou-se um elevado consumo de álcool, o que poderá agravar os efeitos deste défice. **Conclusões:** A alimentação desta amostra de doentes com CCR é reveladora de um baixo consumo de fontes alimentares fornecedoras de ácido fólico e cálcio e de um consumo elevado de álcool, sendo estes três nutrientes importantes nos processos de carcinogénese colorretal.

## PO.27

## Obesidade sarcopénica: correlação entre marcadores de sarcopénia e de adiposidade num centro de apoio social a idosos

Adriana Folgado | Catarina Tiago | Catarina Li

Escola Superior de Tecnologia da saúde de Lisboa

**Introdução:** A prevalência da obesidade e pré-obesidade tem vindo a ganhar proporções epidémicas. A sarcopénia caracteriza-se por baixos níveis de massa e força muscular, sendo que a força muscular é o principal determinante. O aumento da adiposidade tem sido proposto como um factor de risco da sarcopénia e está, normalmente associada a idosos. Tem surgido por isso, a designação de “obesidade sarcopénia” na qual não existe consenso na sua definição e critérios de diagnóstico. Segundo a ESPEN, trata-se de uma prioridade científica e clínica. **Métodos:** Os dados foram recolhidos entre novembro e dezembro de 2018 num centro de apoio social a idosos do concelho de Lisboa, após consentimento informado. Foi aplicado um questionário para caracterização sociodemográfica e realizada a determinação do peso e altura, percentagem de MG, MM e determinação da FPP. **Resultados/Discussão:** A prevalência de sarcopénia revelou ser superior, quando comparada com os critérios do EWGSOP, 78,0% vs. 1%-29%, respetivamente. 44,0% da amostra encontrava-se com obesidade, sendo os dados do IAN-AF 2015-2016 39,2%. Assim, considerando os indivíduos que apresentaram simultaneamente “obesidade” e “sarcopénia”, a prevalência de “obesidade sarcopénica” nesta amostra foi de 27,8%. Na amostra, 78,0% apresentou depleção através da FPP e 87,5% massa gorda elevada não existindo correlação ( $rs=0,259$   $p>0,05$ ). **Conclusão:** Na amostra analisada, constatou-se que a prevalência de sarcopénia provável foi de 78%, de obesidade foi de 44% e de obesidade sarcopénica 27,8%.

## PO.28

## Prevalência da desnutrição em hospital dia de hemato-oncologia

LAna Rita Freire<sup>1</sup> | Telmo Barroso<sup>2</sup> | Rita Talhas<sup>2</sup> | Francisca Duarte<sup>2</sup>  
 | Ricardo Cotovio<sup>2</sup> | Anízia Jesus<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

<sup>2</sup> CUF Descobertas Hospital

**Introdução:** O doente oncológico é um doente com diagnóstico de cancro e que está a aguardar ou a receber tratamento direcionado para o cancro, tratamento sintomático e/ou cuidados paliativos. O cancro é uma doença sistémica e caracteriza-se pela divisão descontrolada das células do organismo humano. O desenvolvimento desta doença pode ter um início lento ou pode ter uma evolução rápida, afetando inexoravelmente o estado nutricional do doente oncológico. Possivelmente as primeiras complicações a serem reveladas nestes doentes são a desnutrição e a perda de massa muscular. Estes sintomas não só podem ter uma causa nutricional como a ingestão inadequada de alimentos, mas também causas como a baixa atividade física e os desequilíbrios metabólicos (catabolismo). A triagem nutricional e o tratamento precoce da desnutrição nestes doentes é cada vez mais importante, sendo necessária uma abordagem interdisciplinar. O principal objetivo desta intervenção é a melhoria da qualidade de vida do doente oncológico. (1,2) O objetivo deste trabalho baseia-se na avaliação nutricional dos doentes em hospital dia, através de ferramentas validadas (PG-SGA®), sendo, posteriormente, possível uma intervenção nutricional adequada e individualizada. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 140 doentes oncológicos com idades acima dos 25 anos num hospital dia. O estado nutricional dos doentes foi obtido através da avaliação global subjetiva (PG-SGA®). **Resultados:** De acordo com o PG-SGA®, 36,4% dos doentes (n=51) estavam moderadamente desnutridos e 5,7% (n=8) estavam gravemente desnutridos. De uma forma geral, 42,1% (n=59) dos doentes estavam desnutridos. **Conclusão:** A desnutrição é um dos principais e primeiros sintomas a serem revelados nos doentes oncológicos. Neste estudo a prevalência de malnutrição é significativa, representando 42,1% da amostra de 140 doentes em hospital dia. O sexo masculino apresenta uma maior prevalência de desnutrição, representado 46,8%, em comparação aos 39,8% do sexo feminino.

PO.29

## Prevalência de Desnutrição entre Doentes de Medicina Interna e Doentes Cirúrgicos

Anízia Jesus<sup>1</sup> | Ricardo Cotovio<sup>2</sup> | Rita de Talhas<sup>2</sup> | Telmo Barroso<sup>2</sup> | Rita Freire<sup>1</sup> | Francisca Duarte<sup>2</sup> | Ana Rita Freire<sup>1</sup> | Lino Mendes<sup>1</sup> | Ana Catarina Moreira<sup>1</sup> | Marisa Cebola<sup>1</sup> | Vânia Cost<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

<sup>2</sup> Hospital Cuf Descobertas

**Introdução:** A desnutrição continua a ser uma das principais complicações em ambiente hospitalar. A prevalência da desnutrição é superior em idosos e doentes hospitalizados e varia entre os 10% e os 60%, mas pode atingir os 78%, sendo, monitorizado apenas em 20% dos casos. Fatores como a idade, apatia/depressão, a potologia, disfagia, mobilidade reduzida, disgeusia, tratamentos médicos e medicamentosos bem como falhas da equipe em reconhecer/identificar a desnutrição e o não reconhecimento da importância da nutrição em meio hospitalar contribuem para maus prognósticos como maiores taxas de infeção e complicações, sarcopenia, comprometimento da cicatrização de feridas, comprometimento das proteínas viscerais, aumento do tempo de hospitalização, diminuição da função física e mental, recuperação tardia de cirurgias, maiores taxas de readmissões hospitalares e aumento da morbilidade e mortalidade. Torna-se imprescindível a identificação do risco de desnutrição através de ferramentas de triagem de risco nutricional validadas que geralmente combinam a perda de peso, redução da ingestão de alimentos e atividade da doença. O objetivo deste estudo de prevalência é relacionar a aplicação do NRS 2002 entre doentes de Medicina Interna e doentes cirúrgicos e identificar a existência de diferenças significativas entre a prevalência do risco de desnutrição entre estes dois grupos. **Métodos:** Foram analisados 68 doentes, 48 mulheres e 20 homens, durante as 24h após o internamento hospitalar. Dos quais 34 pertenciam à Medicina Interna (MI) e 34 à Cirurgia Geral (CG). A identificação de risco nutricional foi realizada durante 1 mês. **Resultados:** De acordo com o NRS-2002 os doentes de CG apresentaram maior prevalência de desnutrição (41% com risco nutricional e 59% sem risco nutricional) do que os doentes de MI (29,4% com risco nutricional e 70,6% sem risco nutricional) devido à terapêutica nutricional instituída no pós-operatório imediato. **Conclusão:** Este estudo confirma a necessidade da rotina de realização da identificação do risco nutricional para que haja uma intervenção precoce possibilitando a recuperação do estado nutricional.

PO.30

## Prevalência de fragilidade e sarcopenia em idosos desnutridos hospitalizados – Revisão Sistemática da Literatura

Lilbeth Adriana da Silva Teixeira | Juliane Martins | Inês Henriques | Laura García

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

**Introdução:** A população idosa é particularmente suscetível a alterações do estado nutricional, nomeadamente no desenvolvimento de desnutrição, sarcopenia e fragilidades, tendo como consequência o aumento do risco de quedas, dependência, incapacidades e morte. Dada a relevância do tema, esta revisão sistemática da literatura visa identificar a prevalência de fragilidade e sarcopenia em idosos desnutridos hospitalizados. **Métodos:** A pesquisa realizou-se em plataformas como a Pubmed, Science Direct e a B-on com a introdução das seguintes palavras chaves e as suas respetivas traduções: “Prevalence of malnutrition”, “Elderly hospitalized”, “Sarcopenia”, “Frailty”, “Nutritional Assessment”. Como fatores de inclusão selecionaram-se estudos publicados nos últimos 5 anos, que abordassem o tema, publicados na Europa, de língua portuguesa ou inglesa, disponíveis e de autores de referência no tema em estudo. Excluíram-se revisões da literatura, documentos anteriores ao ano de 2015, fora da Europa, temas não relacionados e não disponíveis. **Resultados/Discussão:** Obteve-se uma amostra de 9 estudos, sendo que 4 dos estudos utilizaram o MNA como instrumento de avaliação do estado nutricional verificando-se uma maior prevalência de desnutrição em idosos hospitalizados. Em 3 estudos utilizaram a bioimpedância elétrica tendo-se verificado a presença de sarcopenia durante a hospitalização e, em alguns casos, a indução de caquexia. Nos restantes 2 estudos, a avaliação foi realizada através de instrumentos diferenciados, concluindo-se que o risco de desnutrição estava associado a uma menor massa muscular e a uma relação entre a incidência de fragilidade e um maior risco de desnutrição. **Conclusão:** Conclui-se que existem fatores de risco associados à ocorrência de desnutrição, sarcopenia e fragilidade, principalmente em idades mais avançadas. A desnutrição é uma séria ameaça para a população idosa, visto que causa uma diminuição da massa muscular, enfraquecimento e limitações. Observou-se que a desnutrição é mais prevalente em centros de reabilitação e hospitais e está associada a um maior tempo de internamento e de permanência e, ainda, a uma menor massa muscular. O mesmo se verifica relativamente a prevalência da sarcopenia, visto que existe uma forte associação entre esta e a prevalência da desnutrição. É fundamental direcionar estratégias apropriadas de prevenção e reabilitação, considerando o índice de comorbilidades nessa população.

## PO.31

## Protocolo de nutrição entérica na pessoa em situação crítica: Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Renata Alexandra Cruz Constantino | Anabela Ferraz Marques dos Santos | Sandra Cristina Simões Mateus

Serviço de Medicina Intensiva do CHUC, pólo HUC

**Introdução:** A desnutrição, por vezes subdiagnosticada e subtratada, apresenta prevalência elevada na pessoa em situação crítica, pelos estados hipermetabólico e catabólico intenso, elevado grau de stress (processos cirúrgicos, traumáticos, sépticos, alterações térmicas) e possível oferta nutricional inadequada/insuficiente. O fornecimento inadequado de nutrientes por longos períodos leva ao aumento da morbimortalidade, tempo de internamento e custos. A triagem, primeiro passo para a terapêutica nutricional, permite identificar rapidamente os indivíduos desnutridos ou em risco nutricional. A NUTRIC é uma ferramenta concebida e validada para quantificar o risco de desnutrição no doente crítico, consistindo na combinação de marcadores de desnutrição, inflamação e índices de gravidade. Para esta tipologia de doentes a NE é a mais recomendada, devendo ser iniciada precocemente. Apesar dos benefícios, é frequentemente limitada pelas complicações associadas. Pretende-se uma terapêutica nutricional eficiente e segura, tendo em vista a redução de complicações e, conseqüentemente, o aumento da qualidade na assistência nutricional. Assim, destaca-se a importância de incorporar um modelo de gestão de qualidade global no cuidado à pessoa com NE que, ao ser implementado sistematicamente, permite identificar e reduzir não conformidades. O principal beneficiário da uniformização e melhoria de práticas, através do uso de protocolos e indicadores de qualidade, é a pessoa. Emerge, assim, a necessidade de elaboração de um projeto de melhoria contínua dos cuidados de qualidade de enfermagem (PMCQCE), que se enquadra no enunciado descritivo “a prevenção de complicações” dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. **Objetivo:** Partilhar o PMCQCE neste âmbito. **Material/Métodos:** apresentação e exposição oral do PMCQCE, segundo as etapas de Heather Palmer, metodologia adotada pela instituição. **Conclusões:** Com o PMCQCE, pretendemos promover cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica com NE, com base na deteção precoce e minimização de complicações; atualização do protocolo de acordo com as recomendações recentes e implementação de medidas corretivas/melhoria, de acordo com os resultados de auditorias. A melhoria da qualidade das práticas garante uma nutrição efetiva e segura, com redução dos tratamentos ineficazes e desnecessários, e conseqüentemente dos custos, com um aumento da qualidade de vida, contribuindo para a excelência do cuidar!

## PO.32

## Relação da malnutrição e risco cardiovascular com a qualidade de vida relacionada com a alimentação. Resultados do Projeto PRONUTRISENIOR\*

Leandro Oliveira<sup>1</sup> | Rui Póinhos<sup>1</sup> | Maria Daniel Vaz de Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; GreenUPorto – Centro de Investigação em Produção Agroalimentar Sustentável

**Introdução e objetivos:** A malnutrição pode ocorrer por excesso de aporte de energia e nutrientes (resultando em problemas como obesidade) ou por carência (resultando em desnutrição) sendo responsável por várias comorbidades como doenças cardiovasculares, que reduzem a qualidade de vida e aumentam os custos de saúde. O objetivo deste trabalho é relacionar malnutrição e risco cardiovascular com a qualidade de vida relacionada com a alimentação (QVA) em idosos a viver em comunidade. **Material e Métodos:** O projeto PRONUTRISENIOR teve lugar na Unidade de Saúde Familiar “Nova Via” (Vila Nova de Gaia, Portugal). Foi aplicado um questionário de forma presencial, a uma amostra de 602 idosos ( $\geq 65$  anos), por nutricionistas treinados. As avaliações antropométricas incluíram: altura e peso (a partir dos quais foi calculado o Índice de Massa Corporal - IMC) e circunferência da cintura. O IMC e o Risco Cardiovascular foram classificados, respetivamente, utilizando os critérios de Lipschitz (1994) e DGS (2005). O Mini Nutritional Assessment® foi utilizado para avaliar o estado nutricional. A QVA foi avaliada pela escala de Grunert et al. (2007). A análise estatística foi realizada utilizando o software IBM SPSS (versão 23.0 para Windows) e um valor de  $P < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados e discussão:** Os participantes tinham uma média de 74 anos de idade ( $dp = 6$ ), sendo a maioria do sexo feminino (64,0%), casados (67,8%) e a viver em casa própria (80,2%). No respeitante à malnutrição, cerca de 65% dos idosos tinha excesso de peso e 27% estava em risco de desnutrição/desnutrido. Mais de 70% das mulheres e 40% dos homens apresentava um risco cardiovascular muito elevado. Verificou-se que quanto maior o risco nutricional menor a QVA mas não se encontraram relações significativas entre a QVA com o estado ponderal ou com o risco cardiovascular. **Conclusão:** A prevalência de malnutrição nesta população é alta, coexistindo elevadas prevalências de excesso de peso e de desnutrição ou risco de desnutrição. O facto de se ter encontrado uma relação entre a QVA com o risco nutricional realça a necessidade da promoção de estratégias de intervenção, quer a nível clínico quer a nível comunitário, para mitigar as conseqüências deste estado na QVA.

\* O projeto PRONUTRISENIOR foi financiado pela Islândia, Liechtenstein e Noruega através do EEA Grants (PT06 – Programa Iniciativas em Saúde Pública, referência 81NU5)

### PO.33

## Relação entre o estado nutricional e a força de preensão palmar no doente oncológico

Francisca Duarte <sup>1</sup> | Telmo Barroso <sup>1</sup> | Rita Talhas <sup>1</sup> | Ana Rita Freire <sup>2</sup> | Anízia Jesus <sup>2</sup> | Ricardo Cotovio <sup>1</sup>

<sup>1</sup> CUF Descobertas Hospital

<sup>2</sup> ESTESL

**Introdução e Objectivos:** A malnutrição é uma das complicações mais comuns nos doentes oncológico, a etiologia desta deve-se a diversos fatores incluindo inflamação sistémica, anorexia, ingestão energética deficitária, depleção de massa muscular/massa gorda e redução da atividade física. A avaliação do estado nutricional nestes doentes é crucial para uma adequada intervenção nutricional. A força de preensão palmar é um indicador validado para avaliar a função muscular. Uma vez que um dos preditores de malnutrição no doente oncológico é a depleção de massa magra a força de preensão palmar é um dos indicadores que reflete o estado nutricional do doente. O questionário PG-SGA (Patient Generated Subjective Global Assessment) é um instrumento validado para avaliar o estado nutricional do doente. Este estudo teve como objetivo relacionar o estado nutricional do doente, através da aplicação do PG-SGA, com a sua força de preensão palmar. **Material e Métodos:** O estudo foi realizado avaliando o estado nutricional de 30 doentes oncológicos. Para avaliação do estado nutricional foi utilizado o PG-SGA, instrumento de avaliação de estado nutricional. Para avaliação da força de preensão palmar utilizou-se o dinamómetro gripSAEHAN®, foram avaliados os dois membros superiores com o braço em flexão fazendo um ângulo de 90°, os doentes foram avaliados sentados e os valores obtidos interpretados através de tabelas de percentis (American Medical Directors Association). O tratamento dos dados obtidos foi realizado com recurso a SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). **Resultados e Discussão:** Um pior estado nutricional avaliado através do PG-SGA parece ter uma relação diretamente proporcional a um percentil inferior de força de preensão palmar. **Conclusões:** A avaliação do estado nutricional e a intervenção nutricional precoce nos doentes oncológicos permite um melhor prognóstico da doença resultando num menor risco de mortalidade e morbilidade.

### PO.34

## Relação entre o Nutritional Risk Screening® (NRS – 2002) e Mini Nutritional Assessment – Short Form® (MNA – SF)

Raquel Murteira Relvas

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

**Introdução:** A Identificação do Risco Nutricional (IRN) é um processo rápido para identificar situações de risco nutricional e permitir uma intervenção nutricional precoce, suportada com a avaliação nutricional, se o doente se encontrar em risco. Deve ser realizada por meio de questionários validados, tais como o Nutritional Risk Screening® (NRS-2002) e o Mini Nutritional Assessment - Short Form® (MNA-SF). O objetivo deste trabalho é identificar e comparar o desempenho e diferenças entre os resultados destes dois questionários de identificação de risco nutricional. **Metodologia:** Aplicou-se o MNA-SF® e NRS-2002® numa amostra de 38 indivíduos de ambos os sexos dos 67 aos 86 anos, em Serviços de Medicina de uma instituição hospitalar da grande lisboa. **Resultados:** Dos 38 utentes analisados, segundo o NRS-2002®, 10 encontravam-se sem risco (26%) e a maioria, correspondente a 27 utentes, estava em risco (74%). Por sua vez, segundo o MNA-SF®, 4 utentes encontravam-se sem risco (10%), 23 em risco de desnutrição (64%) e 11 desnutridos (29%). **Conclusão:** Ambos os questionários são adequados e validados para identificar o risco nutricional nos idosos. Para o idoso fragilizado o rastreio com o MNA-SF® tem maior probabilidade de detetar risco nutricional numa fase inicial, uma vez que foi concebido especificamente para este grupo etário e inclui aspetos físicos e mentais que afetam frequentemente o estado nutricional do idoso com a vantagem de ter um período de aplicação reduzido.

## PO.35

## Utilização da ferramenta FRAIL para avaliação do risco de fragilidade em contexto de farmácia comunitária

Sara Barreirinhas | Dulce Ramos | Priscila Araújo | Maria João Mendes | Sofia Maximiano

HOLON SA

**Introdução:** Cerca de 21,5% da população total portuguesa é constituída por idosos. A idade avançada é um fator de risco indiscutível para a desnutrição e a evidência atual indica que a sarcopenia e a fragilidade estão também aumentadas nos idosos. A avaliação e monitorização do estado nutricional e do risco de fragilidade de idosos é essencial para estabelecer medidas preventivas e terapêuticas. **Objetivos:** 1. Avaliar a prevalência de fragilidade nos participantes de um Rastreo Nutricional, realizado num grupo de farmácias comunitárias; 2. Identificar situações de pré-fragilidade e fragilidade. **Material e Métodos:** Estudo observacional retrospectivo realizado em utentes com idade igual ou superior a 65 anos, através de um rastreio nutricional promovido por 55 farmácias comunitárias. Foram avaliados o peso e o Índice de Massa Corporal (IMC) com recurso a uma balança Omron BF511®, e registados mediante o consentimento do utente. O índice de fragilidade foi avaliado através da ferramenta FRAIL que considera 5 dimensões: fadiga, resistência, locomoção, doenças e percentagem de perda de peso. **Resultados e Discussão:** Entre outubro e dezembro de 2018 foram avaliados 243 idosos, sendo a maioria do sexo feminino (75,3%; n=183) com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos (média de idade de 75,1±6,6). As prevalências de baixo peso (IMC<22 Kg/m<sup>2</sup>) e de sobrepeso (IMC>27 Kg/m<sup>2</sup>) foram de 10,7% (n=26) e 53,5% (n=130) respetivamente e, ambas foram superiores no sexo feminino [80,8% (n=21) apresentaram baixo peso e 77,7% (n=101) sobrepeso]. Relativamente às 5 dimensões analisadas: 35,4% (n=86) apresentou pontuação máxima na dimensão da fadiga; 29,6% (n=72) obteve pontuação máxima na dimensão da resistência e 17,7% (n=43) na dimensão da locomoção; quanto à dimensão de doenças, 24,3% (n=59) referiu ter mais de 5 patologias diagnosticadas e em 15,2% (n=37) verificou-se uma percentagem de peso perdido igual ou superior a 5% nos últimos 6 meses. No score final, mais de 50% da amostra apresentou risco de pré-fragilidade e fragilidade [39,5% (n=96); 18,5% (n=45), respetivamente]. **Conclusão:** Verificou-se neste estudo que mais de metade das pessoas avaliadas apresentou risco de pré-fragilidade e fragilidade nutricional, incidindo sobretudo no sexo feminino.

## PO.36

## Validade do MNA-Full e do MNA-Short Form em prever indicadores de resultado clínico e o benefício da intervenção nutricional: resultados preliminares

Ana Meneses <sup>1</sup> | Cíntia Pinho-Reis <sup>2</sup> | Cláudia Silva <sup>3</sup> | Rita S. Guerra <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências da Saúde (Ciências da Nutrição), Universidade Fernando Pessoa

<sup>2</sup> Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa; Unidade de Cuidados Continuados da Fundação Fernando Pessoa, Gondomar, Portugal

<sup>3</sup> Faculdade de Ciências da Saúde (Ciências da Nutrição), Universidade Fernando Pessoa/FP-ENAS - UFP Energy, Environment and Health Research Unit - CEBIMED, University Fernando Pessoa, Porto, Portugal

<sup>4</sup> Faculdade de Ciências da Saúde (Ciências da Nutrição), Universidade Fernando Pessoa; Unidade de Integração de Sistemas e Processos Automatizados, Instituto de Ciência e Inovação em Engenharia Mecânica e Industrial (UISPA-INEGI/LAETA)

**INTRODUÇÃO:** A frequência da desnutrição nos idosos admitidos em unidades de cuidados continuados (UCC) é elevada, estando associada a piores resultados clínicos. O Mini Nutritional Assessment existe sob duas formas, Full Form (MNA-Full) e Short Form (MNA-SF) e permite o rastreio e o diagnóstico da desnutrição em idosos. Não existem estudos prévios que indiquem a superioridade de umas das ferramentas em prever variáveis de resultado clínico associadas à desnutrição. **OBJETIVO:** Avaliar a validade de ambas as ferramentas em prever indicadores de resultado clínico e o benefício da intervenção nutricional. Pretende-se quantificar a associação entre desnutrição ou risco identificados por ambas as ferramentas com destino de alta, número de diagnósticos e benefício da intervenção nutricional. **METODOLOGIA:** Incluíram-se os doentes com ≥65 anos internados numa UCC de um Hospital-Escola entre Janeiro/2017 e Março/2019. Recolherem-se as informações: sexo, idade, destino de alta, diagnóstico principal, terapia nutricional e pontuações obtidas no MNA-SF e MNA-Full na admissão e na alta/óbito. As variáveis contínuas são apresentadas como mediana e distância interquartil (DIQ) e as categóricas como frequências; recorreu-se a testes de significância apropriados para avaliar diferenças nas características entre os participantes nas categorias do MNA-SF e MNA-Full. **RESULTADOS:** A amostra incluiu 28 participantes (68,9 % mulheres), com 81 (DIQ=26) (min 72); max 93) anos. A patologia mais frequente era doenças do aparelho circulatório (n=22). Na admissão, 14 participantes possuíam avaliações com o MNA-SF e MNA-Full. Na alta, todos os participantes possuíam avaliações com as duas ferramentas. Na admissão, pelo MNA-SF, 1 participante encontrava-

se bem nutrido, 7 em risco e 6 desnutridos; quando avaliados pelo MNA-Full 5 encontravam-se em risco e 9 desnutridos. Na alta, e com o MNA-SF 5 participantes estavam bem nutridos, 12 em risco e 11 desnutridos e com o MNA-Full, 11 estavam em risco e 17 desnutridos. 25 indivíduos apresentavam plano alimentar personalizado e 3 plano alimentar e suplementação. O óbito teve maior prevalência nos participantes em risco ou com desnutrição diagnosticados pelo MNA SF ( $p=0,024$ ). CONCLUSÕES: Um maior número de indivíduos classificados como desnutridos ou em risco pelo MNA-SF faleceram durante o internamento, o que acrescenta evidência científica à sua validade na avaliação do estado nutricional de idosos admitidos em unidades de cuidados continuados.

### PO.37

## Protocolo de nutrição entérica na pessoa em situação crítica: Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Renata Alexandra Cruz Constantino | Anabela Ferraz Marques dos Santos | Sandra Cristina Simões Mateus

Serviço de Medicina Intensiva do CHUC, pólo HUC

**Introdução:** A desnutrição, por vezes subdiagnosticada e subtratada, apresenta prevalência elevada na pessoa em situação crítica, pelos estados hipermetabólico e catabólico intenso, elevado grau de stress (processos cirúrgicos, traumáticos, sépticos, alterações térmicas) e possível oferta nutricional inadequada/insuficiente. O fornecimento inadequado de nutrientes por longos períodos leva ao aumento da morbimortalidade, tempo de internamento e custos. A triagem, primeiro passo para a terapêutica nutricional,

permite identificar rapidamente os indivíduos desnutridos ou em risco nutricional. A NUTRIC é uma ferramenta concebida e validada para quantificar o risco de desnutrição no doente crítico, consistindo na combinação de marcadores de desnutrição, inflamação e índices de gravidade. Para esta tipologia de doentes a NE é a mais recomendada, devendo ser iniciada precocemente. Apesar dos benefícios, é frequentemente limitada pelas complicações associadas. Pretende-se uma terapêutica nutricional eficiente e segura, tendo em vista a redução de complicações e, conseqüentemente, o aumento da qualidade na assistência nutricional. Assim, destaca-se a importância de incorporar um modelo de gestão de qualidade global no cuidado à pessoa com NE que, ao ser implementado sistematicamente, permite identificar e reduzir não conformidades. O principal beneficiário da uniformização e melhoria de práticas, através do uso de protocolos e indicadores de qualidade, é a pessoa. Emerge, assim, a necessidade de elaboração de um projeto de melhoria contínua dos cuidados de qualidade de enfermagem (PMQCCE), que se enquadra no enunciado descritivo “a prevenção de complicações” dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. **Objetivo:** partilhar o PMQCCE neste âmbito. **Material/Métodos:** apresentação e exposição oral do PMQCCE, segundo as etapas de Heather Palmer, metodologia adotada pela instituição. **Conclusões:** Com o PMQCCE, pretendemos promover cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica com NE, com base na deteção precoce e minimização de complicações; atualização do protocolo de acordo com as recomendações recentes e implementação de medidas corretivas/melhoria, de acordo com os resultados de auditorias. A melhoria da qualidade das práticas garante uma nutrição efetiva e segura, com redução dos tratamentos ineficazes e desnecessários, e conseqüentemente dos custos, com um aumento da qualidade de vida, contribuindo para a excelência do cuidar!

Comunicações Orais \_ ASCI | dia 1 e 2 de Abril



## CO.1

### A presença da violência simbólica no cuidado à pessoa idosa em estado crítico

Maria Júlia Carneiro Fernandes

CHBV/Serviço Medicina Intensiva

**INTRODUÇÃO:** Uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) tem como missão preservar a vida e oferecer cuidados especializados de qualidade. Contudo, este espaço pode promover a ocorrência da violência simbólica, definida como uma violência velada, subtil, insensível, que advém de uma relação de submissão e dominação, não sendo reconhecida como tal, pela falsa aparência de algo natural e legítimo<sup>1</sup>. Esta problemática ainda não foi explorada na prática de cuidado à pessoa idosa no contexto de uma UCI, o que justifica a sua valorização. **OBJETIVO GERAL:** Analisar como se constrói a violência simbólica no processo de cuidado à pessoa idosa, no contexto de uma UCI, do Hospital da Região Centro de Portugal. **METODOLOGIA:** Abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, utilizando como método a pesquisa de terreno. **RESULTADOS:** Emergiram seis categorias intimamente relacionadas: desconsideração do estado de consciência e vontade pessoal; normalização da prática de cuidado; comprometimento da atenção devido à intensidade do ritmo de trabalho; ambiente de cuidado agressivo, impessoal e invasivo; comportamentos e ações geradores de violência simbólica; divergências no processo de tomada de decisão em UCI. **DISCUSSÃO:** Percebeu-se que a violência simbólica “doce e mascarada” foi exercida com a cumplicidade daquele que a sofre<sup>2</sup>. Este tipo de violência está presente no mundo social da UCI e as situações que a promovem geram um conjunto de disposições (um habitus), que colocam a pessoa idosa em posição de sujeição e aceitação das práticas impostas pelos profissionais de saúde. Ao incorporar aspetos como os de invisibilidade e naturalidade, a violência simbólica confunde os olhos daqueles que a ela se submetem e dos que a produzem<sup>2</sup>. Assume formas pouco percebidas, subjacentes aos processos de socialização, ao exercício da autoridade, manutenção das normas e rotinas instituídas na UCI, em seu modus operandi. **CONCLUSÃO:** A UCI foco deste estudo destacou-se como um espaço em que se vive o paradoxo entre um ambiente de convívio humano em que se procura desenvolver um cuidado integral à pessoa idosa e a reprodução de uma violência naturalizada, sem eco, nem sempre percebida pelos profissionais de saúde. Apesar de em alguns momentos terem sido identificadas ações e comportamentos geradores de violência simbólica esta foi aceite como um processo intrínseco ao contexto da UCI e permaneceu inconscientemente silenciada no discurso do cuidado e do bem-querer.

## CO.2

### Aférese no tratamento de pancreatite aguda por hipertrigliceridemia grave.

Rita Varudo | Inês Pimenta Rodrigues | Vânia Brito | Antero Vale Fernandes

Hospital Garcia de Orta/Serviço de Medicina Intensiva

**Introdução:** As principais causas de pancreatite aguda (PA) são a litíase biliar e o álcool, sendo as restantes etiologias consideradas raras. A hipertrigliceridemia grave (HTG), definida por um nível sérico de triglicérides (TG) superior a 1000 mg/dL, é responsável por apenas 1-4% dos casos, sendo o risco de PA de aproximadamente 5% em doentes com TG séricos superiores a 1000 mg/dL e 10-20% quando superiores a 2000 mg/dL. Apesar da apresentação clínica não diferir relativamente a outras etiologias, a HTG tem sido associada a formas de PA mais graves e com maior taxa de complicações. Perante a inexistência de orientações específicas para o tratamento, novas estratégias têm sido utilizadas com o intuito de reduzir o nível de TG séricos. **Caso Clínico:** Apresentamos o caso de um homem de 49 anos, com doença bipolar, hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, sem medicação hipoglicemiante ou hipolipemiante instituída, sem história de hábitos etanólicos, com quadro de dor abdominal intensa e de instalação súbita. Analiticamente com leucocitose e elevação da amilase sérica, com descrição de amostra como lipémica. A tomografia computadorizada (TC) mostrava alterações compatíveis com o diagnóstico de PA edematosa. Da investigação etiológica salienta-se a presença de hipercolesterolemia [colesterol total 617 mg/dL, lipoproteína de baixa densidade (LDL) <10 mg/dL], HTG (4831 mg/dL) e mau controlo glicémico (hemoglobina glicada de 8,8%). Assume-se a hipótese de PA por hipertrigliceridemia e em contexto de agravamento clínico e acidose metabólica (anion gap elevado), foi iniciada insulina em perfusão contínua e aférese com albumina como solução de substituição. A reavaliação analítica demonstrou uma redução de cerca de 81% do nível sérico de TG (915 mg/dL). A TC de controlo às 48 horas mostrou a existência de pancreatite edematosa, com coleções líquidas peripancreáticas. Foram realizadas no total 4 sessões de aférese e iniciada terapêutica com fibrato, tendo alta da Unidade de Cuidados Intermédios com TG séricos de 599 mg/dL. **Discussão:** A HTG grave associa-se a morbidade significativa sendo fundamental uma abordagem terapêutica orientada não só para o tratamento da PA como também para a correção da HTG. A aférese tem demonstrado ser uma ferramenta terapêutica útil na PA por HTG, sobretudo no doente crítico, permitindo uma redução rápida dos triglicérides séricos com o intuito de limitar a necrose e inflamação pancreática.

CO.3

## Broncofibroscopia em contexto de Serviço de Urgência: experiência de uma Unidade de Broncologia

Tiago Oliveira | Fernando Guedes

Centro Hospitalar Universitário do Porto - Serviço de Pneumologia

**Introdução e Objetivos:** As broncoscopias urgentes são procedimentos com intento diagnóstico/terapêutico em doentes agudos, nomeadamente por hemoptises, atelectasias, infeções respiratórias e aspiração de corpos estranhos. Este estudo visa rever a casuística das broncofibroscopias(BFC) realizadas por uma Unidade de Broncologia a doentes do Serviço de Urgência(SU): motivo dos exames, achados endoscópicos, técnicas complementares executadas e resultados microbiológicos/anatomopatológicos. **Material e Métodos:** Estudo transversal incluindo 34 BFC realizadas em doentes do SU de um Centro Hospitalar Universitário, entre setembro/2017 e fevereiro/2019(18 meses). **Resultados e Discussão:** Nos doentes examinados verificou-se predomínio de homens(70,6%,n=24), idade mediana de 58 anos(mínimo 39 anos, máximo 90 anos) e hábitos tabágicos atuais/prévios em 64,7%(n=22). Os principais motivos de pedido de BFC foram colheitas profundas por infeção respiratória(47,1%,n=16), hemoptises(20,6%,n=7) e suspeita de neoplasia pulmonar(11,8%,n=4). As alterações radiológicas torácicas predominantes foram vidro despolido(26,5%,n=9), consolidação(14,7%,n=5) e infiltrados pulmonares não consolidativos (14,7%,n=5); ocorreram também atelectasias, cavitações e massas pulmonares. Quanto a achados endoscópicos, observaram-se secreções em 18(52,9%), hemorragia ativa e/ou coágulos em 6(17,6%) e lesões endobrônquicas em 6(17,6%). A nível de técnicas complementares, executaram-se 32(82%) aspirados brônquicos(AB), 20(58,8%) lavados broncoalveolares(LBA), 6(17,6%) biópsias brônquicas e 1 remoção de corpo estranho. Houve 2 AB com isolamento de Mycobacterium tuberculosis; nos restantes não se isolaram agentes(rentabilidade 6,3%). Na microbiologia do LBA, isolaram-se: Pneumocystis jirovecii(n=2), Candida albicans(n=2), Staphylococcus aureus(n=2) e citomegalovírus(n=1)(rentabilidade 30%). Dos 9 LBA que seguiram para imunologia, predominaram alveolites neutrofílicas(44,4%,n=4).

Dos 6 doentes com lesão endobrônquica, 3(50%) tiveram biópsias diagnósticas de neoplasia pulmonar.

**Conclusões:** Na nossa instituição, a realização de colheitas microbiológicas profundas por infeções respiratórias é a principal indicação para BFC no SU, pese a baixa rentabilidade global da análise microbiológica. Na presente casuística, a considerar a indisponibilidade de Broncologia de Prevenção 24h/dia e de broncoscopia rígida na nossa instituição, que no futuro poderão ampliar o acesso à Broncologia em doentes urgentes.

CO.4

## Criptococose disseminada, strongiloidíase e tuberculose pulmonar como forma de apresentação de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana

Rita Varudo | Inês Pimenta Rodrigues | Vânia Brito | Antero Vale Fernandes

Hospital Garcia de Orta/Serviço de Medicina Intensiva

**Introdução:** As infeções oportunistas associadas ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) surgem na sequência da imunossupressão em estadios avançados da infeção VIH, sobretudo em doentes sem tratamento. A criptococose e tuberculose são infeções oportunistas frequentes, mas a infeção por Strongyloides stercoralis e, sobretudo, a co-infeção pelos três agentes, como forma de apresentação de infeção VIH, são incomuns. **Caso Clínico:** Apresentamos o caso de um homem de 28 anos, comportamento sexual de risco, admitido por quadro de dor abdominal e obstipação, com semanas de evolução, associado a febre e cefaleia. À admissão apresentava-se febril, com dor abdominal intensa, sem alterações no exame neurológico, nomeadamente sinais meníngeos. Analiticamente evidenciava leucopenia e serologia VIH positiva (CD4 50 céls/mm<sup>3</sup>). A tomografia computadorizada mostrou adenopatias lombo-aórticas e mesentéricas, sem outras alterações significativas. Internado com o diagnóstico de infeção VIH de novo e febre de etiologia a esclarecer. Da investigação realizada salienta-se isolamento de Cryptococcus neoformans em hemoculturas e líquido cefalorraquideo (LCR), tendo iniciado anfotericina B lipossómica. Posteriormente verificou-se agravamento significativo com pancitopenia, hipoxemia, lesão renal e hepatocelular agudas, tendo sido transferido para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e iniciada antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam, cotrimoxazol e corticoterapia. O exame anatomopatológico de gânglio cervical excisado mostrou presença de Cryptococcus. Evoluiu para falência multiorgânica com necessidade de terapêutica de substituição renal e ventilação invasiva por ARDS grave. Após término de antibioterapia verifica-se recrudescimento de febre, com PCR para Mycobacterium tuberculosis positiva em lavado bronco-alveolar (negativa no gânglio, LCR e sangue medular) e serologia de Strongyloides stercoralis positiva, tendo iniciado terapêutica antibacilar e ivermectina. Monitorizada evolução de criptococose através dos títulos de antígeno (Ag) criptocócico em LCR, verificando-se diminuição progressiva do mesmo. Após 42 dias de internamento o doente teve alta do SMI. **Conclusão:** Não obstante o forte investimento na prevenção e rastreio, continuam a verificar-se elevadas proporções de diagnósticos tardios, com formas de apresentação clínica exuberantes, sendo necessário um elevado grau de suspeição para o diagnóstico de infeções oportunistas menos frequentes.

## CO.5

### Falência Hepática secundária a abscessos hepáticos piogénicos

Inês Pimenta Rodrigues | Rita Varudo; Sara Lança | Antero Vale Fernandes

Hospital Garcia de Orta/Serviço de Medicina Intensiva

**Introdução:** Os abscessos hepáticos são uma patologia rara, com uma incidência estimada 3.6/100.000 pessoas nos países desenvolvidos com aumento nos últimos 30 anos. Afetam principalmente homens, entre os 30-40 anos de idade, diabéticos e imunodeprimidos e caracterizam-se por clínica inespecífica sendo necessário um elevado nível de suspeição para o diagnóstico. A sua etiologia tem-se vindo a alterar, sendo que, os abscessos de origem criptogénica são cada vez mais frequentes, constituindo atualmente cerca de 20% do total. **Descrição do caso:** Homem de 39 anos, saudável com história de alergia grave à penicilina e sem epidemiologia relevante foi internado por febre com uma semana de evolução, dor abdominal, mialgias, diarreia e, nos dois dias prévios à admissão, icterícia e colúria. À entrada apresentava-se com discurso lentificado, icterício, abdómen distendido e difusamente doloroso à palpação. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios, lesão renal e hiperbilirrubinémia conjugada. Para esclarecimento realizou TC abdominal que revelou múltiplas formações hipodensas, confluentes no parênquima hepático, a maior com 6cm, com captação periférica de contraste, sugestivas de metástases ou abscessos. Evoluiu em choque séptico e insuficiência hepática com sinais de encefalopatia grau IV, coagulopatia e necessidade de suporte vasopressor, ventilatório e hemodiálise. Iniciou precocemente antibioterapia com aztreonam, ciprofloxacina e metronidazol devido à alergia à penicilina e realizou-se drenagem cirúrgica das coleções. Nas hemoculturas e pús colhido intra-operatoriamente isolou-se um *Streptococcus intermedius* sendo alterada a antibioterapia para vancomicina. Apesar da antibioterapia dirigida e tentativa de controlo de foco infeccioso com duas intervenções cirúrgicas, o doente evoluiu com falência multiorgânica e faleceu ao 36º dia de internamento. **Discussão:** Apesar da maioria dos abscessos hepáticos se apresentar com um quadro clínico inespecífico, neste caso observámos uma apresentação dramática com evolução rápida para um quadro de insuficiência hepática fulminante e choque séptico em doente imunocompetente e sem fatores de risco. Pela elevada prevalência de espécies de *Streptococcus* e bactérias gram-negativas nos isolamentos dos abscessos hepáticos é fundamental o início precoce de antibioterapia combinada com o controlo de foco por drenagem percutânea ou drenagem cirúrgica, em casos selecionados.

## CO.6

### Fasceíte necrotizante - a importância da abordagem em Cuidados Intensivos, a propósito de um caso clínico

Vítor Hugo Costa | Tiago Mendes | João Pais | Rogério Corga da Silva | Pedro Moura ;| José Caldeiro

ULSAM/UCI

Fasceíte necrotizante é uma infeção rapidamente progressiva, com necrose secundária dos tecidos subcutâneos. A presença de microorganismos produtores de gás confere o ar classicamente descrito no tecido subcutâneo. O aumento de casos está em relação com um crescente número de doentes imunossuprimidos (diabetes, alcoolismo, neoplasia, insuficiências vasculares, transplantes, HIV e/ou neutropenia). Sendo das apresentações mais graves das infeções dos tecidos moles, a sua correcta abordagem comporta uma crucial intervenção multidisciplinar com precoce controlo de foco (abordagem cirúrgica), e de suporte de Cuidados Intensivos. Apresenta-se doente de 68 anos, género feminino, com cirrose biliar primária, obesa e com trombocitose essencial. Traumatismo do joelho esquerdo 11 dias antes. Avaliação médica (medicada com AINEs) e 8 dias depois (medicada com antibioterapia). Admitida no SU por edema de agravamento progressivo do membro inferior esquerdo, com ruptura de flictena e sinais inflamatórios. Escalada antibioterapia (carbapenem). Por agravamento clínico, ativada Equipa Emergência Intra-hospitalar (EEMI), assegurada por elementos dos Cuidados Intensivos, com transferência subsequente para essa Unidade (ao 2º dia). TC documenta extensa celulite/miosite. Evolução com falência cardiovascular, respiratória, renal e hematológica. Necessidade de suporte ventilatório, vasopressor e técnica de substituição renal. Submetida a fasciotomia ao 2º dia de UCI e 9 dias depois. Complicação de doses elevadas de noradrenalina com necrose dos dedos dos pés. Apesar de dúvidas, decidido cancelar amputação do membro e aplicação de penso de vácuo. Evolução lenta mas favorável, com resolução do quadro infeccioso. O presente caso destaca-se por ilustrar a complexidade de uma fasceíte necrotizante, alertando a importância do reconhecimento precoce, com evolução surpreendentemente favorável. Especialmente enriquecedor o registo fotográfico das lesões.

CO.7

## Hemostatic assessment in cardiogenic shock

Helder Santos | Tatiana Vieira | Joana Fernandes | Ricardo Pinto | Tânia Proença | Ana Rita | Margarida Rios | Teresa Honrado

Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.

Background: Cardiogenic shock (CS) remains the major cause of mortality in acute coronary syndrome. Some studies suggest that patients in shock have higher levels of nitric oxide, a known platelet aggregation inhibitor, that can influence the coagulation profile (CP) in CS. Objective: Evaluate and compare the hemostatic response between CS and ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) without CS, as well as between STEMI and non-ST segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) presentation in CS patients. Methods: Single-centre retrospective study from a tertiary hospital, engaging patients hospitalized for CS and STEMI between 1/01/2014-30/10/2018. All patients' epidemiological and clinical data were extracted at the admission. From 214 patients admitted for CS, just 103 are included for had CP performed and none of them was on anticoagulation therapy. Chi-square test, T-student and Mann-Whitney U tests were used to compare categorical and continuous variables. Multiple linear regression analysis was performed to evaluate CP at admission, namely, platelet count (Pc), prothrombin time (PT), activated partial thromboplastin time (aPTT) and fibrinogen (Fi), was a predictor of mortality. Results: CS patients have a mean age of  $62.63 \pm 12.74$  and 76.7% are male. CS had higher prevalence of cardiovascular risk factors, except for smokers (44.7% vs 58.1% in STEMI,  $p=0.131$ ), higher daily cardiovascular medications, and presented at admission more cardiac arrest (77.7% vs 51.6%,  $p=0.005$ ) and mortality rates (49.5% vs 9.7%,  $p<0.001$ ) regarding non-CS STEMI (34 patients). CS presented higher values of Pc ( $230 \pm 80$  vs  $221 \pm 84$ ,  $p=0.677$ ), aPTT ( $28.10 \pm 5.90$  vs  $27.4 \pm 4.90$ ,  $p=0.287$ ) and TP ( $13.35 \pm 1.80$  vs  $12.50 \pm 1.50$ ,  $p=0.850$ ), and lower values of Fi ( $300 \pm 94$  vs  $309 \pm 65$ ,  $p=0.850$ ), but these findings are not significant. CP did not prove to be a predictor of mortality on CS,  $p=0.347$ . Among CS patients, NSTEMI had more prevalence of arterial hypertension (70.6% vs 47.8%,  $p=0.037$ ) and dyslipidemia (64.7% vs 42.0%  $p=0.038$ ). CP (Pc  $213 \pm 93$  vs  $227 \pm 83$ ,  $p=0.290$ ; aPTT  $30.95 \pm 8.80$  vs  $28.20 \pm 5.80$ ,  $p=0.241$ ; TP  $14.05 \pm 2.60$  vs  $13.20 \pm 1.80$ ,  $p=0.078$ ; and Fi values  $307 \pm 115$  vs  $300 \pm 89$ ,  $p=0.844$ ) had no significant differences between NSTEMI and STEMI, respectively, in CS patients and were not associated with mortality rates ( $p=0.687$ ). Conclusions: CS patients had the same hemostatic response compared to STEMI patients and our study suggests that CP at admission is not a mortality predictor in CS.

CO.8

## Mortality predictors in cardiogenic shock and cardiac arrest

Helder Santos | Tatiana Vieira | Joana Fernandes | Ricardo Pinto | Tânia Proença | Ana Rita | Margarida Rios | Teresa Honrado

Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E., Medicina Intensiva

Introduction: Cardiac arrest (CA) in cardiogenic shock (CS) is associated with worse prognosis, not just because the elevated mortality rates of CS but also because CA can affect other vital organs and cause irreversible damages. Objective: Evaluate the impact of cardiovascular previous history, clinical signs and diagnosis procedures at admission as predictors of mortality in CS and if the same variables can predict CA in CS patients. Methods: Single-centre retrospective study, engaging patients hospitalized for CS between 1/01/2014-30/10/2018. From 214 patients, 177 in CS are included. Chi-square test, T-student test and Mann-Whitney U test were used to compare categorical and continuous variables. Multiple linear regression analysis was performed to evaluate mortality predictors of CS. Linear regression was used in CA patients to establish the relation between the variables and the CA occurrence. Results: CS patients had a mean age of  $62.43 \pm 13.98$  years and 78.5% were male. Regarding CS mortality, multiple linear regression, reveal arterial hypertension and moderate alcohol consumption as the best predictors, with an  $R^2$  0.081. CS that suffer CA (124 patients) had a mean age of  $58.58 \pm 12.50$  years, 81.5% were male, had a similar prevalence of cardiovascular risk factors, but less previous history of acute coronary syndrome (16.7% vs 37.7%,  $p=0.002$ ) compared to non-CA patients. Cardiovascular medication was more prevalent on non-CA, namely BB (42.0% vs 23.1%,  $p=0.013$ ), ACE inhibitors (59.2% vs 41.0%,  $p=0.004$ ) and platelet antiaggregant (42.0% vs 23.1%,  $p=0.013$ ). Regarding blood work at admission, no significant differences to report, except for higher values of C reactive protein in non-CA patients ( $13.3 \pm 46.7$  vs  $2.7 \pm 5.5$ ,  $p<0.001$ ). CA patients had less time until coronary angiography procedure ( $2.50 \pm 2.13$  vs  $5.00 \pm 5.75$  hours,  $p<0.001$ ), but higher left ventricular ejection fraction ( $35.0 \pm 20.0$  vs  $25.0 \pm 12.5$ ,  $p<0.001$ ). Respect to all causes of mortality, no differences between CA and non-CA (50.0% vs 41.5%,  $p=0.300$ ), however, if considered only brain death, CA had a significant higher prevalence (28.2% vs 5.7%,  $p=0.001$ ). Culprit lesion are the best predictor of CA in CS patients ( $R^2$  0.113). Conclusions: Arterial hypertension and moderate alcohol consumption are the best predictors of all causes of mortality in CS. Culprit lesion is the best predictor of CA in CS patients. CA was not associated with higher cardiac mortality rates, but produce more brain deaths.

## CO.9

### Mortality predictors, in the first 24 hours, in patients admitted in Non-cardiac ICU with cardiogenic shock

Hugo Miranda | Igor Milet | Isabel Militão | Néelson Barros | Hélder Leite | Francisco Esteves

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introduction: Cardiogenic shock (CS) is a state of critical end-organ hypoperfusion due to primary cardiac dysfunction. Most epidemiological data for CS focus on patients with acute myocardial infarction managed in intensive care units (ICUs) of cardiology departments. Little is known about the most severe forms of CS, with multi-organ failure, managed in general ICUs. Objectives: Identify main predictors of mortality, in the first 24h of cardiogenic shock, and evaluate their impact in the outcome. Methods: Retrospective analysis of patients (P) admitted in our ICU, with confirmed diagnosis of CS, within a period of 5 years (January 2012- December 2016). We analyzed common epidemiological variables, evolution during ICU stay, established therapeutics and outcome. Results: 90 P were included. The mean age of the population was  $69,59 \pm 12,23$  years, with a predominance of males (56,7%). Majority of P coming from the Emergency Room (45,6%) and 26,7% presenting cardiopulmonary arrest at admission. Admission SOFA of  $10,39 \pm 3,19$ . The main cause of CS (defined by clinical and echo evaluation) was non-ischemic (66,7%). In 27,8% of P the presence of mixed shock was verified. 68,9% needed mechanical invasive ventilation in the first 24h. Maximum PEEP of  $8,22 \pm 2,76$  and median weaning of 3 days during ICU stay, respectively. PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ratio and lactates at admission of 178,5 and 2,85, respectively. All the patients needed aminergic support. 34,4% needed renal replacement therapy. At discharge, the patients presented median ICU stay of 5 days with SOFA, APACHE II and SAPS II of  $7,6 \pm 5,06$ , 24,5 and  $56,61 \pm 19,71$ , respectively. Hospital mortality of 45,6%. We found a statistically significant association between outcome and: admission SOFA ( $p=0,006$ ), APACHE II ( $p<0,001$ ), etiology ( $p=0,024$ ) and variation (V) of lactates in the first 24h ( $p=0,027$ ). We also point out that after applying a logistic regression, only APACHE II (OR: 1,12; IC95%: ,049-1,196) and V24h lactates (OR 0,811; IC95%: 0,672-0,979) had relevant prediction power. Conclusion: CS requires rapid diagnosis and appropriate therapy to have a positive influence on the outcome. In our study, we found that APACHE II and V24h lactates were the best predictors of mortality.

## CO.10

### O controlo da dor em doentes pós-cirúrgicos admitidos no serviço de medicina intensiva, segundo os valores do analgesia nocicep index (ani) - uma autonomia de enfermagem.

Olinda Oliveira | Alexandra Ferreira | Lina Ribeiro | Cristina Pinto | Estevão Lafuente

CHTS-UPA- SMI nível III

Introdução: A dor é um evento comum nos doentes em unidades de cuidados intensivos. A escala comportamental de dor (ECD) fornece níveis aceitáveis de validade e confiabilidade, e está recomendada no rastreio da dor em doentes críticos colaborantes. Mesmo assim, avalia apenas a componente física da dor, e não determina o nível de ansiedade e desconforto. A monitorização não invasiva Analgesia Nocicep on Index (ANI) é um sistema de monitorização da atividade do parassimpático e vários estudos têm mostrado que este índice reflete a resposta do sistema parassimpático a eventos nociceptivos durante um estímulo doloroso. Encontra-se validado para doentes sob anestesia geral no intraoperatório, estando definido que um ANI entre 50 e 70 prevê uma analgesia adequada. Objetivos: Pretendemos validar um protocolo de analgesia em regime de autonomia, utilizando bólus de fentanilo e a monitorização ANI em doentes pós-cirúrgicos. Material e Métodos: Estudo mecanicista observacional prospectivo, não randomizado e não controlado. Incluíram-se os doentes cirúrgicos admitidos ventilados e sedados com RASS ? - 3. Antes de se iniciar os cuidados de enfermagem em cada turno (cuidados de higiene, posicionamento, aspiração de secreções, e realização de pensos), foi administrado 0,05 mg de fentanilo se valores de ANI  $<50$ . Os valores do ANI (instantâneo e médio) foram continuamente gravados e assinalados durante os procedimentos bem como os bólus de fentanilo administrados. A idade, sexo, motivo de admissão; o SAPS II, o NEMS, tempo de internamento e resultado foram registados. Resultados: Dos 62 doentes incluídos no estudo, 65% eram do sexo masculino e tinham uma idade média de  $58,5 \pm 18,5$  anos. A demora média de internamento foi de  $5,1 \pm 7,2$  dias, e todos os doentes estiveram sedados com propofol e analgesia trimodal (56%) ou bimodal. 69 dos registos foram referentes ao posicionamento, 37 à aspiração de secreções, 44 aos cuidados de higiene e 15 à realização de pensos. Em geral uma dose de fentanilo foi suficiente para controlar a dor e o desconforto durante a prestação dos cuidados. Nos posicionamentos, 72% dos doentes apresentaram descida do valor do ANI e foi necessária a administração de fentanilo. 84% na aspiração de secreções; 82% cuidados de higiene e 73% na realização de pensos. Não registamos efeitos adversos. Conclusão: O ANI mostrou-se eficaz na monitorização e avaliação da dor e desconforto, permitiu validar a autonomia, tem como limitação amostra pequena.

CO.11

## Púrpura fulminante secundária a Meningite Pneumocócica

Rita Varudo | Inês Pimenta Rodrigues | Vânia Brito | Antero Vale Fernandes

Hospital Garcia de Orta/Serviço de Medicina Intensiva

**Introdução:** A púrpura fulminans é um distúrbio dermatológico raro, caracterizado por necrose cutânea hemorrágica rapidamente progressiva, devido a trombose vascular associada a coagulação intravascular disseminada (CID). A evolução para falência multiorgânica é frequente, associando-se, portanto, a elevada mortalidade. Pode ocorrer na apresentação inicial de uma infeção aguda grave, na maioria destes casos estando associada a sepsis meningocócica; raramente pode ocorrer como manifestação inicial da sepsis provocada por outros microrganismos, como o *Streptococcus pneumoniae*. **Caso Clínico:** Apresentamos o caso de um homem de 45 anos, autónomo, com antecedentes de infeção crónica VIH-1 e esplenectomia pós traumática, admitido no serviço de urgência, após ter sido encontrado caído na via pública. À admissão apresentava depressão do estado de consciência, polipneia e rash equimótico, predominantemente nos membros inferiores e região genital. Analiticamente apresentava elevação da proteína C reativa e alterações da coagulação. Realizado rastreio séptico com resultado preliminar de evidência de diplococos Gram-negativos em líquido cefalorraquidiano, assumindo-se como muito provável uma meningite pneumocócica, pelo que foi iniciada antibioterapia dirigida e dexametasona, sendo posteriormente confirmado o diagnóstico. Verificou-se rápida progressão e coalescência das lesões purpúricas com extensão aos membros superiores e face, isquemia das extremidades e disfunção multiorgânica com necessidade de suporte vasopressor, ventilatório e renal, consistente com púrpura fulminans. Ao terceiro dia de internamento verificou-se agravamento do estado neurológico, com evidência de zona de enfarte agudo e edema cerebral difuso, sugestivo de lesão hipóxico-isquémica, acabando o doente por falecer. **Discussão:** O caso apresentado salienta a importância de um elevado índice de suspeição clínica para uma causa infecciosa menos provável, associada a CID, manifestando-se com rash equimótico rapidamente progressivo e possíveis complicações associadas. A púrpura fulminans é um diagnóstico clínico, que requer reconhecimento precoce e tratamento empírico imediato, especialmente em doentes com deterioração progressiva do estado neurológico e com fatores de risco.

CO.12

## Risco nutricional no utente cirúrgico: implementação de um programa de rastreio nutricional

Igor Pinto | Ana Paula Camilo | Diana Oliveira | Francisca Jesus | Natalia Tocino | Sara Carapeto | Luis Pacheco

ULS Matosinhos/Cirurgia C

Na Europa estima-se que cerca de 20 a 60% dos utentes hospitalizados estão desnutridos ou em risco nutricional no momento da admissão. A maioria destes tende a piorar o seu estado nutricional durante o período de internamento, sendo um dos fatores a falta de reconhecimento da desnutrição por parte da equipa multidisciplinar. **Objetivo:** Conhecer a efetividade da implementação de um programa de rastreio nutricional no momento da admissão num serviço de cirurgia e conhecer a incidência do risco nutricional nos utentes admitidos num serviço de cirurgia. **Metodologia:** Estudo descritivo de análise dos registos de enfermagem de 2016 e de 2018 de um serviço de cirurgia de um hospital do norte do país. Em Junho de 2016 foi implementado um programa de rastreio nutricional em contexto hospitalar, contemplando uma abordagem multidisciplinar recorrendo ao instrumento de rastreio nutricional NRS2002. A avaliação inicial da escala é realizada pelo enfermeiro, sendo gerado um score: quando é 0, o utente fica com vigilância do Índice de Massa Corporal de 7 em 7 dias. Quando é maior ou igual a 1 gera um alerta automático para o médico e para o nutricionista, sendo completado o rastreio final da NRS2002 pelo nutricionista. De acordo com o score final obtido com a avaliação do nutricionista, é elaborado um plano nutricional em colaboração com o médico e o enfermeiro. **Resultados:** De Junho de 2016 a dez de 2016 foram admitidos no serviço de cirurgia 695 utentes, tendo sido incluídos no programa de rastreio nutricional 99,2% dos utentes. Destes, 39,3% foram identificados com risco nutricional no momento da admissão. No ano de 2018 foram admitidos no serviço de cirurgia 1120 utentes, tendo sido incluídos no programa de rastreio nutricional 100% dos utentes, dos quais 31,9% foram sinalizados com risco nutricional. **Discussão:** A implementação de um programa de rastreio nutricional permitiu identificar os utentes com risco de desnutrição, despertando a equipa disciplinar para a necessidade de intervenção e prevenção ou deteção precoce da desnutrição. A incidência de risco nutricional no momento da admissão é equiparável à literatura de referência, sugerindo a importância de uma sistematização do rastreio nutricional no momento da admissão. **Conclusão:** O rastreio nutricional realizado ao utente cirúrgico no momento de admissão deve ser um processo sistematizado e de rotina, sendo a sua concretização facilitada pelos sistemas de informação e pela intervenção multidisciplinar.

## “E depois da alta do Serviço de Medicina Intensiva? – Uma experiência de Follow-Up durante o internamento”.

Liliana Fontes| Paulo Costa

Centro Hospitalar e Universitário de São João, E.P.E.

Introdução: Os hospitais têm vivenciado uma necessidade crescente de resposta na área da medicina intensiva. O aumento das doenças crónicas e da sua complexidade, o envelhecimento populacional, os avanços na tecnologia e as opções de tratamento são fatores que contribuem para esta realidade. A criação do papel do “Enfermeiro de Ligação em Medicina Intensiva” (ELMI), pode funcionar como uma estratégia de gestão dos serviços, apoiando a transição dos utentes entre as unidades de cuidados de nível III/II e de nível I. O ELMI funciona como uma ponte entre o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e os restantes serviços, facilitando o fluxo de utentes entre os mesmos, acompanhando a evolução clínica ao longo do internamento e contribuindo para a continuidade de cuidados. Objetivos: Planeamento da alta do utente do SMI; Identificar doentes em risco de agravamento do estado clínico na enfermaria; Apoiar o utente/família/cuidadores na transição para a comunidade. Material e Métodos: Diariamente as unidades do SMI referenciam ao ELMI os utentes que beneficiam de acompanhamento na enfermaria. O ELMI visita os utentes nas primeiras 24-48h do SMI avaliando as suas necessidades e planeando as próximas visitas. Os utentes são referenciados à equipa multidisciplinar, segundo os resultados obtidos. Resultados e Discussão: Durante o ano de 2017 foram avaliados no SMI 536 utentes (716 em 2018), sendo acompanhados na enfermaria 494 (683 em 2018). Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes à saída do SMI são: Padrão Respiratório comprometido; Padrão Alimentar alterado; Eliminação Urinária comprometida; Ferida Cirúrgica; Sono/Repouso comprometido; Atividade Psicomotora comprometida; Ansiedade/Depressão. Conclusões: Alterações no padrão respiratório ou no padrão alimentar poderão ser percussores de uma deterioração rápida no estado de saúde do utente, outros focos de atenção como o sono/repouso, atividade psicomotora e ansiedade/depressão poderão trazer consequências quer no aumento do tempo de internamento, quer nas morbilidades associadas e dificuldade na reintegração na sociedade, diminuindo consideravelmente a qualidade de vida da pessoa e da família.

Posterres \_ ASCI | dia 1 e 2 de Abril



## Anemia hemolítica auto-imune catastrófica na gravidez

Inês Pimenta Rodrigues | Rita Varudo | Sara Lança | Antero Vale Fernandes

Hospital Garcia de Orta/Serviço de Medicina Intensiva

**Introdução:** A anemia hemolítica auto-imune (AHA) caracteriza-se por presença de auto-anticorpos contra eritrócitos, sendo que a gravidez está associada a um aumento da auto-imunização contra eritrócitos que por vezes não está associada a anemia ou ocorre anemia hemolítica ligeira que resolve após o parto. **Descrição do caso:** Mulher de 30 anos, grávida de 21 semanas, diabética tipo 1 com mau controlo metabólico, com vários episódios de cetoacidose diabética e complicações macro e microvasculares nomeadamente doença renal crónica estadio III. Internada por náuseas e vômitos em contexto de descompensação diabética. Ao longo do internamento iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam (PT) por cistite a *Pseudomonas aeruginosa*. Após 4 dias de terapêutica com PT verificou-se elevação das transaminases, anemia agudizada e trombocitopenia ligeiras sem necessidade de transfusão em provável relação com antibioterapia, com melhoria após suspensão do fármaco. Cerca de uma semana depois, iniciou febre em contexto de pielonefrite aguda tendo iniciado novamente antibioterapia com PT. Evoluiu em algumas horas para quadro hipotensão com queda acentuada de hemoglobina para 2g/dL com necessidade de ventilação invasiva, suporte transfusional e suporte aminérgico, sendo admitida na unidade de cuidados intensivos (UCI). Foi excluída hemorragia intra-abdominal em exame de imagem e admitiu-se anemia aguda em contexto de hemólise de provável etiologia autoimune (teste de coombs positivo) associada a quadro de coagulação intravascular disseminada. Alterou-se antibioterapia para ceftazidima, iniciou corticoterapia sistémica e imunoglobulina endovenosa. Apesar destas medidas, verificou-se agravamento hemodinâmico nas horas seguinte com fraca resposta ao suporte aminérgico com vários episódios de paragem cardiorrespiratória e acabou por falecer no 1º dia de internamento na UCI. **Discussão:** Apesar da incidência da AHA estar aumentada nas grávidas (cerca de 4 vezes mais frequente em relação à população em geral) é rara uma evolução fatal como no caso descrito. A corticoterapia é primeira linha de terapêutica e é eficaz em cerca de 70% dos casos. Tendo em conta a relação temporal entre a anemia e a antibioterapia com PT e o potencial deste fármaco para induzir produção de auto-anticorpos, admitiu-se ser esta a causa secundária da AHA.

## Benefícios dos cuidados de higiene oral em doentes ventilados internados em cuidados intensivos: revisão integrativa da literatura

Beatriz Barata <sup>1</sup> | Ana Azevedo <sup>1</sup> | Anabela Araújo <sup>1</sup> | Catarina Araújo <sup>1</sup> | Tiago Cruz <sup>1</sup> | João Lindo Simões <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde – Universidade de Aveiro

<sup>2</sup> Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde – Universidade de Aveiro

**INTRODUÇÃO:** No doente crítico a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) é uma intervenção muito utilizada que acarreta vários benefícios, bem como complicações. Os cuidados de higiene oral permitem diminuir as complicações da VMI e proporcionam conforto ao doente (Wakiuchi, Papa, & Fontes, 2014). Assim, a questão de investigação para a presente Revisão Integrativa da Literatura é: “Quais os benefícios dos cuidados de higiene oral em doentes ventilados internados em UCI?”. **OBJETIVOS:** Os objetivos da revisão são: identificar e analisar os benefícios dos cuidados de higiene oral no doente adulto ventilado, as consequências e os riscos associados à má higiene oral e a relação entre os cuidados de higiene oral e a prevenção de complicações da VMI. **MATERIAL E MÉTODOS:** Para a realização desta revisão, iniciou-se por uma pesquisa nas bases de dados digitais (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Biblioteca Virtual em Saúde, Pubmed e Biblioteca do Conhecimento Online) utilizando os descritores: Cuidados intensivos; Higiene bucal; Ventilação Mecânica, da qual resultaram 202 artigos iniciais. De seguida, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão e realizada uma avaliação da qualidade através da Standard Quality Assessment Criteria (Kmet, Lee & Cook, 2004) resultando em 7 artigos finais. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os artigos incluídos neste estudo descrevem o impacto da VMI na higiene oral e os métodos utilizados para reduzir a incidência de complicações. Alguns artigos descrevem a deterioração da cavidade oral durante o período de VMI (com melhoria acentuada até 48h após extubação) e a redução de microrganismos na cavidade oral através do uso do gluconato de clorhexidina. Outros descrevem a aplicação de medidas preventivas de PAV, sendo que os cuidados de higiene oral diários diminuem em 58,45% a sua incidência. Neste tema, alguns autores vão mais longe e avaliam a aplicação de um bundle preventivo de PAV que inclui um protocolo de higiene oral, com uma redução percentual da PAV. **CONCLUSÕES:** Os artigos analisados concordam que a VMI tem repercussões na higiene oral e sistémica do doente e que a aplicação de estratégias como o uso do gluconato de clorhexidina diminuem a incidência de complicações. As vantagens da higiene oral são a diminuição dos microrganismos presentes na cavidade oral e a diminuição da incidência de complicações que se traduz na diminuição do tempo de VMI e em ganhos em saúde para o doente e para a instituição prestadora de cuidados.

PO.3

## Bolha gigante de enfisema em mulher jovem

Margarida Costa e Silva | Daniel Reis | Ana Oliveira

Centro Hospitalar e Universitário de São João

**Introdução:** Bolha enfisematosa é definida como um espaço aéreo no parênquima pulmonar medindo mais de 1 cm de diâmetro e com espessura de parede inferior a 1 mm; tipicamente deve-se à destruição enfisematosa do parênquima pulmonar. As bolhas são mais frequentes em fumadores e habitualmente localizam-se nos vértices pulmonares, e à direita. As complicações incluem rutura, com consequente pneumotórax, infecção e, raramente, transformação neoplásica (nomeadamente adenocarcinoma). À exceção da deficiência de alfa1-antitripsina, algumas causas de enfisema bolhoso no jovem continuam desconhecidas. **Descrição:** Mulher de 31 anos de idade, com antecedentes de asma atópica, psicose e história de internamento prévio por pneumonia adquirida na comunidade em 2014. Fumadora (12 UMA). Recorreu ao serviço de urgência por episódio de síncope. Sem dispneia, toracalgia, hemoptises, palpitações, episódios prévios semelhantes ou outras queixas. Sem história de infeções de repetição. Nega hábitos alcoólicos ou consumo de outras drogas. Exame objectivo sem alterações, exceto a diminuição global do murmúrio vesicular. Analiticamente sem alterações de relevo. Serologia VIH negativa e doseamento de alfa1-antitripsina normal. Electrocardiograma sem alterações. Realizou Angio-TC que evidenciou: “enfisema bolhoso nos lobos superiores, particularmente à direita onde se observa volumosa bolha com pelo menos cerca de 127 mm de maior eixo axial”. As provas funcionais respiratórias demonstraram alteração ventilatória mista moderadamente grave, que melhora significativamente após broncodilatador inalado, e defeito da difusão (FEV1 57%; DLCO-SB 45%). Prova da marcha não realizada por taquicardia basal (FC 137 bpm). Foi iniciada terapêutica com ICS/LABA e encaminhada para consulta de Cirurgia Cardiorácica para avaliação da possibilidade de ressecção cirúrgica. **Conclusão:** Enfisema bolhoso gigante é aquele onde as bolhas ocupam pelo menos 1/3 do hemitórax. Uma bolha de grande dimensão pode mimetizar um pneumotórax, conduzindo-nos a uma decisão terapêutica errada, com prejuízo para o doente. Bolha pulmonar constitui um verdadeiro espaço morto. A tendência de crescimento da bolha ao longo do tempo conduz a um agravamento progressivo da função pulmonar, dos sintomas e à compressão/colapso de áreas pulmonares adjacentes. A cirurgia de redução de volume pulmonar pode melhorar significativamente a função respiratória, a troca de gases e reduzir a dispneia, justificando-se em diversas instâncias.

PO.4

## Caracterização microbiológica numa Unidade de Cuidados Intensivos

Eunice Dias <sup>1</sup> | Margarida Gaudêncio <sup>2</sup> | Vânia Junqueira <sup>3</sup> | Sofia Beirão <sup>4</sup> | Paulo Martins <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pneumologia B do Centro Hospitalar e Univ. de Coimbra;

<sup>2</sup> Serviço de Medicina Interna do Hospital Distrital da Figueira da Foz;

<sup>3</sup> Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Oeste

<sup>4</sup> Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hosp. e Univ. de Coimbra

**INTRODUÇÃO:** As infeções são uma causa importante de admissão de doentes em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e também uma das complicações mais comuns que levam ao prolongamento do internamento. A incidência de infeção à admissão varia com o tipo de Unidade, sendo superior nas unidades médicas. O perfil microbiológico das infeções nas UCI diferem bastante daquele encontrado nas enfermarias, assim como o antibiograma. **OBJETIVO:** Identificar os diagnósticos de admissão mais frequentes, comorbilidades associadas e respetivos scores de APACHE II e SAPS II. Identificar os microrganismos mais frequentemente isolados nos doentes admitidos na UCI por infeção. Relacionar os microrganismos mais frequentemente isolados com o número e tipo de comorbilidades. **MATERIAL/MÉTODOS:** Estudo retrospectivo, que englobou os doentes internados na UCI do Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, durante o ano de 2018. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** O estudo incluiu 170 doentes, com idade média de 66.51 anos ( $\pm 13.4$ ), 66% do género masculino, distribuídos em 172 internamentos, dos quais resultaram 174 amostras com microrganismo isolado. O diagnóstico de admissão mais comum foi a Pneumonia da Comunidade (PAC) (26.7%), com uma média de scores de APACHE II e SAPS II, de 34,1 e 37,8%, respetivamente, e uma média de comorbilidades de 3, seguido do Choque Séptico com ponto de partida abdominal (9,9%), com uma média de scores de APACHE II e SAPS II, de 51,6 e 57,2%, respetivamente, e uma média de comorbilidades de 2,9. Os diagnósticos de admissão associados a infeção com maior número de isolamentos do agente etiológico foram: a Pneumonia Nosocomial (76,9%), o Choque Séptico por Pielonefrite aguda (71,4%) e o Choque Séptico com ponto de partida abdominal (64,7%). Os microrganismos mais comumente isolados foram o *Staphylococcus aureus* (19,0%), a *Pseudomonas aeruginosa* (13,2%) e a *Klebsiella pneumoniae* (13,2%). A *Klebsiella pneumoniae* é a que surge em indivíduos com maior número de comorbilidades – média de 4,3. As comorbilidades mais frequentemente associadas às bactérias supracitadas são a Hipertensão Arterial, seguida da Dislipidémia e Neoplasia. No entanto, o microrganismo com maior número de comorbilidades associadas, é a *Escherichia coli*, com média de 5,1. **CONCLUSÃO:** O conhecimento da epidemiologia referente ao local onde se exerce a prática clínica é de extrema importância, permitindo prescrições empíricas mais racionais e adequadas aos agentes mais comuns.

## Carcinoma neuroendócrino cutâneo do canal auditivo externo

Sofia Pinelas | Joana Sousa Correia | Anabela Martins | Fernando Coelho | Patrícia Inácio | Filomena Faria

Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

**Introdução:** O carcinoma neuroendócrino cutâneo (CNEC), também denominado por carcinoma de células de Merkel, é um tumor maligno agressivo e raro. As localizações mais comuns são cabeça e pescoço, cavidade nasal, gânglios linfáticos e glândulas salivares. O diagnóstico e o estadiamento baseiam-se principalmente no exame histopatológico. O tratamento recomendado é cirúrgico, preconizando-se excisão alargada do tumor, linfadenectomia regional e radioterapia adjuvante. Caracteriza-se por elevada incidência de recidiva local (25-30%), invasão de gânglios linfáticos regionais (52-59%), doença metastática à distância (34-36%), bem como elevada taxa de mortalidade (20% a 55%). De acordo com a literatura existem apenas 5 casos descritos de CNEC do canal auditivo externo; neste sentido, apresentamos um caso de um doente com este diagnóstico e internamento numa unidade de cuidados intensivos. **Material e métodos:** Realizada a revisão de um caso clínico de um doente com internamento no serviço de cuidados intensivos (SCI) do Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE. **Resultados e discussão:** Doente de 73 anos, do sexo masculino, com diagnóstico de CNEC do canal auditivo externo esquerdo. Com internamento hospitalar por meningite bacteriana sem isolamento de agente no estudo microbiológico realizado, assumido como provável ponto de partida em lesão tumoral infetada, medicada empiricamente com antibioterapia e corticoterapia. Posteriormente foi submetido a parotidectomia superficial com excisão do tumor do canal auditivo externo esquerdo e esvaziamento ganglionar cervical esquerdo. Cerca de 5 semanas após o procedimento, foi admitido no SCI por choque séptico, com isolamento nas secreções brônquicas e no exsudado do canal auditivo externo esquerdo de *Klebsiella pneumoniae* apenas sensível a aminoglicosídeos e carbapenemos. Neste sentido, institui-se antibioterapia dirigida, tendo o doente evoluído de forma favorável. Atualmente proposto para consulta de decisão multidisciplinar, para avaliação de eventual indicação para radioterapia adjuvante. **Conclusão:** O CNEC é um tumor agressivo e com mau prognóstico. A abordagem destes doentes deve ser multidisciplinar, pelas complicações possíveis inerentes ao tratamento e evolução da doença.

## Crises Convulsivas secundárias a Défice de B12 um diagnóstico raro

Tiago M Mendes <sup>1</sup> | João Pedro Pais <sup>1</sup> | Vítor Costa <sup>1</sup> | Rogério Corga Silva <sup>2</sup> | Pedro Moura <sup>2</sup> | José Caldeiro <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Interno de Formação Específica de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

<sup>2</sup> Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

O défice de Vitamina B12 origina habitualmente distúrbios hematológicos e neurológicos, incluindo a anemia macrocítica, mielopatia ou neuropatia, que podem originar lesões irreversíveis se não for corrigido atempadamente. O seu diagnóstico torna-se mais difícil quando a típica macrocitose é inexistente. Existem na literatura alguns casos descritos de crises convulsivas secundárias a este défice, alguns deles descritos como “epilepsia intractável” e tendo em comum uma excelente resposta à sua reposição. Vários casos publicados, à semelhança do caso clínico aqui apresentado concluem anemia perniciosa de base. Estão descritas séries de doentes com défice de B12, contabilizando em doentes com sintomas neuro-psiquiátricos, até 28% de casos sem anemia macrocítica. O presente caso corresponde a um doente de 76 anos, com nível intelectual elevado, óptimo estado geral prévio e antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidémia. Admitido no Serviço de Urgência por quadro confusional agudo com crise convulsiva tónico-clónica generalizada. Sem recuperação completa subsequente, mantendo-se agitado e não colaborante, com disfasia e necessidade de sedoanalgesia. Foi realizado estudo complementar (incluindo estudo vírico, pesquisa VDRL, TC craneoencefálico, punção lombar, EEG e RM) que se demonstrou inconclusivo. No entanto, o doseamento de Vitamina B12 realizado posteriormente era indoseável. Nesse contexto foi iniciada reposição vitamínica IM e realizado doseamento de Anticopro Anti - Factor Intrínseco (positivo) e anti-Células Parietais (negativo). 24 horas após início suplementação houve melhoria marcada do estado de consciência, permitindo desmame de sedoanalgesia e posterior constatação de recuperação intelectual. Durante internamento na UCI, doente complicou com PAV por MRSA, com evolução favorável após antibioterapia. A encefalopatia metabólica é uma doença rara e neste caso foi dificultado o seu diagnóstico por não macrocitose. Em casos de alteração do estado de consciência é importante a pesquisa de défices vitamínicos, nomeadamente da vitamina B12 independentemente da presença de macrocitose.

PO.7

## Cuidados Espirituais: uma realidade nos cuidados intensivos?

Sandra Valente Queiroz | Inês Ferreira | Liliãna Silva | Nelson Faria

HCUF PORTO - UCIP

**Introdução:** Os cuidados holísticos em Enfermagem, exigem aos enfermeiros a atenção à espiritualidade das pessoas. Contudo, a observação da prática e dos registos identificam escassas evidências sobre estes cuidados. De abril a junho de 2017, na Avaliação Inicial de Enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intensivos, os itens “religião” ou “assistência religiosa”, surgiam sem preencher. Nos planos de cuidados de enfermagem durante o mesmo período, não se encontraram diagnósticos ou intervenções associadas referidas à espiritualidade. **Questiona-se:** que fatores contribuem para a escassa evidência da integração da dimensão espiritual nos cuidados prestados? Que aspectos podem incentivar a mudança de atitude dos enfermeiros? **Objectivos:** Reflexão sobre os fatores que contribuem para a escassa evidência da integração da dimensão espiritual nos cuidados prestados pelos enfermeiros. Indicar aspectos que contribuam para a implementação de cuidados espirituais nas Unidades de Cuidados Intensivos. **Material e Métodos:** Reflexão desde a revisão integrativa da literatura nas bases de dados EBSCOhost (em CINAHL, Medclatina e Nursing & Allied Health Collection), SCIELO e Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. **Pesquisa realizada em maio de 2018. Resultados e Discussão:** Na literatura: os fatores que contribuem para a não integração dos cuidados espirituais são aspetos: a) De competência em cuidar espiritualmente (idade, índice de inteligência espiritual, tempo de exercício profissional, formação relacionada com a espiritualidade, crenças e práticas religiosas do enfermeiro); b) Sócio culturais (instituições onde se estuda, contextos laborais, procedência étnica do enfermeiro, ambiente cultural mais ou menos laicizado, valores praticados pela entidade onde se trabalha.); c) Confusão dos conceitos espiritualidade/religiosidade. Ressalta-se a clarificação dos conceitos e o desenvolvimento da maturidade/inteligência espiritual como factores de resolução, com intervenções próprias e a criação de momentos de reflexão sobre as práticas/a aplicação do código de ética do hospital como uma proposta interventiva. **Conclusões:** Conhecendo os fatores que contribuem para a escassa evidência da integração da dimensão espiritual nos cuidados prestados pelos enfermeiros dos Cuidados Intensivos, aponta-se para aspetos que promovam a mudança de atitudes dos enfermeiros.

PO.8

## Doença de Weil: a importância da terapêutica precoce numa região endémica

Mariana S. Santos | Grimanesa Sousa | Luís Tavares | Abel Alves | Sara Estrela | Ricardo Gregório | Gracinda Brasil | Joana Costa | Sara Ledo | Manuela Henriques | Anuschka Langner | Ana Magro | Humberto Costa

Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada/ Serviço de Medicina Intensiva

A Leptospirose é uma zoonose causada por espiroquetas patogénicas. É endémica nos Açores onde é um problema de saúde pública. Nas suas formas mais graves apresenta-se com atingimento multisistémico, designando-se por doença de Weil. Atualmente a mortalidade é baixa, sendo possível o diagnóstico precoce por biologia molecular. Trata-se de uma mulher de 60 anos, doméstica com atividade frequente de jardinagem, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial. Recorreu ao SU por mialgias, arrepios, tosse, anorexia e astenia com 7 dias de evolução. Negava febre. Apesar da insistência de familiares, havia recusado anteriormente avaliação médica. Ao exame físico apresentava-se hipotensa, taquicárdica e taquipneica, com dor à palpação do hipocôndrio direito. Analiticamente a destacar gasimetria com acidose metabólica compensada, leucocitose, proteína C reativa e procalcitonina elevadas (26 mg/dl e 4,48 ng/ml respetivamente), trombocitopenia, hiperbilirrubinemia directa com citocolestase ligeira (bilirrubina total 8.17 mg/dL e directa 7,13 mg/dL), lesão renal aguda (Ureia 126 mg/dL e Cr 8,22 mg/dL) e CK total 2562 U/L, com SOFA de 16. A ecografia renal e TC abdominal não demonstraram patologia intra-abdominal. Pelo elevado índice de suspeição nesta região, foi confirmada em tempo real a presença de Leptospira no sangue e urina por biologia molecular e iniciada Ceftriaxone 1g 6/6H. As hemoculturas foram negativas. Foi admitida em Cuidados Intensivos por Leptospirose com disfunção multi-orgânica. Agravamento clínico nas primeiras 24H, com evolução com encefalopatia séptica e ARDS, com necessidade de ventilação mecânica protetora. Por choque refratário com dose elevada de noradrenalina (máximo 1,87 mcg/kg/min), foi instituída monitorização por termodiluição (PICCO) confirmando-se choque vasoplégico e iniciada corticoterapia em dose de choque. Por lesão renal aguda anúrica, foi instituída HDFVVC com dose até 45ml/kg/h. Apesar da descida progressiva dos parâmetros inflamatórios, manteve-se em disfunção multiorgânica às 72H (SOFA 23), acabando por falecer ao 3º dia. Apesar do rápido diagnóstico hospitalar por biologia molecular, a gravidade das disfunções instaladas nos 7 dias de evolução da doença impossibilitaram a sua reversibilidade. É assim indispensável a manutenção de medidas de saúde pública que permitam o controlo de hospedeiros animais bem como campanhas de informação salientando a necessidade de avaliação médica célere na presença dos sintomas típicos.

## É crítico dormir

Bruno Teixeira | Carolina Vilaça | Nuno Correia | Ricardo Cruz | Rui Silva

Centro Hospitalar Universitário do Porto -SCI

**Introdução e objectivos:** O sono é indispensável para a regeneração do corpo e da mente. O repouso noturno leva à recuperação do sistema nervoso e à regeneração muscular, resultando no crucial repouso fisiológico que urge acontecer. Essa regeneração não é uma realidade corrente em pessoas em situação crítica internadas em unidades de cuidados intensivos (UCI) pois são sujeitas a interrupções sucessivas do período de repouso e à ausência de estádios reparadores de sono, o que perturba uma higiene de sono que esteja de mãos dadas com o estado de saúde que, em equipa, desejamos alcançar. O envolvimento de todos os profissionais (e em especial dos profissionais de enfermagem) na promoção de um período de sono em qualidade e quantidade adequada é da maior relevância. Pretende-se com a elaboração deste trabalho a sensibilização dos profissionais para a necessidade imperiosa de períodos de repouso adequados do doente em situação crítica, permitindo um espelhamento da sua práxis e promover a implementando estratégias promotoras do sono em UCI. **Material e Métodos:** Os distúrbios do sono em pacientes internados em UCI têm sido estudados em todo o mundo há mais de 30 anos, estando ainda hoje a ser identificados factores que contribuem para tal. Estudos recentes sugerem que a qualidade do sono das pessoas internadas nas UCI é baixa. O sono em doentes críticos é caracterizado por frequentes distúrbios na sua estrutura, alterações no ritmo circadiano, distúrbios na profundidade do sono e ausência de estádios de regeneração. Foi estudado o estado da arte no que concerne a temática, sendo apresentados dados referentes aos distúrbios de sono em UCI, formas de avaliação e estratégias de intervenção dos enfermeiros de cuidados intensivos, com impacto no repouso das pessoas internadas na UCI. **Resultados e Discussão:** É a condição crítica do paciente que impera e não as consequências dos distúrbios do sono, sendo por conseguinte atribuída baixa importância à qualidade do sono do paciente. Apesar do repouso noturno ser um problema comumente colocado em segundo plano pela equipa, estudos comprovam que enfermeiro consciencializados sobre a temática desempenham um papel crucial na avaliação e implementação de estratégias propiciadoras do repouso noturno dos pacientes. Apesar da comunicação com as pessoas internadas em UCI ser uma realidade dificultada, não sendo estes capazes de fornecer informações claras sobre o descanso percebido e os factores mais preocupantes e a avaliação do sono ser subjetiva na sua natureza, existem estratégias simples e de aplicação comprovada que produzem efeitos sobre a qualidade de sono, quando avaliada quer por meios auxiliares de avaliação, quer por escalas de percepção do sono.

## Epiglotite a streptococcus pyogenes num adulto imunocomprometido

Inês Pimenta Rodrigues | Rita Varudo | Sara Lança | Antero Vale Fernandes

Hospital Garcia de Orta/Serviço de Medicina Intensiva

**Introdução:** A epiglotite aguda é uma patologia típica da infância cuja incidência tem vindo a diminuir desde a introdução da vacina contra Haemophilus influenza tipo B. No adulto, é uma patologia rara com incidência de 1.6/100.000 pessoas que se associa a factores de risco como hipertensão arterial, diabetes mellitus, abuso de substância e imunodeficiência. **Descrição do caso:** Homem de 62 anos, com história de neoplasia mieloproliferativa crónica medicada com hidroxiureia, internado por febre, dispneia, tosse com expectoração com 2 dias de evolução e hipoxémia assumindo-se diagnóstico de infeção respiratória. Nas primeiras horas de internamento ocorreu agravamento clínico com insuficiência respiratória global com acidémia respiratória associada a estridor inspiratório, associado a disfagia e disfonia, sem melhoria com adrenalina inalada, corticoterapia sistémica e ventilação não invasiva. Por falência destas terapêuticas, houve necessidade de intubação orotraqueal com uma abordagem difícil da via aérea. A nasofibroscopia e TC cervical mostraram edema da glote e epiglote compatível com epiglotite aguda associada a celulite da região cervical anterior sem evidência de abscesso e iniciou antibioterapia com ceftriaxone e clindamicina e corticoterapia sistémica. Após isolamento de Streptococcus pyogenes em cateter protegido (CP) descalou-se para penicilina e clindamicina. Verificou-se melhoria progressiva do edema da epiglote com aparecimento de pequena área de necrose à direita, tendo sido extubado ao oitavo dia de internamento, sem sucesso por dispneia e exaustão respiratória com necessidade de traqueostomia cirúrgica. Completou 7 dias de penicilina e 10 dias de clindamicina com resolução clínica e desmame de traqueostomia. **Discussão:** O reconhecimento precoce da epiglotite é de extrema importância uma vez que pode evoluir rapidamente para compromisso respiratório grave. Apesar de mais frequente nas crianças, perante um adulto suscetível, neste caso imunocomprometido, com sinais precoces de obstrução da via aérea como estridor, disfagia ou disfonia, é essencial assegurar precocemente a via aérea. O Streptococcus pyogenes é um agente mais frequentemente associado a faringite aguda, neste caso, tendo em conta o quadro clínico inicial e o isolamento posterior deste agente no CP levanta a hipótese de a epiglotite aguda ter surgido na sequência da infeção respiratória baixa.

PO.11

## Farmacêutico Clínico residente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP): âmbito e relevância

Cabeças, T.<sup>1</sup> | Cardoso, J.<sup>1</sup> | Pinto, B.<sup>1</sup> | T.<sup>1</sup> | Sá, F.<sup>1</sup> | Queiroz, A.<sup>1</sup> | Ribeiro, G.<sup>1</sup> | Ventim, A.<sup>1</sup> | Baptista, M.<sup>2</sup> | Oliveira, R.<sup>3</sup> | Pereira, M.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Infante Santo

<sup>2</sup> Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Cascais

<sup>3</sup> Directora Técnica dos Serviços Farmacêuticos Cluster CUF Tejo

<sup>4</sup> Directora Coord. dos Serviços Farmacêuticos da José de Mello Saúde

**Introdução:** O Farmacêutico Clínico assegura, mediante aplicação de conhecimentos técnico-científicos, a utilização eficaz e racional dos medicamentos. A residência na UCIP permite uma maior proximidade ao doente e à equipa multidisciplinar, resultando num apoio rápido e eficiente em todos os temas relacionados com o medicamento. **Objetivo:** Descrever o tipo de intervenções desenvolvidas pelo Farmacêutico Clínico residente na UCIP, e desta forma demonstrar a mais valia do mesmo, nomeadamente no seguimento farmacoterapêutico e no apoio in loco, rápido e assertivo, em ambiente multidisciplinar. **Material e Métodos:** Reestruturação logística dos Serviços Farmacêuticos, com conseqüente transferência do posto de trabalho do Farmacêutico Clínico para a UCIP de um hospital privado em Lisboa, com 12 camas de internamento. Durante o período de tempo de 6 meses (setembro 2018 a fevereiro 2019), a unidade apresentou uma média mensal de 165 doentes internados, dos quais 70% (115) em recobro pós-cirúrgico e 30% (50) em estado crítico. Todas as intervenções farmacêuticas referentes aos doentes críticos foram registadas em ficheiro excel e/ou em programa informático BSimple, categorizadas e analisadas. **Resultados e Discussão:** Num total de 297 intervenções: 70 foram referentes a ajustes dose e posologia; 45 na categoria diluição/reconstituição; 36 relacionadas com via de administração; 36 referentes a questões logísticas e de aprovisionamento; 31 ações formativas e elaboração de material técnico-científico de apoio; 24 sobre interações, compatibilidade e estabilidade; 16 no âmbito de nutrição clínica; 15 registos de alergias medicamentosas; 13 apoios na instituição de terapêutica baseada em guidelines; 8 auditorias internas aos estupefacientes, hemoderivados e carro de urgência; 6 esclarecimentos de questões sobre material de penso; 4 pedidos de medicamentos extra-formulário hospitalar e 3 reconciliações terapêuticas. **Conclusão:** A residência do farmacêutico clínico na UCIP é fundamental para o seguro e eficaz uso do medicamento. A evidência da intervenção farmacêutica apresentada neste trabalho demonstra a mais-valia da prestação dos Serviços Farmacêuticos centrados no doente, numa lógica multi e interdisciplinar, acrescentando assim valor aos cuidados prestados pelos restantes profissionais de saúde. Esta proximidade permite uma rápida intervenção na resolução das diversas questões do dia-a-dia, de âmbito farmacoterapêutico e/ou relacionadas com o circuito do medicamento.

PO.12

## Fatores Preditores de Delirium numa UCI: Revisão Integrativa da Literatura

Ana Rita Pascoal<sup>1</sup> | Cristiana Oliveira<sup>1</sup> | Débora Pereira<sup>1</sup> | Ricardo Andrade<sup>1</sup> | Sara Gonçalves<sup>1</sup> | João Lindo Simões<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde – Universidade de Aveiro

<sup>2</sup> Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde – Universidade de Aveiro

**Introdução:** O delirium é uma disfunção neurológica aguda frequente em doentes internados nas UCI. Atendendo às suas conseqüências negativas no prognóstico do doente com aumento de risco de eventos adversos, bem como do tempo de internamento e dos custos associados, denota-se de grande importância o conhecimento dos fatores preditores de delirium, possibilitando a redução da mortalidade e morbidade associada. **Objetivos:** Pretende-se identificar os sinais e sintomas que prognosticam o delirium e determinar as características dos doentes que revelam o risco de vir a desenvolver delirium. **Material e Métodos:** Procedeu-se a uma pesquisa nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Medline, Mediclatina, Pubmed e Scielo, utilizando uma chave de pesquisa que incluiu os descritores: Delírio, Cuidados Críticos, Unidades de Terapia Intensiva, Cuidados de Enfermagem e Transtornos Neurocognitivos. Foi obtido um total de 160 artigos, aos quais foram aplicados critérios de inclusão e exclusão. Após este processo e da avaliação da qualidade resultou uma amostra final de 5 artigos. **Resultados e Discussão:** Verificou-se que a prevalência do delirium varia entre 26,1% e 80%. Os fatores de risco para o desenvolvimento de delirium encontrados foram: a idade avançada, história de consumo de álcool, tempo de internamento prolongado, necessidade de VM e presença de sedação ou analgesia. Em dois artigos também são referidos como fatores preditores, a falência multiorgânica, uso de fármacos vasoativos e diagnóstico de sepsis. Quanto à mortalidade associada ao delirium, há discordância entre os estudos avaliados, uma vez que 4 dos estudos correlacionam o aumento da mortalidade com a presença de delirium, enquanto que um revela não haver influência no aumento da mortalidade durante o internamento. **Conclusão:** A prevalência de delirium nas UCIs é elevada, atingindo valores muito significativos. Os fatores estão bem identificados na literatura da especialidade. É importante que os Profissionais de Saúde tenham em consideração estes fatores para adequarem as suas intervenções e favorecerem assim a diminuição do delirium.

## PO.13

### Hemoptises, um desafio terapêutico

Nuno China Pereira <sup>1</sup> | Filipa Lima <sup>1</sup> | Daniel Coutinho <sup>1</sup> | Regina Monteiro <sup>1</sup> | Carla Ribeiro <sup>1</sup> | Teresa Shiang <sup>1</sup> | Manuela Vanzeller <sup>1</sup> | Paula Castelões <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pneumologia, CHVNG/E;

<sup>2</sup> Serviço de Medicina Intensiva, CHVNG/E

O tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo é causa de 50.000 a 200.000 mortes anuais. A sua forma de apresentação clínica é extremamente variável, sendo os sinais e sintomas pouco específicos. Hemoptises massivas são uma emergência médica com taxas de mortalidade rondando os 75% e uma das possíveis formas de apresentação do TEP agudo. Os autores apresentam um caso de uma doente de 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial. Internada em contexto de hemoptises de médio volume recidivantes associadas a insuficiência respiratória. Após 24h de internamento e tratamento com ácido aminocapróico endovenoso, a doente apresenta nova recidiva das hemoptises e é submetida a broncoscopia rígida (BR) onde se observavam: secreções hemáticas abundantes na traqueia, coágulos no lobo superior e tronco intermédio direitos, que após aspiração refaziam hemorragia, e coágulos no brônquio principal esquerdo, que após retirada não evidenciaram alterações da mucosa. Do estudo imagiológico realizado, a relevar em angio-TC do tórax a presença de focos tromboembólicos em ramos do lobo superior esquerdo e segmentos posteriores dos lobos superior e inferior direitos. Após documentação de TEP de risco intermédio-baixo foi suspensa a perfusão de ácido aminocapróico, porém a doente não iniciou heparina por recidiva das hemoptises com agravamento da insuficiência respiratória, culminando em transferência para os Cuidados Intensivos e necessidade de entubação orotraqueal. Após controlo das hemoptises, iniciou-se perfusão de heparina em dia 6 de internamento. Do estudo adicional salienta-se a documentação de trombose venosa profunda (TVP) bilateral e estudo pró-trombótico negativo. Em dia 9 de internamento, por quadro prolongado e recidivante de hemoptises, optado por realizar arteriografia brônquica direita com embolização arterial e colocação de filtro na veia cava inferior. Desde o procedimento, a doente cessou quadro de hemoptises, mantendo a heparina, e verificou-se melhoria das trocas gasosas. Fica evidente que as hemoptises são uma das formas de apresentação do TEP agudo, em provável relação com a ruptura e sangramento das artérias brônquicas ingurgitadas. Expõe-se este caso com o intuito de mostrar a efectividade da arteriografia com embolização brônquica, permitindo o tratamento anticoagulante dirigido ao factor causal. Realça-se ainda o espaço terapêutico ocupado pelo filtro na veia cava, aquando da documentação da TVP e impossibilidade de hipocoagulação ad initium.

## PO.14

### High flow nasal cânula (HFNC) – um caso de sucesso num doente imunocomprometido

Filipa de Castro Lima <sup>1</sup> | Fernanda Paula <sup>2</sup> | Filipe Froes <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médica Interna de Formação Específica de Pneumologia, CHVNG/ E

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva, Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos do Departamento do Tórax do CHLN

Introdução: A HFNC tem vindo a adquirir maior importância nos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). À luz dos conhecimentos actuais, a HFNC tem conquistado maior relevância não somente nos doentes pós extubação, como prevenção de falência respiratória ou de re-entubação, como pré-entubação, embora ainda muito pouco esteja estabelecido. Apresenta-se um homem de 33 anos, não fumador, com antecedentes de Linfoma de Hodgkin estadio IIIA. Iniciou tratamento com doxorubicina, bleomicina, vimblasina, dacarbazina e dexametasona, tendo completado 4 ciclos, o último a 23/08/18. A 03/09 recorreu ao médico assistente tendo sido diagnosticada pneumonia e tido alta com amoxicilina ácido clavulânico. Por persistência de queixas ao fim de 4 dias, recorreu novamente ao médico e realizou TC de tórax que revelou “vidro despolido mais exuberante nos lobos superiores, aspectos sugestivos de toxicidade e discreta consolidação alveolar bilateral dos lobos inferiores”. Por manter queixas e insuficiência respiratória grave, foi internado e alterada a antibioticoterapia para piperacilina tazobactam e cotrimoxazol, por suspeita de *Pneumocystis jirovecii* (PPJ). Por insuficiência respiratória parcial com PaO<sub>2</sub> 60mmHg e PaCO<sub>2</sub> 37mmHg, com 4L de O<sub>2</sub> (P/F 138 à admissão), e eventual necessidade de ventilação invasiva, foi transferido para a UCI. Iniciou então HFNC com necessidades iniciais de O<sub>2</sub> de 40L/m – FiO<sub>2</sub> 60%. Verificou-se boa resposta e excelente evolução a esta atitude, tendo mantido antibioticoterapia com Piperacilina Tazobactam e Azitromicina (que suspendeu ao 5º dia por antigenúrias negativas), e trimetopim-sulfametoxazol e prednisolona por suspeita de pneumonia a PPJ. Dada a estabilidade clínica, hemodinâmica, gasométrica e ventilatória, com necessidades decrescentes de oxigenioterapia, após 4 dias de internamento, doente foi transferido para o hospital de origem. Conclusões Apresenta-se este caso não só pela sua infrequência bem como por demonstrar alguns dos prováveis benefícios ainda não totalmente definidos da HFNC, ao permitir a não entubação de doentes de alto risco, por exemplo. Ainda que se encontre em discussão um eventual atraso na entubação do doente, é de ter em consideração que, pelo menos em alguns casos, os benefícios clínicos da HFNC se encontram bem compreendidos e não devem ser descurados, passando por permitir um maior fornecimento de O<sub>2</sub> bem como uma maior tolerância à existência de secreções, podendo evitar a entubação invasiva de doentes de alto risco e suas consequências.

PO.15

## Insuficiência respiratória aguda na Esclerose Lateral Amiotrófica: a propósito de um caso clínico

Líliá CASTELO BRANCO <sup>1</sup> | Ana Margarida COELHO <sup>1</sup> | Cátia Marisa L. PEREIRA <sup>1</sup> | Elisabete PINELO <sup>1</sup> | Miriam BLANCO <sup>1</sup> | Rui Terras ALEXANDRE <sup>2</sup> | João Rocha PRETO <sup>2</sup> | Domingos FERNANDES <sup>2</sup> | Eugénia MADUREIRA <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Medicina Interna, Unidade Hospitalar de Bragança, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal;

<sup>2</sup> Serviço de Medicina Intensiva, Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade Hospitalar de Bragança, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal

**INTRODUÇÃO/OBJETIVOS:** A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa com envolvimento rápido dos músculos respiratórios, levando à insuficiência respiratória crónica. A falência respiratória, infeções e pneumonias são as principais causas de morbimortalidade. A ventilação não invasiva (VNI) é utilizada para melhorar a hipoventilação pulmonar e melhorar a qualidade de vida. Pretendemos ilustrar a abordagem de um caso clínico de um doente com ELA, realçando a importância da utilização precoce da VNI. **MATERIAL E MÉTODOS/ RESULTADOS:** Apresentamos um doente de 71 anos, com diagnóstico de ELA e alteração ventilatória mista moderada (volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV1 53%), admitido por dispneia, cianose labial e tosse produtiva com dias de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se dessaturado, hipotenso, taquicárdico, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído bilateralmente nas bases e crepitações associadas. Analiticamente realça-se a leucocitose com neutrofilia, e proteína C reativa de 17,83 mg/dl. IA tomografia computadorizada torácica revelou pequeno derrame pleural bilateral com áreas de condensação compatíveis com alterações infeciosas nas regiões posteriores dos lobos inferiores. Por acidose respiratória aguda e alteração do estado de consciência foi necessário transferi-lo para o serviço de medicina intensiva para suporte ventilatório invasivo. Assumiu-se, choque séptico de ponto de partida respiratório com disfunção neurológica (coma hipericápico), cardiovascular e respiratória. Após estabilização clínica foi transferido para o serviço de medicina interna com oxigenoterapia a 2l/min. Por dispneia para pequenos esforços, fadiga dos músculos respiratórios, expansibilidade torácica diminuída, difícil excreção das secreções respiratórias e insuficiência respiratória mista decidiu-se em equipa multidisciplinar iniciar reabilitação respiratória, dispositivo de tosse assistida e VNI domiciliária noturna - bi-nível modo ST (BiPaP: IPAP 15/EPAP 5; frequência respiratória 13 ciclos/min; FIO2 24%, com boa adaptação e evolução clínica favorável. **DISCUSSÃO /CONCLUSÃO:** A função respiratória está relacionada com o desfecho da doença. A utilização precoce das técnicas de tosse assistida, de cinesioterapia respiratória e VNI, antes do declínio respiratório grave é benéfico na manutenção da qualidade de vida e aumento da sobrevida. A abordagem multidisciplinar mostrou-se preponderante para a recuperação rápida do doente.

PO.16

## Micobactérias não tuberculosas no doente agudo: casuística de um Centro Hospitalar Universitário

Tiago Oliveira | Joana Fragoso | Diogo Guerra | Hugo Cruz | Miguel Araújo Abreu | Josefina Méndez | José Pinheiro Braga | Rui Sarmento e Castro | Helena Ramos | Fernando Guedes

Centro Hospitalar Universitário do Porto - Serviço de Pneumologia

**Introdução e Objetivos:** As micobactérias não-tuberculosas (MNT) tipicamente causam doença insidiosa, existindo escassa evidência quanto ao significado destes agentes em doentes agudos admitidos em ambiente hospitalar. Este estudo visa investigar a epidemiologia e a relevância clínica de isolamentos de MNT em amostras de doentes agudos. **Material e Métodos:** Estudo transversal de 47 doentes com pelo menos uma cultura positiva de MNT em amostras respiratórias (n=53) colhidas em serviço de urgência (SU), cuidados intensivos/intermédios e internamento, entre 2014 e 2017, num Centro Hospitalar Universitário. IBM® SPSS Statistics® foi utilizado para análises estatísticas. **Resultados e Discussão:** Das 53 amostras positivas, colheram-se 28,3% (n=15) no SU, 5,7% (n=3) em intensivos/intermédios e 66% (n=35) em internamento; quanto ao tipo de amostra: 75,5% (n=40) secreções brônquicas, 22,6% (n=12) aspirados brônquicos e 1,9% (n=1) líquido pleural; as espécies de crescimento lento mais frequentes foram *Mycobacterium (M.) gordonae* (39,6%, n=21), *M. avium* (20,8%, n=11) e *M. intracellulare* (11,3%, n=6); isolaram-se espécies de crescimento rápido em 7,5% (n=4) amostras. Nos 47 doentes, houve predomínio de homens (63,8%, n=30), tabagismo 59,6% (n=28), etilismo 23,4% (n=11), toxicofilias em 10,6% (n=5), micobacterioses prévias 31,9% (n=15), DPOC 40,4% (n=19), diabetes mellitus 19,1% (n=9), refluxo gastroesofágico 4,3% (n=2), doença autoimune 12,8% (n=6), neoplasia ativa 31,9% (n=15), imunossupressão farmacológica 10,6% (n=5), transplante hepático 4,3% (n=2), cirrose hepática 6,4% (n=3) e infeção VIH 10,6% (n=5). Os principais sintomas de MNT foram tosse produtiva crónica (59,6%, n=28), astenia (44,7%, n=21), dispneia (46,8%, n=22) e perda ponderal (27,7%, n=13). Na imagiologia torácica, existiam bronquiectasias em 25,5% (n=12), cavitação em 17% (n=8) e micronódulos pulmonares em 34% (n=16). Assumiu-se contaminação em 53,2% (n=25). Cumpriram-se critérios de patogenidade em 38,3% (n=18) dos casos, porém iniciou-se tratamento em apenas 17% (n=8) dos casos. Registou-se um óbito por hepatite tóxica a antibióticos. A sobrevida pós-colheita de amostra dos doentes de SU vs intensivos/intermédios vs internamento foi estatisticamente semelhante (p=0,975). **Conclusões:** Parece ser difícil valorizar o papel de MNT em contexto agudo, atendendo à discrepância entre a elevada proporção de contaminantes, a prevalência de critérios de patogenidade por MNT e a percentagem de doentes para os quais se decidiu instituir terapêutica.

PO.17

## Miocardite aguda secundária à imunoterapia: a propósito de um caso clínico

Adelaide Alves | Margarida Dias | Daniel Coutinho | Ana Barroso

Unidade Multidisciplinar de Tumores Torácicos do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

**Introdução.** A imunoterapia (IO) é uma arma terapêutica na abordagem dos estadios avançados do cancro do pulmão de não pequenas células. Em consequência do seu mecanismo de ação - a indução da resposta imunitária contra as células neoplásicas - diversos efeitos adversos imuno-relacionados (irAE) podem ocorrer durante o tratamento. A cardiotoxicidade é rara e pode manifestar-se sob a forma de miocardite, a qual está descrita em 0.06% a 1% dos doentes sob IO. **Caso clínico:** Homem, 66 anos, fumador (100 UMA). Antecedentes de adenocarcinoma do pulmão estadio IVA (PD-L1 < 1% e KRAS+), cardiopatia isquémica com depressão ligeira da fração de ejeção ventricular esquerda, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2. Iniciou nivolumab em segunda linha de terapêutica sistémica do cancro do pulmão em fevereiro de 2018. Após dois meses de tratamento (quatro ciclos), recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor torácica, palpitações e dispneia. Ao exame objetivo, apresentava taquicardia (FC 140 bpm) e sinais de congestão pulmonar. O eletrocardiograma mostrou fibrilação auricular com resposta ventricular rápida e o estudo analítico uma elevação do NT-pró-BNP (17841 pg/mL) e da troponina cardíaca (42 -> 193 ng/L). O ecocardiograma transtorácico evidenciou hipocinésia global com depressão grave da função sistólica biventricular. A coronariografia excluiu progressão da doença coronária de base. A angio-tomografia computadorizada do torax não revelou tromboembolismo pulmonar e evidenciou derrame pleural bilateral de pequeno volume. A RMN cardíaca mostrou achados compatíveis com miocardite aguda. O caso foi discutido com a Unidade Multidisciplinar de Tumores Torácicos, tendo sido assumido o diagnóstico de miocardite aguda grau 3 secundária ao nivolumab, decidida a suspensão permanente do fármaco e o início de prednisolona sistémica na dose de 0.75 mg/Kg/dia. O doente teve alta melhorado e orientado para a consulta de Cardio-Oncologia e manteve seguimento na consulta de Pneumologia Oncológica. **Conclusão.** A miocardite imuno-mediada é uma entidade rara, mas potencialmente fatal. O diagnóstico pode ser difícil de estabelecer, sublinhando a importância da integração do contexto clínico, da discussão multidisciplinar e da formação dos Colegas do SU para a possibilidade de os doentes sob IO poderem, em qualquer fase do tratamento, sofrer um irAE. A abordagem terapêutica deve incluir a suspensão permanente do fármaco e a instituição de corticoterapia em dose elevada.

PO.18

## Monitorização Eletrocardiográfica – Guidelines da AACN - American Association of Critical Care Nurses

Inês Ferreira | Liliana Silva | Nelson Faria | Sandra Queirós

HCP UCIP

**Introdução:** A precisão da monitorização eletrocardiográfica é um recurso importante para a segurança do doente com risco de arritmias. A qualidade desta técnica implica enfermeiros com elevados níveis de conhecimento e capacidade para tomadas de decisão rápidas e eficazes. A colocação imprecisa dos elétrodos pode afetar a morfologia e resultar numa má interpretação do ritmo e por conseguinte um tratamento inadequado como medicação antiarrítmica ou até mesmo cateterismos. Estas lacunas imputam para uma revisão interprofissional e abrangente de evidências e recomendações no que respeita à monitorização. **Objetivos:** Com este trabalho pretende-se dar a conhecer as intervenções necessárias para melhorar a monitorização eletrocardiográfica, permitindo reduzir os artefactos e melhorar a identificação das arritmias com a adoção das derivações mais adequadas face à situação clínica. **Metodologia:** Este trabalho foi realizado através de uma revisão bibliográfica, baseado em dados de pesquisa eletrónica em artigos publicados em páginas da especialidade, disponibilizados na EBSCOhost - Research Databases entre 2015 e 2019 com as seguintes palavras-chave: dysrhythmia, monitoring, adult. **Resultados:** Os procedimentos estabelecidos pela AACN destacam a limpeza da pele, a mudança diária dos elétrodos, a posição precisa dos elétrodos no tórax, a escolha adequada da derivação mediante a situação clínica, a correta identificação do ritmo, o alerta e registo das alterações como as melhores práticas. **Conclusões:** A integração de procedimentos de monitorização eletrocardiográfica permite um aumento do nível de competência da equipa e uma padronização das práticas de monitorização cardíaca em toda a instituição

PO.19

## Monitorização respiratória: cronografia e oximetria de pulso

Liliana Silva | Sandra Queiroz | Ines Ferreira

HCP, UCIP

**Introdução:** A respiração consiste no processo fisiológico responsável pelas trocas gasosas entre o organismo e o meio ambiente. A monitorização da respiração revela-se uma ação importante para o doente com insuficiência respiratória. Vários são os recursos atualmente disponíveis para otimizar a monitorização da qualidade da ventilação invasiva e não invasiva. A capnografia, permite a medição numérica e em forma de onda do CO<sub>2</sub> exalado, resultante do metabolismo celular que é transportado pelo sistema venoso até aos capilares alveolares. A oximetria de pulso, permite uma avaliação rápida dos níveis de oxigenação do sangue, contudo, há fatores que poderão interferir numa leitura correta. A correta utilização destes meios é essencial para que os valores obtidos sejam fidedignos, deste modo, é importante que os enfermeiros tenham conhecimento de como aplicar corretamente esses dispositivos médicos, assim como interpretar os dados por eles obtidos de forma a tomarem decisões rápidas e precisas. **Objetivos:** Com este trabalho pretende-se reforçar a correta utilização destes dispositivos médicos, no que diz respeito às recomendações de utilização da capnografia, reforçar os conhecimentos em relação à correta leitura dos dados obtidos, assim como esclarecer fatores que interferem com uma correta leitura de uma oximetria de pulso de forma a otimizar o uso destes recursos, com o objetivo de melhorar a monitorização respiratória do doente crítico. **Metodologia** Este trabalho baseou-se numa revisão bibliográfica de artigos publicados disponibilizados na EBSCOhost-Research database entre 2014 e 2019. E na análise da revisão realizada em 2016 : Prepared on behalf of the Council of the intensive care Society. **Palavras chave:** respiration monitoring, capnography. **Resultados:** O uso da capnografia está indicado em todos os paciente em cuidados intensivos traqueostomizados ou com intubação nasotraqueal. A capnografia continua deve ser utilizada em todos os doentes ventilados, em cuidados intensivos, com intubação endotraqueal assim como em doentes com ventilação mecânica durante um transporte intra-hospitalar ou inter-hospitalar. Raras situações em que a capnografia é duvidosa, podem ser reduzidas com o aumento do conhecimento dos enfermeiros sobre o equipamento. A capnografia em forma de onda deve ser utilizada durante uma ressuscitação cardiopulmonar, quando o paciente já está com intubação endotraqueal. São fatores influenciadores de uma correta avaliação de saturações de oxigênio periféricas a utilização de verniz, má perfusão periférica, hipotermia, movimentação do sensor. **Conclusões:** A correta utilização dos dispositivos médicos e o elevado conhecimento por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito ao manuseio e interpretação dos resultados obtidos, aumenta a qualidade da monitorização da respiratória do doente crítico

PO.20

## Outcomes em doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva por exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crónica

Ana Rita Gigante | Eduarda Milheiro Tinoco | Carla Nogueira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

**Introdução:** A decisão de iniciar ventilação mecânica invasiva (VMI) perante exacerbações graves de DPOC é influenciada principalmente pelo potencial de reversibilidade do evento precipitante. Por vezes, a admissão destes doentes em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para VMI é recusada baseado em crenças pessimistas em relação ao prognóstico, especialmente se má função pulmonar prévia, história de incumprimento terapêutico e tabagismo activo. **Objetivos:** Comparar função pulmonar, performance status (PS), cumprimento terapêutico e hábitos tabágicos em doentes com DPOC antes e depois de submetidos a VMI e analisar relação entre função pulmonar prévia e outcomes. **Métodos:** Estudo retrospectivo observacional em doentes admitidos numa UCI de um hospital terciário, entre Janeiro de 2013 e Março de 2018, por exacerbação de DPOC com necessidade de VMI. Foram registados dados demográficos, PS avaliado por Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), hábitos tabágicos, cumprimento terapêutico e percentagem de FEV<sub>1</sub> após broncodilatação pré e pós internamento. Os doentes foram agrupados em FEV<sub>1</sub>>50% ou <50% e foi comparado tempo de internamento, tempo de VMI, desmame para ventilação não invasiva (VNI), taxas de mortalidade e reinternamentos em 3 e 12 meses. **Resultados:** Foram incluídos 34 doentes (88.2% do sexo masculino) com idade média de 69±9.6 anos. O tempo médio de VMI foi 4±2.6 dias e de internamento hospitalar 20.9±13.5 dias. A taxa de mortalidade na UCI foi 8% e intrahospitalar 20.6%. O FEV<sub>1</sub> após broncodilatação antes e após internamento foi semelhante (45.8±18vs46.2±10.7;p=0.938). O ECOG teve um aumento estatisticamente significativo após o internamento (1[1-2]vs2[1-3];p=0.031). Notou-se uma diminuição do incumprimento terapêutico, apesar de não estatisticamente significativo (32.4%vs20.6%;p=0.585). Do total de doentes, 29.4% eram fumadores activos; destes, 44.4% deixaram de fumar após o episódio. A tabela em anexo mostra os outcomes de acordo com a função pulmonar prévia. **Conclusão:** O internamento com necessidade de VMI não mostrou piorar a função pulmonar de doentes com DPOC, apesar de resultar em pior PS. O cumprimento terapêutico aumentou e quase metade dos fumadores deixaram de fumar. Pior função pulmonar prévia resultou em maior necessidade de desmame ventilatório para VNI, mas não em aumento de tempo de internamento ou de mortalidade.

PO.21

## Síndrome Hepato-Pulmonar – Um diagnóstico difícil na UCI

João Pedro Pais | Tiago Mendes | Vítor Hugo Costa | Rogério Corga da Silva | Pedro Moura | José Caldeiro

Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

**INTRODUÇÃO:** O síndrome hepato-pulmonar é caracterizado por um defeito na oxigenação arterial induzida pela dilatação vascular pulmonar em contexto de doença hepática crónica. Presente em 4-32% das cirroses, apresenta-se com aumento do gradiente alvéolo-arterial e tem como sinal clássico a ortodeoxia. A sua presença agrava o prognóstico, sendo a sua pesquisa obrigatória no estudo da dispneia e no pré-transplante hepático. **CASO CLÍNICO:** Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino de 54 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, hábitos alcoólicos marcados, depressão e cirurgia da coluna lombar. Foi admitido no serviço de urgência por politraumatismo no contexto de acidente de viação, com múltiplas fracturas (íliaco esquerdo, apófises transversas L1-L2), contusão cardíaca, hemotórax bilateral, movimento torácico paradoxal e contusão duodenal. Complicação inicial com síndrome hiperglicémico-hiperosmolar. Evolução inicial com disfunção multiorgânica. Evolução arrastada, com internamento prolongado. Hipóxia grave e persistente, com rácios pO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> de cerca de 80 mmHg, apesar de tentativas de otimização. A tomografia computadorizada torácica de alta resolução não revelou achados sugestivos de síndrome de dificuldade respiratória aguda, descrevendo imagens lineares periféricas nos campos pulmonares sugestivas de shunts arteriovenosos. Biópsia hepática confirmou estadio de cirrose. Ecocardiograma com soro agitado confirmou suspeita de síndrome hepato-pulmonar. Doente com resposta parcial a posicionamento em posição de Trendelenburg, e subsequentemente resposta favorável a corticoterapia. **CONCLUSÃO:** O presente caso destaca-se pela abordagem holística de um traumatismo num doente em que, entre várias complicações (derrame pericárdico, pneumonia associada ao ventilador, úlcera sagrada, miopatia de doente crítico) se diagnosticou cirrose hepática com síndrome hepato-pulmonar. Alerta-se assim para diagnóstico raro, no estudo de hipoxia de difícil controlo com gradiente alvéolo-arterial elevado, destacando a importância do estudo etiológico dirigido e não apenas do suporte orgânico empírico.

PO.22

## Interesse da calorimetria indireta numa unidade de cuidados especiais de neonatologia

Nuno China Pereira <sup>1</sup> | Raul Neto <sup>2</sup> | Filipa Lima <sup>1</sup> | Manuel Gonçalves <sup>2</sup> | Paula Fernandes <sup>2</sup> | José Almeida <sup>1</sup> | Paula Castelões <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pneumologia, CHVNG/E;

<sup>2</sup> Serviço de Medicina Intensiva, CHVNG/E

A colocação cega de uma sonda nasogástrica (SNG) flexível, ainda que considerada um procedimento inócuo, pode resultar em complicações graves e fatais. Complicações respiratórias severas estão descritas em 0,7% dos pacientes. Os autores apresentam o caso de um homem de 39 anos com antecedentes de síndrome depressivo. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) por hematoma subdural agudo traumático, com necessidade de craniectomia descompressiva. Internamento complicado por várias intercorrências infecciosas (respiratórias e da ferida cirúrgica), tendo sido extubado dia 27 de internamento e transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios. Em dia 36 de internamento, o doente exteriorizou a SNG. Por disfagia e necessidade de alimentação, a SNG foi recolocada, com localização confirmada pela auscultação na região epigástrica durante a insuflação de ar. Posteriormente, o doente iniciou quadro de dispneia, tosse e insuficiência respiratória, com ligeira melhoria após broncodilatação. Por persistência do quadro, é realizada uma radiografia torácica que evidencia atelectasia esquerda. Realizada broncofibroscopia urgente que documentou presença de SNG ao nível da traqueia com extremidade distal no brônquio principal esquerdo, que se encontrava obstruído por secreções purulentas/leitosas. Retirada SNG e aspiradas secreções com repermobilização da árvore brônquica. Por insuficiência respiratória severa o doente foi re-entubado e transferido para a UCIP, tendo posteriormente desenvolvido quadro de choque obstrutivo por pneumotórax hipertensivo. Colocado dreno torácico com saída de ar e líquido pleural de características empiemáticas, confirmando hidropneumotorax esquerdo. Iniciou antibioterapia de largo espectro, tendo sido isolada *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente e *Enterococcus faecalis* na análise microbiológica do líquido pleural. Por persistência de locas pleurais empiemáticas, colocado novo dreno torácico e iniciado tratamento com fibrinolíticos intrapleurais. Melhoria clínica progressiva, tendo tido alta da UCIP traqueostomizado e sem suplementação de oxigenoterapia. A colocação da SNG é um procedimento frequente, não desprovido de complicações. A auscultação não é um método totalmente fiável para avaliar a correcta colocação da SNG. As complicações desta técnica exigem um elevado grau de suspeição clínica e são necessárias alternativas fiáveis que assegurem a sua correcta colocação.

PO.23

## Tumor miofibroblástico: do achado imagiológico às complicações operatórias!

Filipa de Castro Lima <sup>1</sup> | Magda Alvoeiro <sup>2</sup> | Cristina Rodrigues <sup>3</sup> | Fernanda Paula <sup>4</sup> | Filipe Froes <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médica Interna de Formação Específica de Pneumologia, CHVNG/ E

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar de Cirurgia Cardiorácica, CHLN

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar Graduada de Cirurgia Cardiorácica, CHLN

<sup>4</sup> Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva, U C I Médico-Cirúrgicos do Departamento do Tórax do CHLN

**Introdução:** O tumor inflamatório miofibroblástico (TIM),previamente denominado de pseudotumor inflamatório ou granuloma de células plasmáticas,é uma lesão benigna pulmonar rara,habitualmente única,bem definida,de apresentação clínica e achados imagiológicos variáveis,que geralmente afecta indivíduos com idade inferior a 40 anos,de etiologia não totalmente compreendida.Apesar de benigna,pode apresentar evolução imprevisível e agressiva por invasão local,recidiva ou metástases. Seja para obtenção de diagnóstico definitivo ou como tratamento,a ressecção cirúrgica completa é o procedimento de eleição,apesar do potencial risco de instabilidade hemodinâmica que daí possa advir.

**Descrição de Caso:** Mulher,61 anos, fumadora (40 UMA), com antecedentes de DPOC, insuficiência respiratória parcial, tiroidectomia total, prolapso mitral e síndrome depressivo, polimedicação e sob oxigenioterapia de longa duração. Em contexto de internamento realizou TC de tórax que identificou “volumosa lesão neoformativa mesenquimatosa heterogénea ocupando a metade inferior do hemitórax esquerdo com 199/123mm,com envolvimento brônquico e vasculonervosos homolateral”,e biópsia transtorácica que revelou TIM do pulmão/pleura. Foi internada electivamente e submetida a lobectomia inferior esquerda por toracotomia. Durante o procedimento com tendência para hipotensão e perdas hemáticas estimadas de 1400cc,com necessidade de transfusão de 2UCE,sendo transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos ainda ventilada invasivamente e com 2 drenos torácicos no hemitórax esquerdo conectados a 3kPa.Nas primeiras 24h,por choque hipovolémico, com necessidade de reintervenção cirúrgica para hemóstase e 4 dias depois nova reintervenção para remoção de tamponamento. Durante o internamento na unidade a doente necessitou de elevado suporte aminérgico,que suspendeu 7 dias após 1ª cirurgia e pôde ser extubada e transferida para enfermaria de cirurgia torácica. Conclusões: Apresenta-se este caso dada a sua raridade e complexidade.Ainda que seja invulgar, o TIM pulmonar pode apresentar-se como uma massa central ou múltiplos nódulos pulmonares. Sendo os seus diagnóstico e tratamento a ressecção cirúrgica completa, quando de excepcionalmente elevadas dimensões, o clínico deve estar alerta que a recuperação pós-operatória do doente acarreta desafio e risco hemodinâmicos substancialmente acrescidos, consequentes à remoção cirúrgica da massa mediastínica de elevadas dimensões,que podem conduzir a um prognóstico diferente para o doente

PO.24

## Um caso de hidropneumotorax hipertensivo com exuberante enfisema subcutâneo

Rita Varudo | Inês Pimenta | Vânia Brito | Antero Fernandes

Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Garcia de Orta, Almada (PT)

**Introdução:** O pneumotórax hipertensivo desenvolve-se a partir da entrada de ar no espaço pleural através de uma válvula unidirecional, provocando colapso pulmonar ipsilateral e desvio contralateral do mediastino. Entre as principais causas de pneumotórax encontram-se as causas iatrogénicas, traumatismo torácico (incluindo barotrauma pulmonar), enfisema pulmonar, asma e pneumonia. Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 60 anos, autónomo, com antecedentes de hepatite C não tratada e diagnóstico recente de carcinoma pavimento-celular do ânus, admitido por quadro de hemoptises. A tomografia computadorizada (TC) demonstrou a presença de lesão cavitada, de provável etiologia infecciosa, e moderada expressão enfisematosa configurando bolhas de maiores dimensões no andar superior do campo pulmonar esquerdo. O exame micobacteriológico direto foi negativo. Iniciada antibioterapia com amoxicilina+ácido-clavulânico. Por persistência de hemoptises realizou broncofibroscopia (BF) com evidência de hemorragia ativa com origem no brônquio lobar inferior esquerdo, sem lesões endoluminais. Escalada antibioterapia para piperacilina-tazobactam após isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* em cultura de secreções brônquicas. Por persistência de hemoptises em doente com pneumonia cavitada a *Pseudomonas aeruginosa* e insuficiência respiratória parcial em agravamento, foi iniciada ventilação não invasiva (VNI) e transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos. Por falência de VNI, foi iniciada ventilação mecânica invasiva e realizada nova BF sem evidência de lesões sangrantes, endoluminais ou compressão extrínseca. Após o exame, apresenta quadro compatível com pneumotórax hipertensivo. Realizada drenagem emergente, com melhoria transitória. Nesse contexto opta-se por realizar TC torácica que demonstra presença de hidropneumotorax hipertensivo com colapso praticamente total do pulmão esquerdo com várias locas de pneumotorax e enfisema subcutâneo expressivo em toda a parede torácica anterolateral esquerda. Colocados dois drenos torácicos, persistindo, contudo, agravamento clínico progressivo com evolução para disfunção multiorgânica e morte. Conclusão: O caso apresentado demonstra a necessidade de um elevado índice de suspeição para o diagnóstico clínico de pneumotorax hipertensivo no doente crítico com patologia pulmonar e necessidade de ventilação com pressão positiva, tratando-se de uma patologia associada a elevada taxa de mortalidade.

## PO.25

### Ventilação domiciliária não invasiva em doentes neuromusculares: a experiência de uma consulta especializada

Adelaide Alves | Inês Sucena | Carla Ribeiro | Carla Nogueira | Daniela Ferreira | Sara Conde

Serv. de Pneumologia do Centro Hosp. de Vila Nova de Gaia/Espinho

**Introdução.** As doenças neuromusculares são um grupo complexo de patologias nas quais a fraqueza dos músculos respiratórios é comum, podendo condicionar complicações ameaçadoras da vida, designadamente infeções e insuficiência respiratória. Os cuidados respiratórios são elementares na otimização da abordagem terapêutica destes doentes.

**Objetivos e métodos.** Caracterização clínica e terapêutica dos doentes neuromusculares seguidos na consulta de Ventilação Domiciliária Não Invasiva Domiciliária (VDNI) do nosso Centro Hospitalar. Análise retrospectiva dos doentes neuromusculares seguidos na consulta em 2016 e 2017. Resultados. Foram incluídos 58 doentes, maioritariamente homens (n=38; 66%), com uma média de idades de 61 anos. A maioria dos doentes foi referenciada a partir da consulta de Neurologia (n=41; 71%). As patologias mais frequentemente referenciadas foram a esclerose lateral amiotrófica (n=22; 38%), a distrofia miotónica tipo 1 (n=10; 17%), a distrofia muscular fascioscapuloumeral (n=3; 5%) e a síndrome de Guillain-Barré (n=3; 5%). Estudo funcional respiratório inicial (valores médios): capacidade vital forçada 2,1 L (71%), pressão inspiratória máxima 36 cmH<sub>2</sub>O, pressão expiratória máxima 52 cmH<sub>2</sub>O e paCO<sub>2</sub> no sangue arterial 55 mmHg. A maioria dos doentes referenciados (n=42; 72%) apresentou critérios para instituição de VDNI no decurso do seguimento, tendo sido iniciada ventiloterapia, em média, 7 meses após a primeira consulta. 38 (66%) doentes iniciaram ventilação por pressão positiva bi-nível, sendo o modo ventilatório mais frequentemente instituído o spontaneous-timed (ST) (n=26; 68%). A interface mais utilizada foi a oronasal (n=26; 62%) e um doente apresentava traqueostomia. Na maioria dos casos (n=37; 88%), a VDNI foi instituída eletivamente na consulta. A maioria dos doentes (n=31; 78%) apresentou boa adesão à VDNI. Um número reduzido de doentes apresentou efeitos adversos, nomeadamente, secura das mucosas (n=4; 10%) e aerofagia (n=3; 7%). Foi verificado o falecimento de 14 (24%) doentes ao longo do seguimento, em sete dos casos por causa respiratória. Conclusão. A maioria dos doentes referenciados à consulta iniciou VDNI, a qual se mostrou, em regra, uma terapêutica bem tolerada e à qual os doentes são aderentes. As causas respiratórias foram responsáveis por metade dos óbitos verificados, o que está de acordo com a literatura, segundo a qual os distúrbios respiratórios e as suas complicações são a principal causa de morte nestes doentes.

## PO.26

### Ventilação domiciliária não invasiva nas doenças pulmonares intersticiais e ocupacionais

Adelaide Alves | Inês Sucena | Carla Ribeiro | Carla Nogueira | Daniela Ferreira | Sérgio Campinha | Sofia Neves | Sara Conde

Serv. de Pneumologia do Centro Hosp. de Vila Nova de Gaia/Espinho

**Introdução:** Os doentes com doença pulmonar intersticial e ocupacional são suscetíveis ao desenvolvimento de insuficiência respiratória crónica, podendo beneficiar de ventilação domiciliária não invasiva (VDNI). Objetivos e métodos: Análise retrospectiva dos doentes com doença pulmonar intersticial e ocupacional sob VDNI seguidos em consulta de ventilação domiciliária de um hospital central durante um período de cinco anos (2013 - 2018), através da consulta dos processos clínicos. Resultados: Foram incluídos 17 doentes com uma idade média de 67 anos. A maioria dos doentes era do género feminino (n=9; 53%). As patologias mais frequentemente observadas foram a doença pulmonar intersticial fibrótica inclassificável (n=5; 29%), a patologia intersticial associada à artrite reumatoide (n=2; 12%), a fibroelastose pleuroparenquimatosa (n=2; 12%) e a silicose (n=2; 12%). Dois doentes encontravam-se em lista para transplante pulmonar. Avaliação funcional respiratória inicial (valores médios): capacidade vital forçada 1.7 L (57.4%), difusão alvéolo-capilar do monóxido de carbono 56% e paCO<sub>2</sub> no sangue arterial de 61 mmHg. Um número significativo de doentes (n=7; 41%) apresentava SAOS concomitante com um índice de apneia-hipopneia médio de 32/hora. A maioria dos doentes (n=9; 53%) apresentava sinais ecocardiográficos sugestivos de hipertensão pulmonar. O critério mais frequente para instituição da VDNI foi a insuficiência respiratória hipercápnica sem acidemia e a maioria dos doentes (n=12; 71%) iniciou ventiloterapia de forma programada na consulta em fase de estabilidade clínica. Para além da VDNI, a maioria dos doentes (71%) encontrava-se ainda sob oxigenoterapia de longa duração. Foi verificada uma tendência a um menor número de exacerbações após a instituição da VDNI. Foi observada uma taxa de mortalidade de 53%, correspondente ao falecimento de 9 doentes, na maioria dos casos (n=7; 78%) por agudização da patologia de base em contexto de infeção respiratória. Conclusão. Apresentamos a nossa experiência na ventilação domiciliária de doentes com doença pulmonar intersticial e ocupacional, um grupo de patologias no qual a efetividade da VDNI ainda não está bem estabelecida. A VDNI foi instituída em doentes com alteração ventilatória restritiva suficientemente grave para condicionar insuficiência respiratória hipercápnica. Na maioria dos doentes, a insuficiência respiratória tinha também um importante componente hipoxémico, justificando a prescrição de oxigenoterapia.

PO.27

## Ventilação não invasiva nas doenças pulmonares difusas

Ricardo Quita <sup>1</sup> | Sónia André <sup>2</sup> | Ana Rego <sup>2</sup> | Fernando Rua <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário do Porto – Serviço de Pneumologia

<sup>2</sup> Centro Hosp. e Universitário do Porto - Serv. de Cuidados Intensivos

As doenças intersticiais pulmonares difusas (DIPD) são um grupo heterogéneo que inclui anormalidades inflamatórias e fibróticas do pulmão. São caracterizadas por episódios agudos de insuficiência respiratória (IRA) com um mau prognóstico global. Os estudos mais recentes demonstram que a admissão em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e necessidade de ventilação invasiva nas exacerbações de DIPD estão associadas a uma alta taxa de mortalidade. Por este motivo, a ventilação não invasiva (VNI) tem sido reconhecida como um meio de evitar a intubação. Os autores apresentam o caso de um homem de 74 anos, fumador, hipertenso, com doença renal crónica submetido a transplante renal em 2009 por glomerulonefrite membranoproliferativa. Foi admitido no hospital em contexto de urgência por dispneia e febre, com SIRS elevado e radiografia do tórax a demonstrar infiltrado pulmonar bilateral de novo. Transferido para UIMC por IR hipoxémica em agravamento e foi assumida pneumonia adquirida na comunidade em doente imunossuprimido. Iniciou antibioterapia e suspendeu-se imunossupressão, excepto prednisolona. No decorrer do internamento o doente evolui desfavoravelmente, com necessidade de suporte ventilatório, tendo-se optado por ventilação não invasiva com máscara facial. A hipótese de patologia pulmonar difusa não infecciosa acaba por ser sustentada pela ausência de isolamentos microbiológicos e imagem do TC de tórax com áreas de vidro despolido difuso e espessamento septal associado. Apresentava uma insuficiência respiratória tipo 1 grave com necessidade de PEEP elevada e FIO<sub>2</sub> de 1. Surgiram como complicações a fuga descontrolada e assíncronia do doente, um suporte ventilatório inadequado, estando iminente o início de medidas de suporte invasivo. Por se tratar de um doente que clinicamente apresentava factores de mau prognóstico e elevada susceptibilidade para complicações nomeadamente infecciosas, de ventilação prolongada e desmame difícil, optou-se pela troca da interface para um capacete (Helmet), com boa tolerância e oxigenação. Após a estabilização da insuficiência respiratória e excelente resposta à corticoterapia sistémica obtém-se uma melhoria progressiva, permitindo o desmame faseado de VNI e de oxigenoterapia. Este caso vem fortalecer a hipótese de que a ventilação não invasiva, em ambiente controlado, pode ter um papel importante nas agudizações de doenças intersticiais pulmonares e que a escolha da interface mais adequada para cada caso é essencial.

PO.28

## What happens to patients with STEMI who go to Emergency Room by their own means?

Hugo Miranda | Inês Almeida | Hélder Santos | Catarina Sousa (1);  
Joana Chin | Samuel Almeida | João Tavares

Cardiologia (CHBM)

Introduction: Although the use of invasive strategies in STEMI has increased in Portugal, our population isn't aware of the importance of symptom recognition and early activation of emergency medical services. Objectives: To evaluate if the patients (P) admitted with STEMI, in particular those who came to ER by their own means (OM), presented an increased risk of cardiovascular events (CVE) during the first year of follow-up (1FU). Methods: Single center retrospective analysis of P within a period of 1,5 years (July 2016-December 2017). We analyzed common epidemiological variables, evolution during hospitalization and occurrence of CVE (cardiovascular death, new coronary ischemic event, LVEF dysfunction, hospitalization by acute heart failure or arrhythmias) during the 1FU. Results: 107 P were admitted. Mean age was 63,47±13,63 years, with a predominance of males (73,82%). Median time "onset symptoms – diagnosis" of 145 minutes. 60,7% P came to our ER by their OM. At discharge, the P presented a median hospitalization of 7 days. Only 3 P died during hospital length (HL). Comparing P who came by their OM to others (pre-hospital), they were older, presented a longer HL and time "onset symptoms – cat lab" and had more CVE- table 1. Own Means (OM) Others (pre-hospital) p-value Age (years) 64,31±12,94 62,6±14,92 0,548 Time Symptoms-Cat lab(minutes) 370 270 0,044 HL (days) 7 6 0,835 Hospital death (%) 2,8 0 0,278 Arrhythmias (%) 3,74 1,87 1 Acute heart failure (%) 3,74 2,8 1 Aborted Cardiopulmonary arrest 4,67 0 0,154 Characterization of the two groups during hospitalization During the 1FU no differences in CVE was found between the two groups. 10 patients (5 in each group) died of non-cardiovascular causes (infections and advanced oncologic pathology). Own Means (OM) Others (pre-hospital) p-value P with CVE at 6 months (%) 2.8

PO.29

## Oclusão endobrônquica com espigão de Watanabe: a propósito de um caso clínico

Daniel Reis | Margarida Silva | Carla Ribeiro | Daniel Vaz | Eloísa Silva | Teresa Shiang | Manuela Vanzeller

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

**Introdução:** O pneumotórax recidivante constitui uma indicação para tratamento cirúrgico. No entanto quando o doente não tem condições para tratamento cirúrgico a abordagem terapêutica pode ser difícil e desafiante. **Descrição do caso:** Homem de 57 anos com antecedentes de tuberculose pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), silicose e pneumotórax secundário (PS) recidivante esquerdo (4 episódios) já submetido anteriormente a pleurodese médica. Admitido em fevereiro de 2018 por PS esquerdo, foi apresentado ad início a Cirurgia Cardioráscica para avaliar a elegibilidade para tratamento cirúrgico, e colocado dreno torácico. Após ponderação risco-benefício e considerando os antecedentes pessoais e estudo funcional respiratório prévio, verificou-se não haver condições para tratamento cirúrgico. O doente manteve câmara de pneumotórax e fuga de ar durante 19 dias pelo que se optou pela colocação de espigão de Watanabe endobrônquico por broncoscopia rígida. No dia seguinte ao procedimento o doente não tinha fuga de ar mantendo pequena câmara de pneumotórax. O dreno torácico foi removido 8 dias depois e o doente teve alta no dia seguinte. Até 1 ano depois, o doente não apresentou reincidência de pneumotórax. **Conclusão:** Na abordagem do pneumotórax recidivante, quando o doente não é candidato a tratamento cirúrgico, alternativas terapêuticas como a oclusão endobrônquica com espigão de Watanabe podem ser ponderadas. No caso aqui exposto, esse procedimento decorreu sem complicações e proporcionou o resultado desejado.

PO.30

## Pneumomediastino espontâneo: a propósito de um caso clínico

Daniel Reis | Margarida Silva | Raquel Marçoa

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

**Introdução:** O pneumomediastino é uma patologia rara que afeta mais frequentemente os indivíduos jovens do sexo masculino. Na maioria dos casos é possível a identificação de fatores desencadeantes tais como a exacerbação de asma e situações associadas à realização de manobra de valsava. Os principais sintomas são dor torácica e dispneia. Na maioria dos casos também existe enfisema subcutâneo associado. **Descrição do caso:** Homem de 22 anos, brasileiro, não fumador e asmático. Admitido no serviço de urgência com quadro de cervicgia e toracalgia de características pleuríticas e dispneia, com início após viagem de avião, associado a tosse produtiva, rinorreia e pieira, com início 3 dias antes da viagem. Por instabilidade hemodinâmica e prostração foi admitido na sala de emergência. Ao exame físico, apresentava enfisema subcutâneo ao nível da região cervical e na auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular globalmente diminuído com presença de alguns sibilos dispersos por ambos os campos pulmonares. Realizou telerradiografia torácica que revelou a presença de enfisema subcutâneo na região cervical. De seguida, realizou tomografia computadorizada torácica que revelou a existência de volumoso pneumomediastino para além de enfisema subcutâneo e pequeno pneumotórax apical direito. O tratamento instituído incluiu oxigenoterapia, antibioterapia e analgesia. Apresentou regressão do enfisema subcutâneo e redução do pneumomediastino e pneumotórax à direita, acabando por ter alta ao fim de 5 dias de internamento.

**Conclusão:** O pneumomediastino espontâneo é uma entidade habitualmente benigna e com bom prognóstico. No caso aqui exposto, o doente apresentou boa evolução clínica e sem evidência de recorrência até 3 meses após o internamento. Como fatores desencadeantes neste caso clínico, a exacerbação de asma, o quadro de infeção respiratória e a viagem de avião poderão ter contribuído para o desenvolvimento do pneumomediastino.



Siga-nos em:

[www.apnep.pt](http://www.apnep.pt)

[www.facebook.com/associacaoportuguesadenutricaoentericaeparenterica](https://www.facebook.com/associacaoportuguesadenutricaoentericaeparenterica)



Siga-nos em:

[www.asci.org.pt](http://www.asci.org.pt)

[www.facebook.com/ASCICHCP](https://www.facebook.com/ASCICHCP)





## Organização

