

Revista

APNEP

Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

Volume X

Número 1

ABRIL 2016



Órgão Oficial da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

CONTACTOS

www.apnep.pt

Associação Portuguesa de Nutrição
Entérica e Parentérica
Apartado
4408 4007-001 Porto

PRESIDENTE
Aníbal Marinho
anibalmarinho@gmail.com

SECRETÁRIA
Carla Pinto
apnepsecretariado@gmail.com

NOTA: Os originais recebidos para publicação são da responsabilidade dos seus autores, e nem todos se encontram elaborados segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

DIREÇÃO

PRESIDENTE
ANÍBAL MARINHO
Centro Hospitalar Porto, Porto

SECRETÁRIO
LINO MENDES
Escola Superior Tecnologia Saúde Lisboa, Lisboa
lino.mendes@estesl.ipl.pt

TESOUREIRA
MANUELA OLIVEIRA
Centro Hospitalar Porto, Porto
manela.oliveira@gmail.com

VOGAIS
NUNO CARVALHO
Hospital Garcia de Orta, Almada
nunomdc@sapo.pt

TERESA AMARAL
Faculdade Ciências Nutrição e Alimentação, Porto
amaral.tf@gmail.com

JOSÉ PESSOA
B.Braun Medical
jose.pessoa@bbraun.com

ABÍLIO CARDOSO TEIXEIRA
Centro Hospitalar Porto, Porto
abilio.cardosoteixeira@gmail.com

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

PRESIDENTE
ANTÓNIO SOUSA GUERREIRO
Faculdade Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa
antonioguerreiro@hotmail.com

CONSELHO FISCAL

PRESIDENTE
FERNANDO PRÓSPERO
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Chaves
fernandoproperoluis@gmail.com

VOGAIS
ISABEL MIRANDA
Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa
lisamiranda@sapo.pt

JOÃO PEDRO PINHO
Centro Hospitalar Médio Ave, Famalicão
pinhojoao@hfamalicao.min-saude.pt

CONSELHO EDITORIAL

LINO MENDES (Coordenador)
Escola Superior Tecnologia Saúde Lisboa, Lisboa
lino.mendes@estesl.ipl.pt

ANÍBAL MARINHO
Centro Hospitalar Porto, Porto
anibalmarinho@gmail.com

ABÍLIO CARDOSO TEIXEIRA
Centro Hospitalar Porto, Porto
abilio.cardosoteixeira@gmail.com

TERESA AMARAL
Faculdade Ciências Nutrição e Alimentação, Porto
amaral.tf@gmail.com

Breve História da APNEP

Fundação da Associação em 1996

1.ª Direção – 1997-1999

- 1.ª Presidente – Prof.ª Ermelinda Camilo
Fundadora e 1.ª Presidente da APNEP 1997 – 1999
1.º Key-Member – Prof.ª Marília Cravo



2.ª Direção – 1999-2001

- 2.º Presidente – Prof. António Sousa Guerreiro
2.º Key-Member – Prof.ª Luiza Kent-Smith



3.ª Direção – 2001-2003

- 3.º Presidente – Dr. Paulo Martins
3.º Key-Member – Dra. Ana Lopes



4.ª Direção – 2003-2006

- 4.ª Presidente – Prof.ª Luiza Kent-Smith
4.º Key-Member – Prof.ª Luiza Kent-Smith
Organização do 26.º Congresso da ESPEN em Portugal



5.ª Direção – 2006-2009

- 5.º Presidente – Dr. Anibal Marinho
5.º Key-Member – Dr. Anibal Marinho



6.ª Direção – 2009-2012

- 6.º Presidente – Dr.ª Lourdes Tavares
6.º Key-Member – Prof.ª Catarina Sousa Guerreiro



7.ª Direção – 2012-2015

- 7.º Presidente – Dr. Anibal Marinho
7.º Key-Member – Dr. Anibal Marinho



Editorial

O que motiva uma equipa a concorrer pela terceira vez aos órgãos sociais da APNEP? A perpetuação no poder pela continuidade não será de certeza absoluta.

Ao longo destes anos temos sabido manter uma vontade crescente em produzir trabalho, em obter resultados e melhorias numa área tão carenciada no aspeto formativo.

Nos últimos dois mandatos conseguimos, através de uma gestão rigorosa da Associação, diminuir os encargos dos sócios. Aumentámos de uma forma exponencial ao longo de seis anos as iniciativas como cursos e simpósios, mas também o número de associados e de participantes nas diferentes atividades formativas que se desenvolvem todos os anos.

Encontramo-nos atualmente no “vórtice de uma nova era”. Nada melhor que iniciar um mandato com um novo site, muito mais dinâmico e interativo, com uma afluência recorde de congressistas ao XVIII Congresso Anual, com o maior número de cursos e de formandos nos cursos Life Long Learning da ESPEN.

Temos uma equipa mais dinâmica, que envolve um número mais alargado de profissionais de saúde, o que permite uma melhor representatividade de todas as sensibilidades que suportam a área da nutrição.

Vamos privilegiar um maior o contacto com os associados, quer pela newsletter, do site, e da Revista, mas fundamentalmente pela dinamização das diferentes Secções que foram criadas.

Vamos promover os nossos consensos, vamos elaborar novos protocolos, vamos dinamizar a investigação nesta área tão carenciada e ao mesmo tão importante para a saúde do ser humano.

Vamos sensibilizar o poder político para a importância da formação em nutrição no ensino pré-graduado, para a importância da contribuição do estado para um adequado suporte nutricional a fornecer a toda a população e para todos os ganhos esperáveis a curto e a médio prazo.

Somos a maior associação do país nesta área, temos a obrigação e o dever de pelo menos sensibilizar e de tentar mudar para melhor.

Vontade não nos falta e por isso... nós vamos conseguir. E como diz um sábio poeta: “Nossas dádivas são traidoras e fazem-nos perder o bem que poderíamos conquistar, se não fosse o nosso medo de tentar.” Nós vamos tentar...SEMPRE. Contamos consigo.

O Presidente da APNEP

Aníbal Marinho

Índice Geral

PALESTRAS DIA 11 ABRIL

sala 3 | 11 de abril

sala 1 | 11 de abril

SUORTE NUTRICIONAL NA DOENÇA RENAL

- Lesão renal aguda *
- Lúisa Trindade *
- Suporte nutricional na doença renal crónica *
- Marta Pinto Coutinho *
- Suporte nutricional em doentes com hemodiálise de manutenção *
- Cátia Borges *
- Suporte nutricional na diálise peritoneal *
- Cátia Borges *

SUORTE NUTRICIONAL EM DOENÇAS NEUROLÓGICAS

- Consequências metabólicas e nutricionais das doenças neurológicas *
- Cátia Borges *
- Suporte nutricional no AVC *
- Rosa Maria Mendes *
- Disfagia neurogénica / Suporte nutricional nas doenças neurológicas crónicas *
- Lúisa Trindade *

sala 2 | 11 de abril

A VIDA SEM SAL TEM OU NÃO TEM SABOR?

- O sal na alimentação dos jovens 2
- Cláudia Viegas 2
- Políticas públicas para redução do sal 2
- Joana Sousa 2
- Programas para redução do sal 3
- Raquel Ferreira 3

A NUTRIÇÃO E A GEOGRAFIA RELACIONAM-SE?

- Mapeamento geográfico - o que pode ajudar na acessibilidade alimentar? *
- Jorge Ferreira *
- Desenvolvimento urbano: impacto nutricional 3
- Zélia Santos 3
- Geografia da nutrição - o caso da obesidade infantil 4
- Margarida Santos 4
- Geografia da nutrição - impacto do/no poder local? 5
- Raquel Ferreira 5

DIABETES MELLITUS: O QUE SE TEM FEITO DE NOVO?

- Tratamento farmacológico - na DM tipo 1 *
- Joana Oliveira *
- Tratamento farmacológico - na DM tipo 2 *
- Paula Freitas *
- Na alimentação *
- Cristina Arteiro *
- Fatores alimentares na patogénese e na prevenção da diabetes *
- Davide Carvalho *

NUTRIÇÃO EM DOENTES PARTICULARES

- Nutrição no HIV *
- Fernanda Almeida *
- Nutrição no doente hepático *
- Filipe Nery *
- Nutrição no DPOC 5
- Isabel Maia 5
- Nutrição no doente crítico 6
- Anibal Marinho 6

MEDICINAS COMPLEMENTARES E NUTRIÇÃO

- Medicina ortomolecular: que papel? 7
- Roni Moya 7
- Dieta do grupo sanguíneo e risco de cancro 8
- Emanuel Machado 8
- Dieta paleolítica ou dieta genética: evolução ou (de)evolução? 8
- Vera Sá 8
- Acupuntura e nutrição: benefícios de uma vida saudável 9
- Ana Paula Guarniero 9

NUTRIÇÃO E CANCRO

- Epidemiologia do cancro: o que se sabe? *
- Clara Castro *
- Nutrição intravenosa em oncologia: abordagem complementar 9
- Roni Moya 9
- Nutrição versus qualidade de vida em oncologia 10
- Ivo Paiva 10
- Papel das associações *
- Ana Paula Moreira *

O MODERNO HOMEM DAS CAVERNAS

- Comer ou não comer? *
- Ricardo Cruz *
- De acordo com Darwin *
- André Dourado *
- Suplementação com omega 3 10
- Carla Lopes 10

ABORDAGEM NUTRICIONAL NOS CSP: REFLETIR A ACESSIBILIDADE, DEFINIR PRIORIDADES

- Reflexão sobre uma realidade *
- Rui Pedro Silva *

EXPERIÊNCIAS DO ENSINO DE NUTRIÇÃO EM ENFERMAGEM

- Contado por uma associação profissional *
- Paulo Alves *
- Contado por um aluno 11
- João Silva 11
- Contado por um professor 11
- João Lindo Simões 11
- Experiência de um percurso de investigação 12
- Fátima Santos 12

sala 4 | 11 de abril

NUTRIÇÃO E A ENFERMAGEM... INTENSIVA

- Implementação de protocolos *
- Anabela Pereira *
- Preparar NP no serviço? Oh não! *
- Rui Pereira *
- Mitos e ideias pré concebidas *
- Anibal Marinho *
- Glicémia intensiva? 12
- Solange Gomes 12

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL INTEGRADA

- Fisiologia do envelhecimento 13
- Miguel Ferreira 13
- Capacidade funcional 13
- Teresa Tomás 13
- Risco de quedas 14
- Beatriz fernandes 14
- Nutrição geriátrica 14
- Marisa Cebola 14

POLÍTICA E PROGRAMAS ALIMENTARES E DE NUTRIÇÃO: QUE EFICÁCIA?

• Iniciativas escolares nutrition-friendly	
Rui Lima	15
• Food security and household	
Rute Borrego	*
• Biodiversidade: abundância de alimentos saudáveis a partir de ecossistemas saudáveis?	
Fernando Amaral	15

O MUNDO TECNOLÓGICO AO SERVIÇO DA NUTRIÇÃO

• Personalizar, personalizar, personalizar: o interesse da nutrigenética	
Rui Poinhos	16
• ITC's: obrigatórios na intervenção nutricional atual	
João P. Silva	*
• MyCYFAPP – exemplo de uma app no tratamento da fibrose quística	
Tiago Martins	16
• Alimentos inovadores: o que há disponível	
Diana Mendes	*

sala 5 | 11 de abril

NUTRIÇÃO EM GASTROENTEROLOGIA: O QUE HÁ DE NOVO

• Doença inflamatória intestinal: o que está a mudar.	
Ana Lúcia Sousa	17
• Sensibilidade não celíaca ao glúten ou síndrome do intestino irritável	
Catarina Sousa Guerreiro	17
• Insuficiência intestinal na síndrome do intestino curto: estaremos a assistir ao fim da nutrição parentérica domiciliária?	
Jorge Fonseca	18

NUTRIÇÃO E PATOLOGIA DIGESTIVA: DO LABORATÓRIO À CLÍNICA

• Permeabilidade intestinal e patologia gastro-intestinal	
Inês Asseiceira	18
• Microbiota e fígado gordo não-alcoólico: associação ou mecanismo patogénico?	
Rita Barosa	19
• Porque não valorizar as IgG nas intolerâncias alimentares.	
Pedro Morais da Silva	20

NUTRIÇÃO ENTÉRICA DE LONGA DURAÇÃO. ALIMENTAÇÃO DE PREPARAÇÃO DOMÉSTICA OU FÓRMULAS

• Alimentação de preparação doméstica por princípio	
Maria João Duarte	20
• Fórmulas comerciais, claro!	
Diogo Catita	21
• Optar, mas... como reduzir os riscos?	
Carla Adriana Santos	22

NUTRIÇÃO ENTÉRICA COMO SUPLEMENTAR DA PARENTÉRICA

• Quando e como?	
Vilma Martins	*
• Os fármacos a utilizar para aumentar a tolerância à nutrição entérica	
Miguel Frois Borges	22
• Produtos disponíveis – como seleccionar?	
Alice Lopes	*
• Casos particulares de presença de fístula digestiva ou de síndrome obstrutivo intestinal – que fazer?	
Ana Azevedo	*

sala 6 | 11 de abril

AVANÇOS E PROBLEMAS EM NUTRIÇÃO PARENTÉRICA PEDIÁTRICA

• Emulsões lipídicas de terceira geração	
Luís Pereira- da-Silva	*
• Nutrição parentérica no domicílio e combate à infeção	
Rute Neves	*
• Vantagens da informatização na prescrição e preparação	
Israel Macedo	*

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE NUTRIÇÃO EM PEDIATRIA: DO BÁSICO À COMPLEXIDADE

• Antropometria: quando, como e porquê?	
Ana Catarina Moreira	*
• IMC: vantagens e limitações, do recém-nascido ao adolescente	
Luís Pereira- da-Silva	*
• Diagnóstico laboratorial, incluindo de micronutrientes	
Ricardo Ferreira	*
• Impedância bioelétrica e pletismografia de deslocação de ar: O estado da arte	
Mónica Pitta Grós Dias	*

DOENÇA DE CROHN EM PEDIATRIA

• Abordagem terapêutica/nutricional no diagnóstico da DC	
Jorge Amil	23
• Densidade mineral óssea e estado nutricional	
Ana Catarina Moreira	23
• Abordagem nutricional nas diferentes fases	
Mónica Pitta Grós Dias	*
• Efeito do balanço entre o gasto e ingestão energética	
Inês Asseiceira	24

QUANDO A TERAPÊUTICA CONVENCIONAL FALHA NO CONTROLO DA EPILEPSIA

• Decisão pela abordagem nutricional	
Eulália Calado	25
• Abordagem nutricional no tratamento da epilepsia refractária e outras patologias neurológicas	
Mónica Pitta Grós Dias	25
• O papel do enfermeiro na implementação e controlo da dieta cetogénica	
Cristina Maria Taveira de Sousa Martins	26
• O papel da indústria	
Eva Gonzalez	*

sala 7 | 11 de abril

FERRAMENTAS DE RASTREIO E DE DIAGNÓSTICO DA DESNUTRIÇÃO – CONTROVÉRSIAS

• Rastreio vs. diagnóstico da desnutrição: consensos atuais	
Luís Matos	27
• Capacidade funcional: causa ou consequência?	
Rita Guerra	*
• Micronutrientes: que valor?	
Carla Adriana Santos	27
• Sarcopenia vs. fragilidade vs. caquexia	
Ana Sofia Sousa	28

IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREIO E DE DIAGNÓSTICO DA DESNUTRIÇÃO

• Rastreio e diagnóstico da desnutrição na comunidade	
Cecília Soares	28
• Duas realidades no hospital Parte 1	
Diana Mendes	*
• Duas realidades no hospital Parte 2	
Cristina Teixeira	*
• Em pediatria oncológica	
Inês Ramos	29

NUTRITION DAY – QUE VALOR?

• ND em oncologia	
Elsa Madureira	30
• ND em lares	
Cátia Marques	30
• ND em UCI	
Sónia Cabral	*
• Relatório ND Portugal 2015	
Paula Alves	*

RESULTADOS PRELIMINARES DE PROJETOS SOBRE A AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS EM PORTUGAL

• PEN 3S	
Teresa Madeira	31
• Qualife+	
Sandra Marília Silva	*
• Nutrição e Alzheimer	
Odete Vicente de Sousa	31
• Inquérito Luso-Brasileiro	
Paula Correia	*
• Nutrition UP 65	
Teresa Amaral	32

sala 8 | 11 de abril

TRATAMENTO ÚLCERAS POR PRESSÃO E NUTRIÇÃO

• Suporte nutricional: suplementação específica em UPP	
Paulo Alves	33
• Diagnóstico diferencial em UPP	
Paulo Ramos	*
• Do desbridamento à cicatrização - update	
Diana Mendes	*

A IMAGEM NA DESNUTRIÇÃO

• Contribuição da imagiologia para a determinação da massa gorda	
Alexandra Covas Lima	33
• A avaliação da sarcopenia por métodos de imagem	
Margarida Ferreira	*
• Endoscopia e imagiologia no síndrome de intestino curto	
Miguel Frois Borges	34
• Histologia no síndrome de má absorção	
Hélder Coelho	34

O FARMACÊUTICO E A NUTRIÇÃO ARTIFICIAL - DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO

• Regimes personalizados versus standard	
Filipa Cosme Silva	34
• Unidades de preparação de NP: Instalações e equipamentos	
Sameiro Lemos	*
• Controlo de qualidade na nutrição parentérica	
Rita Brito	*
• Nutrição artificial no domicílio: Regulamentação Europeia/Portugal	
Lisete Lemos	*
• Nutrição artificial no domicílio: Protocolo de adesão à terapêutica	
Paula Pina	*

COORDENAÇÃO DE CUIDADOS EM DOENTES EM NUTRIÇÃO ENTÉRICA NO AMBULATÓRIO COM GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA

• Modelo do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães	
Carla Marinho	*
• Modelo do Hospital Garcia de Orta, Almada	
Jorge Fonseca	35
• Modelo do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.	
Inês Marques	36
• Modelo do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E	
Maria Moniz Vidal	*

sala 1 | 12 de abril

SUORTE NUTRICIONAL NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

• Respostas metabólicas ao stress cirúrgico	
Jorge Fonseca	*
• Objetivos nutricionais no período perioperatório	
Carla Adriana Santos	*
• Gerindo o stress cirúrgico: princípios da "recuperação melhorada" e seu efeito no resultado clínico	
Nuno Carvalho	*
• Balanço de fluídos e metabolismo em cirurgia	
Nuno Carvalho	*

SUORTE NUTRICIONAL EM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

• Mecanismos e consequências de composição corporal alterada na doença respiratória crónica	
Diana Mendes	*
• Obesidade e DPOC: aspectos relacionados	
Diana Mendes	*
• Dieta em DPOC	
Ana Rita Calha	*
• Descobertas recentes de meta-análises em intervenções nutricionais na DPOC e abordagens multimodais	
Marisa Cebola	*

sala 2 | 12 de abril

COMO MANTER O INTESTINO A FUNCIONAR?

• Como manter a competência imunitária do intestino?	
Manuel Santos Rosa	*
• Preparação intestinal na cirurgia colo-rectal. Faz algum sentido?	
José Gonçalves	37
• Suporte nutricional na laparostomia.	
Eva Barbosa	37
• Como prevenir o Ileus pós-operatório.	
Cátia Ferreira	37

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA TOTAL: SABER E APLICAR

• Porque é que um interno deve saber de NPT?	
Filipe Borges	38
• Interrupção súbita da NPT. Segura?	
Nuno Carvalho	38
• Como prevenir complicações infecciosas com CVC?	
Miguel Frois Borges	39
• Atualização de controlo da glicémia no doente cirúrgico. Que valor?	
Nádia Tenreiro	39

NUTRIÇÃO ENTÉRICA, DA HISTÓRIA À PREFERÊNCIA NO SUORTE NUTRICIONAL

• História da nutrição entérica.	
Lino Mendes	*
• Evidência da vantagem da NE vs NPT.	
Gabriel Oliveira	*
• Via oral na pancreatite aguda. Segura?	
Nuno Carvalho	40
• Descontaminação seletiva do tubo digestivo. O que é?	
Nuno Figueiredo	*

CIRURGIA BARIÁTRICA

• Da referenciação ao bloco operatório, que percurso?	
Léneo Andrade	40
• Rise and fall da banda gástrica	
Leonor Manaças	*
• Atualização cirurgia bariátrica	
António Albuquerque	*
• Impacto da cirurgia bariátrica na saúde pública	
Nuno Borges	*

COISAS DO AUTO CUIDADO

• No doente renal crónico	*
Liliana Ferreira	*
• No doente transplantado	*
Fernando Nunes	*
• No doente crítico	*
Margarida Oliveira	*
• Na reabilitação	*
Tânia Matos	*

NUTRIÇÃO EM DESPORTOS

• Nutrição no ciclismo	*
Sérgio Lima	*
• Nutrição no trail	*
César Leão	*
• Nutrição no ultra endurance	*
Pedro Carvalho	*
• Alimentação em dia de jogo (o exemplo do futebol)	*
Rui Hernâni Gomes	*
• Suplementação em Nutrição Desportiva: Em que ponto estamos?	*
Rui Escalreira	*

DESPORTO URBANO

• Como iniciar a prática de exercício físico e porquê?	*
Pedro Rocha	*
• O exercício físico é perigoso? Posso morrer durante o exercício?	*
Marco Oliveira	*
• Como surgiu a moda de praticar exercício físico e porquê?	*
Pedro Amorim	*
• Como usar o ginásio	*
Arnaldo Cruz	*
• Como conseguir trabalhar, investigar e competir a alto nível	*
Ester Alves	*
• Como conciliar ser multi-mãe, trabalhar full-time e extra-time, ainda conseguir treinar e estar em forma?	*
Rita Silvério Marques	*
• Como usar a internet para aprender a gerir a prática desportiva	*
Vitor Dias	*
• O acompanhamento médico do "atleta" amador justifica-se? Como?	*
Jaime Milheiro	*
• Como o desporto mudou a minha vida: pesava 121 quilos, era completamente sedentária e super-preguiçosa e agora corro a maratona!	*
Susana Lourenço	*
• O papel dos suplementos no desportista amador	*
Elton Gonçalves	*

A COMUNIDADE E AS PESSOAS MAIS VELHAS: QUE DESAFIOS?

• PT100: estudo de centenários do Porto	*
Lia Araujo	*
• A importância da reserva cognitiva	*
Margarida Sobral	*
• As pessoas com demência: funcionalidade e implicações no estado nutricional	41
Odete Vicente de Sousa	41
• Cuidar, cuidando: Quem, como e quando?	42
Helena Magalhães	42

REMOÇÃO DA SONDA DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA: QUANDO?

• Que indicações para terminar a nutrição entérica?	42
Ana Vieira	42
• Quando iniciar e quando aumentar a nutrição oral?	43
Susana Mestre	43
• Que riscos na suspensão precoce da nutrição entérica?	44
Bárbara Castelo	44
• Como atuar na oclusão da sonda?	*
Patrícia Cabrita	*

O PAPEL DA NUTRIÇÃO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

• Inflamação e a nutrição: Mediadores da cicatrização	*
Paulo Alves	*
• O impacto dos micronutrientes nas úlceras de perna de etiologia arterial e venosa	*
André Vaz	*
• Nutrição como impulso à cicatrização do pé diabético	*
Vanessa Dias	*

ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM NUTRIÇÃO

• Competências do cuidador na alimentação: como avaliar?	44
Tânia Costa	44
• Escalas de risco de nutrição: contextos e validação	*
Diana Mendes	*
• A investigação em nutrição e enfermagem: limites e prioridades	*
Abílio Teixeira Cardoso	*

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA DOMICILIÁRIA – VIAS DE ACESSO

• Vias de acesso e tipos de cateter – prós e contras	45
Pedro Soares Moreira	45
• Colocação de CVC – como eu faço	*
Pedro Pina	*
• CVC – a manutenção do acesso	*
Ana Luísa Afonso	*
• Complicações com CVC – prevenção, diagnóstico e terapêutica	*
Silvia Costa	*

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA : SUPLEMENTAR E DOMICILIÁRIA – ASPECTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

• A implementação do programa e a vigilância clínica destes doentes	45
Marisa Santos	45
• Quadros clínicos relacionados com alterações dos níveis séricos dos oligoelementos	*
Arlindo Guimas	*
• Como realizar o ajuste da terapêutica e das bolsas perante o aparecimento de disfunções	*
Gustavo Dias	*
• Em que situações e como utilizar a via oral / entérica	46
Cristina Silva	46

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA : SUPLEMENTAR EDOMICILIÁRIA – ASPECTOS ESPECÍFICOS

• No doente com disfunção endocrinometabólica	46
Raquel Almeida	46
• No doente com disfunção renal	*
Isabel Fonseca	*
• No doente com disfunção hepática	*
Ana Pereira	*
• No doente com desequilíbrios hidroeletrólitos	*
Cecília Pinto	*

**NUTRIÇÃO PARENTÉRICA : SUPLEMENTAR EDOMICILIÁRIA –
NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA DOENÇA DE CROHN – DA TEORIA À
PRÁTICA**

sala 7 | 12 de abril

• Estado da arte	*
Anabela Rocha	*
• A utilização em pré-operatório	47
Marisa Santos	47
• A utilização em pós-operatório imediato	48
Mónica Sampaio	48
• A utilização nos períodos de agudização da doença	*
João Sousa	*

sala 6 | 12 de abril

NUTRIÇÃO ARTIFICIAL NO DOENTE CRÍTICO - CASOS CLÍNICOS

• Apresentação de casos clínicos	*
Ricardo Marinho e Mariana Santos	*
• Discussão dos casos	*
Fernando Próspero, Anibal Marinho, Paulina Aguiar, Sónia Cabral, Paulo Martins	*

HOT TOPICS

• Limitações ao suporte nutricional do Idoso. Devemos ser tão radicais?	48
Ricardo Marinho	48
• O que é um síndrome de realimentação?	49
Ana Logrado	49
• Impacto da nutrição precoce no doente cirúrgico com adenocarcinoma gástrico	50
Elisa Ruivo	50
• Implementação do rastreio de disfagia - Protocolo V-VST	50
Elisabeth Sousa	50

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA DOMICILIÁRIA – VIAS DE ACESSO

• Vias de acesso e tipos de cateter – prós e contras	51
Pedro Soares Moreira	51
• Colocação de CVC – como eu faço	51
Pedro Pina	51
• CVC – a manutenção do acesso	52
Ana Luisa Afonso	52
• Complicações com CVC – prevenção, diagnóstico e terapêutica	52
Silvia Costa	52

NUTRIÇÃO NA UCI - O DOENTE DE RISCO

• Como determinar o risco nutricional?	53
Rosa Maria Mendes	53
• Quando começar e qual o aporte calórico no doente crítico de risco nutricional elevado?	53
Sofia Cardoso	53
• Qual o aporte proteico?	*
Isabel Miranda	*
• Como contornar as dificuldades em atingir o objectivo nutricional?	*
Sara Policarpo	*

ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA

• Orientações nutricionais para alimentação vegetariana no adulto	53
Márcia Gomes	53
• Orientações nutricionais para alimentação vegetariana em idade escolar	53
Sandra Gomes Silva	53
• Alimentação vegetariana: morbidade e mortalidade	*
Patricia Padrão	*
• Como abordar o utente vegetariano	*
Cátia Borges	*

CUIDADOS PALIATIVOS: UM OUTRO OLHAR

• A visão do médico	*
Paula Silva	*
• A visão do nutricionista	*
Laura Ribeiro	*
• A visão do enfermeiro	*
Margarida Alvarenga	*

**RASTREIO, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM
PEDIATRIA**

• Rastreio vs. diagnóstico da desnutrição	*
Helena Mansilha	*
• Avaliação do estado nutricional	*
Diana Silva	*
• Intervenção nutricional em grupos de risco	54
Inês Asseiceira	54
• Intervenção nutricional nas doenças hereditárias do metabolismo proteico	55
Manuela F. Almeida	55

OS SUPER ALIMENTOS

• Algas	*
Nuno P. Borges	*
• Bagas	*
Vitor Hugo Teixeira	*
• Sementes	*
Duarte Torres	*
• Chá e café	*
Diana Teixeira	*

ALIMENTAÇÃO NA PREVENÇÃO NA DOENÇA CRÓNICA

• Hipertensão arterial	*
Alejandro Santos	*
• Dislipidemia	*
Isabel Monteiro	*
• Cancro	55
Inês Carretero	55

sala 8 | 12 de abril

**COMPLICAÇÕES NUTRICIONAIS E METABÓLICAS DA CIRURGIA
METABÓLICA**

• Hipoglicemia hiperinsulinémica	56
Hélder Esperto	56
• Anemia	*
Sofia Brazão	*
• Alterações do metabolismo fosfocálcico	*
José Bernardes	*

SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO

• Diagnóstico	56
Hélder Esperto	56
• Papel dos aminoácidos	*
João Gomes	*
• Papel do exercício físico	57
Pedro Lopes	57
• Hormonoterapia. Sim ou não?	*
Ana Rita Nogueira	*

SUPLEMENTOS NOS IDOSOS

- Complexos multivitamínicos – quando e como?
Patrícia Mendes 57
- Cálcio – só vantagens ou também inconvenientes?
Diana Ferreira *
- Vitamina D – moda ou necessidade?
Rafaela Veríssimo *
- Proteínas – Que quantidade e qualidade ?
Helena Loureiro *

NUTRIÇÃO E CIRURGIA DA OBESIDADE

- Alimentação pós-cirurgia bariátrica
Anabela Martins *
- Suplementação em cirurgia bariátrica
João Gomes *
- Resultados do tratamento da Cirurgia da Obesidade –
Experiência da Unidade de Nutrição e Dietética do Centro
Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
Júlia Figueiredo *

COMUNICAÇÕES ORAIS 59 - 72

POSTERS 73 - 94

palestras

dia 11 e 12 de abril



A VIDA SEM SAL TEM OU NÃO TEM SABOR?

O sal na alimentação dos jovens

Cláudia Viegas

ESHTE

Considerando que a pressão arterial elevada constitui um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares, a sua associação ao consumo elevado de sal, e o facto das escolas constituírem ambientes de excelência para a aquisição de bons hábitos alimentares e promoção da saúde, o objetivo deste estudo foi avaliar o conteúdo de sal presente nas refeições escolares e a perceção dos consumidores sobre o sabor salgado. A quantificação de sal foi realizada com um medidor portátil. Para avaliar a perceção dos consumidores foi desenvolvido e aplicado um questionário a alunos das escolas preparatórias e secundárias e aos responsáveis pela preparação e confeção das refeições. Foram analisadas um total de 898 componentes de refeições, incluindo refeições escolares e de restauração padronizada. Em média, as refeições escolares disponibilizam entre 2,83 a 3,82 g de sal por porção servida ($p=0,05$), o que representa entre duas a cinco vezes mais as necessidades das crianças e jovens. Os componentes das refeições padronizadas apresentam um valor médio de sal que varia entre 0,8 e 2,57 g por porção ($p=0,05$), o que pode contribuir para um valor total de sal por refeição mais elevado comparativamente com as refeições escolares. O sabor das refeições é percebido como sendo nem salgado nem insonso para a maioria dos estudantes, o que parece demonstrar habituação à intensidade/quantidade de sal consumida. Os responsáveis pelas refeições, apesar de apresentarem conhecimentos sobre sal e a necessidade da sua limitação, demonstram barreiras e limitações e perceções à sua redução. A realização de escolhas alimentares saudáveis e adequadas só é possível se suportada por um ambiente facilitador dessas mesmas escolas. O impacto que o consumo de sal tem na saúde, em particular nas doenças crónicas, torna imperativa a implementação de estratégias de redução de sal ao nível da indústria e dos serviços de catering e restauração, em particular direcionadas para o público mais jovem.

PALAVRAS CHAVE: Sal, Pressão arterial, jovens, perceção dos consumidores

A VIDA SEM SAL TEM OU NÃO TEM SABOR?

Políticas públicas para redução do sal

Joana Sousa

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

O consumo excessivo de sal pela população é um dos maiores riscos de Saúde Pública ao nível mundial, tornando-se urgente propor medidas para a sua redução. As doenças não transmissíveis (DNT) são as principais causas de mortalidade a nível mundial. São responsáveis por mais mortes do que todas as outras causas associadas. A fim de tentar diminuir o peso crescente das DNT, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a redução do consumo de sal na população em geral como uma estratégia rentável na diminuição dos indicadores das DNT e ganhos em saúde. O impacto positivo na saúde com a redução da ingestão de sal reflete-se na evidência científica com uma correspondente redução da pressão arterial, entre outros benefícios. Assim, a OMS recomenda um consumo de sal de menos de 5 g por pessoa e por dia, com uma ligação direta na prevenção da doença cardiovascular (DCV), não esquecendo o objetivo global de reduzir a ingestão de sal da população em 30% até 2025. A ingestão de sal na maioria dos países da região europeia da OMS está muito acima do valor sugerido. Assim, será apresentada uma visão global de políticas públicas de redução de sal atuais, destacando atividades relacionadas com os pontos globais relevantes de cada ação. Para atingir estes objetivos, podem ser utilizadas com sucesso estratégias ao nível da informação/educação (empowerment e capacitação) do consumidor e da oferta/disponibilidade dos produtos alimentares, nomeadamente através das suas características nutricionais (composição). Dados de 2015 mostram que atualmente, um total de 75 países têm uma estratégia nacional de redução de sal. A maioria dos programas são multifacetadas e incluem várias vertentes como o compromisso da indústria alimentar para reformular produtos, a definição de metas em relação ao teor de sódio de alimentos, a educação do consumidor, os sistemas de rotulagem "front of pack", a tributação sobre alimentos com elevado teor em sal e intervenções em instituições públicas. A ação legislativa relacionada com a redução de sal com a definição de metas obrigatórias, rotulagem "front of pack", políticas de contratação e tributação de alimentos têm sido implementadas em 33 países. São alguns os países que relatam resultados positivos como redução no consumo de sal por parte da população, redução no teor de sal nos alimentos e melhorias nos conhecimentos,

PALESTRAS

atitudes ou comportamentos do consumo de alimentos relacionados com sal. Em Portugal, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), para além do compromisso com a indústria e com o setor da restauração, tem também trabalhado em estreita parceria com o Ministério da Educação para uma menor oferta de sal nas refeições escolares e na redução da oferta de alimentos com teores elevados de sal disponibilizados nos bufetes escolares. Em suma, é de realçar o elevado e crescente número de países com estratégias de redução no consumo de sal, embora os dados revelem uma atividade limitada em regiões de baixa e médio rendimento, sendo estas as populações mais vulneráveis aos efeitos negativos do excesso de consumo do sal. A ausência de uma abordagem coerente para a implementação e avaliação de medidas concretas deixa dúvidas quanto à certeza para o sucesso. Uma avaliação rigorosa da implementação e acompanhamento dos programas de redução de sal em curso, particularmente em países de baixo e médio rendimento, será vital para conseguir a redução pretendida de 30% no consumo de sal.

PALAVRAS CHAVE: Sal, políticas públicas

e de sopa e copos, para a quantificação do sal a ser utilizado na preparação e confeção das refeições de almoço. Foram estabelecidos os valores máximos de sal permitidos na refeição de almoço, calculados com base no limite superior tolerável de ingestão diária (UL) de sódio, definido pelo Institute of Medicine. Foi realizada formação inicial a todas as cozinheiras das escolas envolvidas e repetido anualmente. Após implementação do projeto verificou-se uma redução, em média, de 40% do teor de sal por refeição. No presente ano letivo (2016) procedeu-se novamente à monitorização do projeto. Foram recolhidas amostras de refeições escolares em cinco dias consecutivos em 8 escolas, num total de 136 amostras. O teor de sal foi medido através de um salinómetro digital portátil. Verificou-se que as refeições escolares disponibilizaram em média $1,15 \pm 0,36$ g de sal por refeição servida, o que está de acordo com o máximo preconizado pelo projeto (1,4g). A utilização das medidas práticas para controlar a quantidade de sal adicionada durante a preparação e confeção das refeições escolares demonstra ser uma metodologia efetiva na adequação da quantidade de sal ao limite máximo recomendado para a faixa etária, com eficácia a longo prazo.

PALAVRAS CHAVE: Sal, programas para redução de sal

A VIDA SEM SAL TEM OU NÃO TEM SABOR?

Programas para redução do sal

Raquel Ferreira

CMSintra | Departamento de Educação

O consumo excessivo de sal está relacionado com o aumento da tensão arterial, fator de risco para doenças cardiovasculares. A quantidade de sal ingerida em Portugal, tanto por adultos como por crianças, é muito superior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde (5 g por dia). Alguns estudos nacionais e internacionais mostram que o almoço escolar contribui com uma quantidade excessiva de sal, de acordo com o limite máximo diário recomendado para esta faixa etária. Considerando que a escola constitui um local promotor de saúde, verificou-se a necessidade de intervir, de forma a controlar a quantidade de sal adicionado às refeições escolares, contribuindo assim para a prevenção de doenças cardiovasculares em idades precoces. O projeto Sal Q – redução de sal em refeições escolares, está implementado desde 2013 nas 67 escolas com confeção local do pré-escolar e 1º ciclo do concelho de Sintra. Foram criadas medidas práticas, utilizando utensílios de cozinha, como colheres de sobremesa e de sopa, taças de sobremesa

A NUTRIÇÃO E A GEOGRAFIA RELACIONAM-SE?

Desenvolvimento urbano: impacto nutricional

Zelia Santos

Serviço de Nutrição e Dietética, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental EPE – Hospital Egas Moniz Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa

O planeamento das cidades tem sido encarado de forma funcionalista, onde se pretende que as cidades deem respostas às necessidades essenciais dos seus residentes. Tornando as cidades centros atrativos, de constante mutação e dinâmica social, pois reúnem valências diferenciadoras na tentativa de dar respostas às necessidades da população, não tendo por vezes, a capacidade de agregar a excessiva procura, congestionando e debilitando a forma funcionista da sua concepção, gerando conflitos no estilo de vida adotado, entre a configuração, de como se vive e onde se reside e trabalha. Dados de vários países em desenvolvimento sugerem que a crescente urbanização, acompanhada do desenvolvimento e

expansão das cidades e melhorias nos indicadores do desenvolvimento está associada ao aumento da incidência das doenças crónicas não transmissíveis, decorrente de diversos fatores de risco, onde se inclui a malnutrição por excesso ou défice, podendo esta ocorrer em simultâneo por alteração do acesso e disponibilidade alimentar (OMS, 2014). O ritmo de alterações nutricionais e dietéticas, nos últimos três séculos, apresentam diferentes níveis de variabilidade, em diferentes regiões, a nível mundial. Assistindo-se a acentuadas mudanças na estrutura e composição dos padrões de dieta e níveis de atividade, estando retratadas em mudanças no estado de saúde e alterações sociodemográficas e económicas dos indivíduos. Isto é refletido em resultados nutricionais como, alterações antropométricas na mediana de estatura e composição corporal e incidência, de determinadas doenças crónicas, como é o caso do excesso de peso e obesidade. Segundo a OMS (2014) a prevalência do excesso de peso e obesidade é um problema de saúde pública que a nível mundial representa 39% e 12,9% respetivamente, em ambos os sexos. É mais evidente para o sexo feminino representando 39,6% excesso de peso e 12,9% obesidade, em relação ao sexo masculino, 38,5% de excesso de peso e 10,7% de obesidade. No continente africano a tendência é similar exibindo 30,8% de excesso de peso e 10,4% de obesidade, em ambos os sexos, sendo atribuído 30,8% de excesso de peso e 15,2% de obesidade, para as mulheres e 22,9% de excesso de peso e 5,5% de obesidade no caso dos homens. Nos países em desenvolvimento assiste-se, a uma transição epidemiológica em saúde, com aumento das doenças crónicas e diminuição das doenças infecciosas e transição alimentar, com consequentemente transição nutricional, que representa uma tendência do consumo de uma dieta dominada pela maior ingestão de produtos de origem animal e gorduras parcialmente hidrogenadas, açúcares refinados e de baixa ingestão de fibra. Sendo reconhecido o desequilíbrio energético entre a ingestão de alimentos e o dispêndio aferido pelos padrões de actividade no trabalho, lazer e deslocações entre casa e local de, trabalho e/ou lazer (Abrahams et al., 2011). O presente trabalho tem como objetivos específicos: caracterizar o padrão alimentar, em contextos urbanos distintos e a sua relação com a adiposidade, através da análise do consumo nutricional, inserido no projeto UPHI-STAT (Gonçalves et al., 2015), em três unidades urbanas distintas, na Cidade da Praia, Cabo-Verde.

PALAVRAS CHAVE: Planeamento urbano, obesidade, nutrição

A NUTRIÇÃO E A GEOGRAFIA RELACIONAM-SE?

Geografia da nutrição – O caso da obesidade infantil

Margarida Santos

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade têm aumentado significativamente nos últimos anos, nomeadamente a obesidade infantil. Estima-se que, em 2025, cerca de 70 milhões de crianças sofrerão de excesso de peso ou obesidade, caso as tendências atuais se mantenham. Neste contexto, será importante verificar quais os possíveis fatores que poderão influenciar os hábitos alimentares das crianças e adolescentes, para que possam ser adotadas medidas preventivas eficazes, uma vez que os seus hábitos alimentares se caracterizam por altos consumos de açúcar, gordura, sal e ingestão de alimentos muito calóricos. Atendendo que as crianças e adolescentes passam grande parte do seu tempo em ambiente escolar, onde podem realizar pelo menos 4 refeições diárias (intervalos escolares, almoço e deslocações residência/escola/residência) e tendo em linha de conta a oferta e disponibilidade alimentar na área geográfica envolvente ao ambiente escolar, torna-se fundamental caracterizar a oferta alimentar na área geográfica escolar e a sua relação com a obesidade infantil, no sentido de que esta possa influenciar os hábitos alimentares. Assim sendo, de que forma a oferta alimentar junto aos estabelecimentos de ensino terá influência na compra e ingestão de alimentos pelos alunos e consequentemente nos indicadores de obesidade infantil? Atualmente, não existem estudos realizados em Portugal que abordem esta temática, contudo, investigações realizadas noutros países, mostram diferentes resultados, indicando que a oferta alimentar perto dos estabelecimentos de ensino têm influência na compra e ingestão alimentar das crianças, tendo por isso efeito na sua composição corporal. Por outro lado, existem estudos em que essa relação não se verifica, não havendo por isso uma correlação positiva entre a obesidade infantil e a oferta alimentar. De acordo com estes resultados, mais investigação nesta área será necessária, de modo a perceber a influência deste fator na ingestão e composição corporal. Torna-se fundamental definir diretrizes para que tenhamos uma sociedade futura mais sadia, com inevitáveis reduções de custos na saúde, atendendo que estes jovens serão os futuros adultos, para os quais o poder local associado ao planeamento urbano têm um papel fundamental.

PALAVRAS CHAVE: Obesidade Infantil; Oferta Alimentar

A NUTRIÇÃO E A GEOGRAFIA RELACIONAM-SE?

Geografia da nutrição – impacto no/do poder local

Raquel Ferreira

CM Sintra | Departamento de Educação

O poder local tem vindo a ganhar, recentemente, por via legislativa, competências em áreas cruciais, como sejam a educação, a saúde e a segurança social, constituindo uma oportunidade única para uma intervenção mais integrada e eficiente junto das populações, contribuindo para o seu bem-estar e melhor qualidade de vida. A articulação entre os diferentes departamentos das autarquias e a utilização de sistemas de informação geográfica poderão permitir não só uma melhor caracterização do meio envolvente (habitações, comunidades, escolas, locais de trabalho, parques/áreas de lazer, áreas de negócio e sistemas de transporte) como também relacioná-lo geograficamente com os indicadores do estado social, demográfico, de saúde e nutricional da população, cuja análise dos dados poderão contribuir para a definição de melhores políticas locais. Ao nível da educação, da saúde e da ação social o poder local enfrenta hoje grandes desafios. Em matéria de educação, mais do que a gestão da rede, deseja-se que os municípios possam constituir-se como dinamizadores de um Projeto Educativo Local, entendido como uma verdadeira resposta integrada às necessidades das comunidades e das pessoas que as integram, conjugando, dinamicamente, um alargado conjunto de políticas urbanas integradas, combinando a melhoria da estrutura biofísica do território urbano com ações dirigidas à dinamização dos mercados de trabalho e à capacitação de grupos sociais específicos. Na saúde, para além da gestão dos espaços dos Agrupamentos de Centros de Saúde, é esperada a definição da Estratégia Municipal e Intermunicipal de Saúde, devidamente enquadrada no Plano Nacional de Saúde, bem como o desenvolvimento de iniciativas de prevenção da doença e promoção da saúde. Na área da segurança social, para além da interligação com as Redes Locais de Intervenção Social, assume-se a implementação de novos mecanismos de atuação e diferentes estratégias de ação em resposta às necessidades sociais, como sejam a cooperação e articulação com as áreas da segurança social, do emprego e da formação profissional, da educação, da habitação, ou outros sectores estratégicos para a prossecução dos objetivos de inserção. No que respeita à nutrição, aqui no sentido amplo da promoção para a saúde, será desejável uma verdadeira articulação e

interligação entre estas diferentes áreas, com vista a um desenvolvimento local sustentável e potenciador de uma maior qualidade de vida da população. A caracterização geográfica do território no que respeita ao planeamento urbano (p.ex.: disponibilidade de espaços verdes, equipamentos de saúde, oferta de habitação adequada, escolas com equipamentos desportivos e de recreio, promoção de deslocações sustentáveis), a caracterização do ambiente nutricional da comunidade (entendido como o número e tipo de estabelecimentos de alimentação disponíveis à população e a acessibilidade destes estabelecimentos – lojas de conveniência, mercearias, supermercados, restaurantes e restaurantes de fast-food), a avaliação da segurança alimentar das famílias e o seu impacto no estado nutricional e no comportamentos alimentar da população serão seguramente contributos para uma estratégia mais integrada.

PALAVRAS CHAVE: Geografia da nutrição, nutrição, poder local

NUTRIÇÃO EM DOENTES PARTICULARES

Nutrição na DPOC

Isabel Maia

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é caracterizada pela obstrução progressiva das vias respiratórias. A desnutrição é frequentemente reportada entre estes doentes, estando associada a resultados clínicos adversos. A depleção de massa livre de gordura pode conduzir a sarcopenia e caquexia, características nestes doentes, provocando assim a deterioração da função respiratória, diminuição da capacidade de exercício e aumento do risco de exacerbações. A composição corporal, sobretudo a diminuição da massa livre de gordura é, de facto, um importante indicador do prognóstico dos doentes com DPOC, estando a diminuição ponderal e de massa livre de gordura ainda associadas a um maior risco de mortalidade entre estes doentes. A avaliação do risco de desnutrição e consequente avaliação nutricional revestem-se portanto da maior relevância no delineamento das necessidades nutricionais. A terapia nutricional, nomeadamente a administração de suplementação oral, demonstrou ser efetiva nos doentes com DPOC desnutridos, proporcionando o aumento ponderal e de massa livre de gordura,

melhorando a função respiratória e a qualidade de vida. Sendo que a obesidade é também observada na DPOC, nos doentes que apresentem essa condição, a terapêutica nutricional instituída deve ter como finalidade a redução ponderal no sentido de melhoria da condição respiratória e do estado geral. Nos doentes com DPOC foi descrita uma prevalência considerável de osteoporose. Face ao papel da vitamina D na saúde óssea, e sendo a deficiência nesta vitamina também frequente entre estes doentes, é fundamental a monitorização e garantia de um bom aporte de cálcio e vitamina D. A administração regular de alimentos em pequenos volumes, mas com elevada densidade nutricional, parece ser uma estratégia nutricional com grande benefício para o doente com DPOC. A avaliação do estado nutricional do doente deve ser sempre individualizada e realizada na maior brevidade possível, na perspetiva de uma atuação precoce.

PALAVRAS CHAVE: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Terapia Nutricional, Desnutrição, Obesidade, Composição Corporal

NUTRIÇÃO EM DOENTES PARTICULARES

Nutrição no doente crítico

Aníbal Marinho

SCI - CHP

As necessidades energéticas do doente crítico estão ainda por definir, sendo motivo de uma ampla discórdia entre as diferentes Sociedades Internacionais da área do suporte nutricional.

Sempre que se aborda esta questão existem alguns pontos comuns que merecem uma especial atenção:

- A doença crítica foi ao longo de vários anos considerada como sendo um processo altamente consumptivo, com um catabolismo exacerbado e com umas necessidades calóricas elevadas. No entanto, nos últimos anos, com um melhor controlo dos quadros de disfunção múltipla de órgãos (DMO), da hipertermia, da ansiedade, da dor e através de uma sedação mais eficaz, tem-se verificado que as necessidades calóricas destes doentes têm reduzido significativamente, nomeadamente na fase aguda da doença⁽¹⁾.

- Os hidratos de carbono são considerados como a fonte energética na fase aguda da doença pela dificuldade de mobilização das reservas adiposas.

- A crescente convicção de que um fornecimento proteico “generoso”, mesmo na ausência de um fornecimento calórico adequado, poderia ter um impacto importante na preservação da perda de massa muscular dos nossos doentes, não tem obtido o reconhecimento científico esperado, existindo uma crescente preocupação de que esta prática possa inclusivamente ser prejudicial para o prognóstico do doente⁽²⁾.

Apesar da crescente controvérsia relativamente ao suporte nutricional a fornecer ao doente crítico, as recomendações actuais em termos de suporte nutricional têm-se mantido inalteradas em termos do valor calórico recomendado para estes doentes, baseando-se estas recomendações em guidelines e conferências de consenso que aconselham um fornecimento, ao doente crítico, em média, 25Kcal/kg/dia ou 25-30Kcal/kg/dia não proteicas no homem e 20-25Kcal/kg/dia não proteicas na mulher.

Até ao presente momento, nenhum estudo evidenciou de uma forma inequívoca, ser este o valor calórico ideal a fornecer, baseando-se esta recomendação num sentimento generalizado de que não poderemos permitir que os doentes percam peso durante o seu internamento no hospital.

Ainda recentemente, um estudo publicado por Arabi et al⁽³⁾ em que se procedeu á comparação entre um grupo de doentes em subnutrição permissiva e outro grupo de doentes em que se procurava administrar o valor calórico recomendado, não evidenciou que a subnutrição permissiva agravasse o prognóstico destes doentes.

Penso que esta controvérsia se irá manter por vários anos, mas nesta fase talvez o mais importante seja reflectirmos um pouco sobre o doente que estamos a nutrir.

Deveremos ter sempre presente que quando falamos de doente crítico temos de ter em consideração que se trata de um doente com um internamento prolongado em cuidados intensivos:

1. Com uma condição clínica muito grave, com uma elevada taxa de mortalidade.
2. Na maior parte das vezes não estabiliza em 24 – 48h.
3. Com um défice tecidual de oxigénio, o que vai limitar uma metabolização adequada dos diferentes macronutrientes fornecidos.
4. Pelo que não necessita de um fornecimento calórico inicial tão elevado como o preconizado pelas recentes guidelines internacionais.

PALESTRAS

Para além de todas estas particularidades temos ainda de ter em consideração a dificuldade em se proceder à administração do valor calórico pretendido, isto se tivermos em consideração:

1. Não vai tolerar uma nutrição entérica com altos volumes na primeira semana de internamento.
2. Não vai iniciar nutrição parentérica suplementar na primeira semana, com o actual nível de controvérsia que esta atitude representa.

Perante estes factos será de se assumir uma atitude mais conservadora e mais adequada à realidade e que encontra expressa nas guidelines da ASPEN.

Resumindo de uma forma sucinta a estratégia para a abordagem nutricional destes doentes (4) sugeria que:

1. Nos doentes com internamento de curta duração ou numa fase inicial de internamento num Serviço de Cuidados Intensivos (até 48 após a admissão) o suporte nutricional não é prioritário.
2. Na primeira semana de internamento deve ser fornecido ao doente crítico um valor calórico de pelo menos 50 – 65% das suas necessidades nutricionais (entre 13 a 16 Kcal/Kg/dia).
3. A partir da primeira semana de internamento e com a estabilização progressiva do quadro clínico do doente devemos procurar fornecer um valor calórico de cerca de 25 Kcal/kg/dia

Bibliografia:

1. Pirat A, Tucker AM, Taylor KA, et al. Comparison of measured versus predicted energy requirements in critically ill cancer patients. *Respir Care* 2009; 54:487.
2. Casaer MP, Wilmer A, Hermans G, et al. Role of disease and macronutrient dose in the randomized controlled EPaNIC trial: a post hoc analysis. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 187:247.
3. Arabi YM, Aldawood AS, Haddad SH, et al. Permissive underfeeding or standard enteral feeding in critically ill adults. *N Engl J Med*. 2015;371:2398-2408.
4. Marinho A. Suporte nutricional no doente crítico. Manual de Medicina Intensiva - Lidel 2015

sala 3 | dia 11 de abril

MEDICINAS COMPLEMENTARES E NUTRIÇÃO

Medicina ortomolecular: que papel?

Roni Lara Moya

Clínica Regenera - Escola Superior de Saúde do Vale do Norte

A Medicina Ortomolecular, consagrada pelo químico e médico Denham Harman, pelo duplo Prémio Nobel Linus Pauling e pelo cientista psiquiatra Abram Hoffer, propõe prevenir, complementar ou tratar as doenças através do ponto de vista da genética e bioquímica das células ou moléculas de cada indivíduo. “Orto” vem do grego “Orthos” e significa “justo”; portanto, “Ortomolecular”, molécula justa. É uma ciência cujo conceito determina o que estaria “biologicamente correcto”. Trata-se da administração de complementos naturais bio-idênticos, como as vitaminas, enzimas, minerais, ácidos gordos, pré-bióticos e probióticos com a função de corrigir os erros metabólicos, manter activa a fisiologia bioquímica e aumentar a capacidade antioxidante e imunitária de reparação. O objectivo principal da Medicina Ortomolecular é o combate dos radicais livres, moléculas reactivas que utilizam o oxigénio instável como fonte principal de sua formação. Quando em desequilíbrio, aumentam a capacidade de lesão das células, danificando desde o seu ADN até os diversos tecidos e órgãos. Isso provoca um rompimento das estruturas biológicas e a degradação oxidativa. Tais danos, a longo prazo, aceleram o envelhecimento celular e podem causar várias doenças. O tratamento ortomolecular baseia-se em diagnósticos especializados de última geração e na reposição ou suplementação altamente personalizada de minerais, vitaminas, enzimas, probióticos, hormonas e ácidos gordos na dieta quotidiana. A finalidade é conduzir o paciente ao seu melhor estado físico e mental. É uma especialidade que visa integrar os conceitos da medicina clássica com a biologia celular, molecular e nutrigenética, com o intuito de desenvolver um amplo conhecimento científico na prevenção ou tratamento das patologias.

PALAVRAS CHAVE: Ortomolecular, Vitaminas, Bioquímica, Radicais Livres, Nutrientes

MEDICINAS COMPLEMENTARES E NUTRIÇÃO

Dieta do grupo sanguíneo e risco de cancro

Emanuel Machado

Iris Nature

A ideia de praticar uma alimentação baseada na escolha de alimentos característicos de cada grupo sanguíneo não é nova. Desde a década de 90 que o famoso escritor Peter D'Adamo ficou conhecido pela primeira publicação do conhecido livro "Eat Right For Your Type", salientando não só o marco histórico da descoberta do grupo sanguíneo, como realça a correspondência que os mesmos podem ter na determinação de uma alimentação saudável e bioidêntica. Esta vertente defende que cada grupo sanguíneo (A/B/AB/O), inicialmente indiferentes do sistema Rhesus, contêm diferentes anticorpos sensíveis a determinadas lectinas (proteínas presentes nos alimentos) desenvolvendo respostas inflamatórias pela sua capacidade de aglutinar hemácias. Fazer escolhas de alimentos em função do perfil biológico despoleta mecanismos naturais anti-inflamatórios, de defesa, longevidade e vitalidade emocional. O tipo de sangue determina a propensão a desequilíbrios bioquímicos, terrenos inflamatórios e consequentes patologias. Assim, poderá o tipo de sangue ser uma chave para desvendar alguns estigmas da perda de massa gorda.

Partindo do princípio que deixamos de ver os alimentos como apenas constituintes de micro e macronutrientes e passamos a vê-los de um ponto de vista bioquímico, abrem-se portas para uma investigação necessária para se entender como estes mecanismos inflamatórios associados a cada grupo sanguíneo funcionam.

A cada grupo sanguíneo é atribuído um grupo de alimentos "benéficos, neutros e a evitar", sendo que, alimentos benéficos são caracterizados como os bioidênticos, não contendo lectinas nocivas e promovendo, assim, mecanismos anti-inflamatórios.

Podemos ainda classificar fisiologicamente qualquer indivíduo através do seu tipo de sangue. Sabe-se já, que indivíduos do tipo A contêm inferiores níveis de ácidos estomacais em comparação do seu ancestral grupo O. Recentemente, estas divergências fisiológicas têm-se correlacionado com diferentes susceptibilidades de cancro. Os indivíduos do grupo A são mais susceptíveis a patologias do foro gastrointestinal do que o grupo O, assim sendo, a dieta aplicada ao primeiro deverá ser baseada numa menor ingestão de proteína animal (pela sua complexidade digestiva). Nos últimos anos

surgiram vários estudos que evidenciam e diferenciam esta susceptibilidade ao cancro mediante o tipo de sangue, demonstrando, assim, que existe uma maior incidência de cancro (principalmente gastrointestinal) no grupo A, e valores mais baixos no grupo O.

Apesar de ainda não se conhecerem estudos conclusivos sobre esta temática, existem, no entanto, estudos que afirmam que uma dieta baseada nos alimentos correspondentes ao tipo de sangue poderá aumentar a longevidade, diminuindo o risco de doença cardiovascular e de equilíbrio de peso, o que a tornou famosa. Em conclusão, não será, portanto, uma ousadia aplicar uma das máximas do Pai da Medicina, Hipócrates: "Que o Alimento seja o teu Medicamento", salientando, desta forma, uma nova era da nutrição em que se abraçam novas perspectivas nutricionais de acordo com as necessidades bioquímicas, hormonais e fisiológicas do indivíduo.

Qual o seu tipo de sangue?

PALAVRAS CHAVE: Dieta, grupo, sanguíneo, cancro, ABO

MEDICINAS COMPLEMENTARES E NUTRIÇÃO

Dieta paleolítica ou dieta genética: evolução ou (de)evolução?

Vera Sá

ARS Norte

Os primeiros homínídeos surgiram há cerca de 2,5 milhões de anos e o Homo sapiens sapiens surgiu há cerca de 50 000 anos. Durante milhões de anos evoluímos em adaptação constante ao meio ambiente. Este ambiente e a nossa alimentação foram elementos chave na selecção dos genes que compõem o nosso genoma actual. Há cerca de 10 000 anos, com o aparecimento da agricultura, o homem moderno modificou a sua relação com a natureza. Este foi o primeiro grande progresso evolutivo, seguido pela revolução industrial e tecnológica. Durante este tempo aumentou a esperança média de vida e diminuíram as doenças infecto-contagiosas com aumento do bem-estar físico psíquico e social da espécie humana. Verdade? Antes da melhoria das condições de higiene, da vacinação universal e da medicina moderna, a esperança média de vida diminuiu e a população mundial foi vítima de várias epidemias. Hoje em dia vivemos uma nova epidemia relacionada com o nosso estilo de vida: a obesidade é a epidemia do séc. XXI,

PALESTRAS

com a diabetes como a 7ª causa de morte em 2020. A doença cardiovascular e o AVC são as principais causas de morte mundial e a maioria dos casos de cancros têm origem no nosso estilo de vida. A HTA e a DM tipo 2 aparecem em idades cada vez mais jovens e em poucos anos as novas gerações poderão ter uma esperança média de vida inferior à dos seus progenitores. A medicina tem contribuído com um sucesso estrondoso a nível curativo, mas a nível preventivo não tem conseguido o mesmo resultado. A dieta do Paleolítico, com o seu estilo de vida do homem do paleolítico superior defende que ganharemos anos de vida com qualidade. A dieta Paleo ou dieta genética, advoga que não houve alteração significativa do genoma humano nestes últimos 10 000 anos. Nós não evoluímos como espécie? Um regresso ao passado não será um retrocesso? Será exequível no séc. XXI? Pretende-se elucidar quais os princípios deste estilo de vida e qual a evidência que existe relacionada com esta "nova dieta". É unânime que a adopção de estilos de vida saudáveis está na base da nossa saúde como indivíduos. Perceber como evoluímos como espécie pode ser a chave para uma melhor compreensão da nossa relação com os alimentos e a sua importância para a nossa sobrevivência.

PALAVRAS CHAVE: Evolução. Dieta. Paleolítico. Genética.

MEDICINAS COMPLEMENTARES E NUTRIÇÃO

Acupuntura e nutrição: benefícios de uma vida saudável

Ana Paula Guarniero

Clínica Bessa

A alimentação é um fator essencial para a existência de todo ser vivo. Superada a fase da sobrevivência, tem a capacidade de nos dar prazer. Existem várias vertentes na área da dietética. Uma delas, a escola ocidental, baseia-se num modelo de vida mais anatómico-física, centra-se na recomendação de alimentos que contenham substâncias necessárias para a sobrevivência, apresentando análises cada vez mais detalhadas dos componentes dos alimentos: contam-se calorias, medem-se nutrientes, determinam porções diárias. Tem uma visão mais mecânica do homem. Outra vertente é a escola oriental, incluída na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), baseada num equilíbrio energético entre as polaridades Yin e Yang,

que fazem parte do Qi, energia vital que habita todo ser vivo. Na MTC reside a ideia de que os órgãos e tecidos estabelecem relações de intercâmbio energético. Os alimentos são avaliados pela forma como conseguem ativar, manter e renovar energias baseando-se na Filosofia dos 5 Elementos (madeira, fogo, terra, metal, água), onde estes estão ligados por uma constante atividade de interconexão. Para identificarmos uma dieta mais adequada a uma pessoa num dado momento, é necessário analisarmos e diagnosticarmos primeiramente a constituição e equilíbrio energético deste indivíduo, naquele dado momento. Baseado na MTC, o equilíbrio das energias, indivíduos Yin sentem mais necessidade de alimentos secos, quentes, que forneçam energia Yang, já os indivíduos Yang necessitam de alimentos mais húmidos, refrescantes para equilibrarem suas energias. Para conseguirmos restabelecer este equilíbrio energético num indivíduo, em muitas situações, podemos recorrer à Acupuntura, uma terapia milenar chinesa que consiste na aplicação de agulhas em pontos específicos do corpo. Será, por exemplo, um mito afirmarmos que a aplicação da Acupuntura emagrece? Conclui-se que, para nos mantermos saudáveis é necessário o equilíbrio "corpo e mente". A Acupuntura pode ser utilizada como coadjuvante em um plano alimentar, promove um reequilíbrio energético, diminui a ansiedade, o que reduz a vontade de comer compulsivamente, regula o metabolismo e promove o equilíbrio geral do organismo. aqui nasce a importância de analisarmos o ser humano como um todo, principalmente quando o assunto abordado é a alimentação. Somos o que comemos (Hipócrates, V a.C) e a energia é o nosso combustível.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição, acupuntura, medicina tradicional chinesa, equilíbrio energético, Yin Yang

NUTRIÇÃO E CANCRO

Nutrição intravenosa em oncologia: abordagem complementar

Roni Lara Moya

Clínica Regenera - Escola Superior de Saúde do Vale do Norte - CESPU

Desde 1970, Linus Pauling estabeleceu que a vitamina C poderia, potencialmente e seletivamente, destruir os tumores através da indução de peróxido de hidrogénio nas células malignas. Posteriormente, outros trabalhos

científicos foram publicados a respeito do uso de antioxidantes para combater o cancro, tais como o ácido alfa lipóico, curcumina, selénio, glutatona, cisteína, magnésio, zinco, etc. Os estudos actuais, combinados com a prática clínica, mostram resultados positivos quando a nutrição intravenosa é aplicada em conjunto com a quimioterapia, radioterapia e protocolos convencionais. Acima de tudo, esta integração pode aumentar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir os efeitos indesejáveis dos fármacos e radiação; como náuseas, tonturas, anemia, fadiga, supressão imunitária e dor. O objectivo desta conferencia é discutir os melhores e mais seguros protocolos de nutrição intravenosa em oncologia e seus possíveis mecanismos de ação anti-cancro.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição Intravenosa, Ortomolecular, Cancro, Quimioterapia, Radioterapia

NUTRIÇÃO E CANCRO

Nutrição versus qualidade de vida em oncologia

Ivo Paiva

IPOC

A doença oncológica reveste-se de um carater altamente estigmatizante na sociedade sentida particularmente pelo utente e sua família, com níveis de morbimortalidade significativos. Este fato, associados a incerteza de prognóstico, provocam sofrimento físico e psicológico levantando questões a nível da Qualidade de Vida dos indivíduos (utentes com cancro gástrico com pior percepção de Qualidade de Vida). Muito associados a este tema, surgem sintomas que estão relacionados com a variável Nutrição e que comprometem a satisfação da Necessidade Humana Básica de Alimentar-se e Hidratar-se dos utentes, sendo importante garantir a existência de um suporte nutricional adequado que acarreta inúmeras vantagens. O profissional de Enfermagem funciona como elemento facilitador no processo de transição saúde-doença, promovendo nos utentes submetidos a gastrectomia a autonomia e independência necessárias para satisfazer as suas necessidades, expressas ou sentidas, de autocuidado.

PALAVRAS CHAVE: Gastrectomia, Autocuidado, Suporte Nutricional, Qualidade de Vida, Enfermeiro

O MODERNO HOMEM DAS CAVERNAS

Suplementação com omega 3

Carla Martins Lopes

Universidade Fernando Pessoa

O interesse pelos ácidos gordos, especialmente os da família do ómega 3, procede da contestação de que, certas populações, como os esquimós da Gronelândia, apresentavam uma menor incidência de doenças cardiovasculares, apesar de terem uma dieta rica em gorduras. Esta realidade contrasta marcadamente com aquilo que se verifica nas populações ocidentais, as quais demonstram uma correlação entre uma dieta rica em gorduras e a ocorrência de eventos cardíacos (Stoker, 2012). A prevalência de outras patologias de carácter inflamatório e autoimune era, igualmente, muito baixa nestas populações (Kromann e Green, 1980). Uma possível explicação baseia-se no facto da dieta dos esquimós ser rica em ácidos gordos ómega-3 de origem marinha (menor ratio $\Omega-6/\Omega-3$), originando mediadores bioativos com efeitos supressivos nos processos inflamatórios, enquanto a dieta das populações ocidentais é excessiva em ácidos gordos polinsaturados ómega-6 e deficiente em ómega-3 (elevado ratio $\Omega-6/\Omega-3$), o que promove a patogénese de muitas patologias (Stoker, 2012; Simopoulos, 2012). Na base da relação entre os ácidos gordos polinsaturados e a inflamação encontram-se os eicosanóides, importantes mediadores bioativos com um papel crucial nas respostas imunes e inflamatórias. Estudos determinaram que um consumo elevado de DHA e EPA permite aumentar a proporção destes ácidos gordos ómega 3 nas membranas celulares de células inflamatórias, reduzindo a quantidade de ácido araquidónico disponível para ser libertado da membrana e ser usado como substrato para a síntese de eicosanóides pró-inflamatórios (Calder, 2006). Apesar de vários estudos experimentais relacionarem a suplementação com ácidos gordos ómega-3 de origem marinha com a prevenção de doenças de carácter inflamatório, algumas investigações in vivo, feitas em humanos, não corroboram com esta perspectiva apresentando conclusões controversas quanto à real necessidade desta suplementação. O objetivo desta apresentação é divulgar algumas das evidências científicas relativas à suplementação com ómega 3 quer como profilaxia quer como terapia auxiliar no tratamento das diversas patologias com base inflamatória (e.g. doenças cardiovasculares, transtornos metabólicos, cancro, doenças mentais).

PALAVRAS CHAVE: Ómega 3, DHA, EPA, inflamação

EXPERIÊNCIAS DO ENSINO DE NUTRIÇÃO EM ENFERMAGEM

Contado por um aluno

João Marco Tavares Silva

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

As perspetivas atuais do ensino em enfermagem, pressupõem que o aluno seja responsável pelo seu processo de aprendizagem, para que se demonstre capaz de responder às situações complexas, com as quais se confrontará (Rua, 2009). Os períodos de Ensino clínico assumem uma posição de relevo, pela apropriação de saberes e desenvolvimento de competências que possibilitam (Novo, 2011). Enquanto alunos, é fundamental que orientemos estratégias de forma a contornar as dificuldades sentidas, pela transposição de conhecimentos adquiridos em contexto escolar, e através de investimento pessoal, para uma prática segura e fundamentada. **MÉTODO:** Análise Crítico-Reflexiva evidenciando as necessidades e estratégias utilizadas na transposição dos conhecimentos acerca da nutrição entérica e parentérica entre o contexto escolar e o contexto clínico. **RESULTADOS:** As situações de aprendizagem em meio escolar, permitem que o aluno se sinta mais preparado para o contexto clínico. As necessidades sentidas devem-se sobretudo à exigência implícita, nomeadamente a nível teórico, para possibilitar uma tomada de decisão fundamentada, o que exige ao aluno uma mobilização de conhecimentos que lhe permita superar essa dificuldade. A nível técnico, a ansiedade sentida, deve-se a uma destreza manual imatura, que deve ser ultrapassada através do conhecimento dos procedimentos, onde a prática simulada em contexto escolar se revela numa mais-valia para o sucesso da intervenção. Aquando de situações não contempladas em meio escolar, que exigem do aluno um raciocínio clínico apurado, o papel do enfermeiro orientador demonstra-se fundamental para a aquisição de competências que o permita compreender a situação e agir. **CONCLUSÃO:** Em contexto escolar, a abordagem realizada aos conteúdos relacionados com a alimentação entérica e parentérica, permitem que o aluno em contexto de prática clínica se encontre apto a compreender as necessidades do doente, embora com necessidade de mobilizar conhecimentos teóricos e de cariz instrumental, e, em novas situações, procurar informação de forma a responder adequadamente perante a exigência.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem, Ensino Clínico, Aluno, Alimentação

EXPERIÊNCIAS DO ENSINO DE NUTRIÇÃO EM ENFERMAGEM

Contado por um professor

João Lindo Simões

Universidade de Aveiro - ESSA

Os novos paradigmas de ensino e aprendizagem exigem o uso de metodologias mais interativas, responsabilizando o estudante pelo seu processo de aprendizagem. Nesta perspetiva, a simulação de técnicas de nutrição em pessoas doentes emerge como uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de capacidades em contexto laboratorial potencializando assim o desenvolvimento de competências no âmbito do ensino clínico. **Método:** As metodologias ativas adotadas na aprendizagem de práticas clínicas de enfermagem na ESSUA são a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Metodologia Problematizadora. Na simulação de práticas clínicas, adotamos as cinco etapas do método do Arco de Charles Magueres (Bordenave & Pereira, 1982) na seguinte sequência: 1) Observação da Realidade – Análise; 2) Definição do que estudar – Síntese; 3) Teorização do Problema; 4) Elaboração de Hipóteses de Solução; 5) Aplicação à Realidade “Problemática”; 6) Avaliação das intervenções. **Resultados:** Esta experiência de prática laboratorial oferece experiências cognitivas e psicomotoras, contribuindo assim, para o desenvolvimento de competências inerentes ao cuidar da pessoa. O docente toma como ponto de partida o nível de desenvolvimento do educando e as suas necessidades de aprendizagem, ajudando-o a evoluir, estimulando a sua capacidade reflexiva e a sua consciência crítica para aprender. A partir da análise de situações-problema, o estudante deve desenvolver um raciocínio clínico de forma a fundamentar a sua intervenção que se desenvolve ao nível do planeamento, da ação e avaliação dos resultados esperados. **Conclusão:** Julgamos que esta estratégia promove o desenvolvimento de habilidades profissionais de enfermagem, tais como: estratégias de recolha de dados e avaliação das pessoas com necessidades de nutrição alteradas, identificação de prioridades e áreas de intervenção, planificação de intervenções a implementar, desempenho psicomotor, pensamento crítico para a solução de problemas, transposição dos conhecimentos teóricos para a prática, agregação dos conhecimentos dispersos por várias áreas do saber, entre outras.

PALAVRAS CHAVE: Simulação laboratorial, Enfermagem, Nutrição

EXPERIÊNCIAS DO ENSINO DE NUTRIÇÃO EM ENFERMAGEM

Experiência de um percurso de investigação

Ana Rita Vieira¹, Daniela Santos¹, Lílíana Ramalho¹, Maria de Fátima Oliveira Santos¹, Natacha Evangelista¹, Sara Berbigão¹

¹ - Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

As feridas crónicas são uma causa importante de morbidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida e significando uma sobrecarga económica para os serviços de saúde. Assim, melhorar as taxas de cicatrização de feridas crónicas demonstra-se fundamental no tratamento estabelecido aos utentes. A nutrição é reconhecida como um importante fator que afeta a cicatrização de feridas (Bauer, Isenring & Waterhouse, 2013). Metodologia: Esta Revisão Sistemática da Literatura foi realizada como trabalho final na licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Realizou-se a pesquisa de artigos utilizando as bases de dados: PubMed, SCOPUS, Web of Science, RCAAP, B-On e JSTOR, tendo uma limitação temporal de Janeiro de 2004 até Dezembro de 2013. Foram utilizados os descritores Nutrientes, Cicatrização, Ferimentos e Lesões e Úlcera na língua portuguesa, inglesa e espanhola, utilizando diferentes associações. Obtiveram-se 1053 artigos para posterior construção de uma base de dados. Após os processos de seleção e filtragem resultaram 10 artigos, sendo que, após a avaliação de qualidade através do método de Kmet, Lee, & Cook e a avaliação dos níveis de evidência segundo Melnyk & Fineout-Overholt obtiveram-se 7 artigos finais. Resultados: Dos 7 estudos, 5 avaliaram o efeito da nutrição na cicatrização de úlceras de pressão, sendo que em 3 deles verificou-se resultados favoráveis na cicatrização das úlceras com suplementos constituídos por vitamina C, proteína e zinco. Nos 2 outros estudos com o mesmo tipo de fórmula nutritiva e feridas crónicas de outras tipologias, num deles não se verificou uma melhoria significativa em todos os parâmetros de cicatrização, e no outro, ocorreu uma melhoria na cicatrização de feridas nos utentes que receberam o suplemento rico em proteínas, em comparação aos que receberam o suplemento enriquecido com arginina, vitamina C e zinco. Por último, em 2 estudos que utilizaram como população alvo doentes críticos, observou-se no grupo que recebeu a fórmula enriquecida por óleo de peixe, um adiamento da progressão das úlceras de pressão, diminuindo os níveis de Proteína C-Reativa. No segundo, nos utentes que receberam o suplemento rico em ácido gama-linolénico, vitamina A, C e E,

houve uma diminuição significativa da ocorrência das úlceras de pressão. Conclusões: Verificou-se que a nutrição influencia positivamente a cicatrização de feridas crónicas, evidenciado pela estagnação ou redução da categorização das úlceras de pressão e pelo aceleração da cicatrização das feridas crónicas de forma global. O fator comum em todas as fórmulas nutritivas é serem hiperproteicas, concluindo-se que este seja um elemento primordial na melhoria da cicatrização de feridas crónicas.

PALAVRAS CHAVE: Nutrientes; Cicatrização; Ferimentos e Lesões; Úlcera

sala 4 | dia 11 de abril

NUTRIÇÃO E A ENFERMAGEM... INTENSIVA

Glicemia intensiva?

Solange Gomes

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Serviço de Cuidados Intensivos/Cuidados Intermédios

No doente crítico, a hiperglicemia aguda é responsável por um aumento do risco de morbimortalidade intrahospitalar nesses doentes. A hiperglicemia resulta do stress metabólico endógeno inerente quer à libertação de hormonas contrarreguladoras (glucagon, cortisol, hormona de crescimento e catecolaminas), quer ao aumento da produção hepática de glicose, à resistência periférica à insulina e à deficiência relativa na produção de insulina. Não obstante, outros factores exógenos que cursam com recurso frequente em Cuidados Intensivos a terapêuticas que contribuem para a hiperglicemia: corticosteróides, aminas simpaticomiméticas, soros glicosados e nutrição entérica e parentérica. Como a hiperglicemia aguda persistente contribui para um pior outcome no doente crítico, torna-se fundamental uniformizar um conjunto de procedimentos por forma a garantir a normalização da glicemia. Assim, a criação de um protocolo de insulina intensiva rotineiro e do conhecimento e envolvimento de toda a equipa multidisciplinar é crucial, ainda que o valor alvo de glicemia seja variável de Unidade para Unidade. No Protocolo Intensivo de Insulina da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do CHTMAD, os objetivos principais são manter a glicemia entre 140-

PALESTRAS

180mg/dl em todos os doentes admitidos (com ou sem história de diabetes prévia); promover um controle glicémico mais consistente, por forma a minimizar os efeitos adversos associados a esta terapia que podem ser ainda mais lesivos, como é o caso da hipoglicemia e da hipocalemia. **CONCLUSÃO** A implementação de um Protocolo Intensivo de Insulina acarreta um aumento da quantidade de trabalho, pelo que a sensibilização e a motivação de toda a equipa são primordiais para o sucesso do mesmo. No entanto, torna-se fundamental para a uniformização de procedimentos e para a garantir de uma maior eficácia do controlo glicémico do doente crítico, resultando em melhores outcomes.

PALAVRAS CHAVE: Doente crítico, hiperglicemia, insulino-terapia intensiva

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL INTEGRADA

Fisiologia do envelhecimento

Miguel Marques Ferreira

NMS-FCML

O envelhecimento é um processo inevitável ao ser humano, estando associado a alterações da fisiologia de diversos sistemas. São reconhecidas diversas condições clínicas associadas ao envelhecimento normal que condicionam desfavorabilidade e maior risco de incapacidade e dependência nesta população. A desnutrição é uma condição clínica associada ao envelhecimento, e que conduz a um aumento do nível de dependência, diminuição da autonomia, aumento do risco de doença e de eventos adversos, como quedas. Conhecer a fisiologia do envelhecimento é indispensável aos profissionais que lidam com pessoas idosas. São reconhecidos diversos fatores de risco para desnutrição nesta população, podendo ser tomadas medidas preventivas e de intervenção precoce que visam a minoração do risco e a recuperação e manutenção de um bom estado nutricional. Esta sessão pretende rever a fisiologia do envelhecimento, revisitando as teorias conceptuais deste processo, mas não limitando-se à ciência básica sendo o foco principal a translação com a clínica diária e a sua aplicabilidade para o profissional que cuida de pessoas idosas.

PALAVRAS CHAVE: Fisiologia, envelhecimento, desnutrição, fragilidade

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL INTEGRADA

Capacidade funcional

Maria Teresa Tomás

ESTeSL

O processo de envelhecimento normal acompanha-se de declínios na capacidade física, mobilidade e resistência o que pode resultar na perda da independência e autonomia. Está assim, relacionado com a perda de reservas fisiológicas, que conduzirá a perda ou declínio da capacidade funcional (capacidade de um indivíduo efetuar as suas atividades da vida diária sem limitações físicas). Este declínio da capacidade funcional inicia-se a partir dos 25 a 30 anos e influencia a capacidade de participação nas atividades da vida diária. A perda progressiva e generalizada de massa muscular e força muscular é reconhecida como sarcopénia e é um problema comum em indivíduos com mais de 50 anos e que contribui para esta perda de autonomia e diminuição da funcionalidade. É também o maior determinante da fragilidade partilhando inclusivamente vários pontos comuns das suas definições. A fragilidade é um síndrome geriátrico, com maior prevalência em indivíduos com idades superiores a 80 anos, resultante da acumulação de declínios relacionados com o envelhecimento e que aumentam a vulnerabilidade a eventos adversos na saúde. Este conceito associa-se ainda a aspetos cognitivos, sociais e ambientais e em algumas situações está associada a outras condições clínicas. O “International Working Group on Sarcopenia” apresentou recomendações para identificar a sarcopénia na prática clínica que incluem a avaliação da capacidade funcional reduzida, da velocidade da marcha e eventual avaliação da composição corporal por DXA. Estudos mais recentes apresentam não só diferentes metodologias de identificação e avaliação da sarcopénia e fragilidade mas também diferentes valores de diagnóstico (valores de corte). A escolha das metodologias terá sobretudo relação com o objetivo consoante seja clínico ou de investigação. Relativamente à intervenção existe já um consenso em como deverá ser dada atenção especial aos estilos de vida, especialmente nutrição e atividade física, bem como à redução da polimedicação. Esta apresentação irá assim discutir as mais recentes definições de sarcopénia e fragilidade bem como as respetivas metodologias de avaliação e diagnóstico e respetivos valores de corte.

PALAVRAS CHAVE: Capacidade Funcional, Sarcopenia, Fragilidade

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL INTEGRADA

Risco de quedas

Beatriz Fernandes

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - Instituto Politécnico de Lisboa

O envelhecimento populacional é uma realidade que tem colocado diversos desafios às sociedades modernas. Para além do aumento da longevidade importa que os anos ganhos sejam vividos com saúde e qualidade de vida. Apesar de não existir uma relação causal entre envelhecimento e queda, as modificações fisiológicas inerentes ao envelhecimento predis põem os indivíduos para as quedas, registando-se um aumento do número de quedas bem como da severidade das suas consequências à medida que a idade avança. O risco de queda a partir dos 65 anos, sendo que 30% das pessoas com mais de 65 anos e 50% das pessoas com mais de 80 caem, pelo menos, uma vez por ano (NICE, 2013). 40% de todas as mortes de causa traumática são consequência de quedas (WHO, 2007). A dimensão destes números demonstra bem a necessidade de intervenção no sentido da identificação do risco de queda e prevenção da sua ocorrência. As guidelines recomendam que os profissionais de saúde devem questionar de forma rotineira as pessoas idosas quanto à ocorrência de quedas no último ano, frequência, contexto e características da(s) queda(s). Para além disso, as pessoas idosas que recorrem aos serviços de saúde em consequência de quedas, ou que reportem várias quedas no último ano, ou que apresentem alterações na marcha e/ou equilíbrio devem ser avaliadas por um profissional de saúde especialista em quedas para avaliação multifatorial do risco de queda e intervenção multifatorial individualizada (NICE, 2013). A fragilidade caracterizada por fatores como baixa resistência, baixa função muscular, baixa velocidade da marcha e baixa mobilidade, entre outros, pode contribuir para o aumento do risco de queda (Landi et al., 2012; Cruz-Jentoft et al., 2010). A Fisioterapia para além da avaliação do risco através de instrumentos específicos, pode implementar programas de prevenção com efeitos positivos na diminuição do risco de queda. Os programas que incluem treino de força dos membros inferiores, treino de equilíbrio, resistência aeróbia e agilidade parecem contribuir para a diminuição do risco de queda (Toraman & Yildirim, 2010).

PALAVRAS CHAVE: Fragilidade, Risco de Queda, Fisioterapia

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL INTEGRADA

Nutrição geriátrica

Marisa Cebola

E. Sup de Tecnologia da Saúde de Lisboa/Área Científica de Dietética

A AGGI permite que cada profissional da equipa estabeleça objetivos de intervenção, reduzindo a morbilidade e a mortalidade da pessoa idosa, devendo ser aplicada de forma generalizada. Em 1991 foram publicados os primeiros resultados do SENECA, que revelavam que, 10% apresentavam IMC <20Kg/m². Em 2003, S. del Pozo et al. concluíram que 25% dos homens e 47% das mulheres tinham ingestão diminuída de cálcio, ferro, retinol, b-caroteno, Vitamina B1, Vitamina B6 e vitamina C. A senescência está associada a alterações na composição corporal que podem originar situações de desnutrição, sarcopénia, fragilidade, aumento do risco de quedas, aumento da morbilidade e mortalidade. Foram já identificados alguns mecanismos que podem estar na origem da sarcopénia. O EWGSOP, para diagnóstico da sarcopénia, recomenda a utilização do critério - perda de massa muscular associado a um dos dois seguintes critérios: declínio da resistência ou declínio de performance física. A fragilidade caracteriza-se por diminuição da capacidade de resposta a situações de stress metabólico e aumento da: vulnerabilidade para o risco de quedas, internamento hospitalar, institucionalizações, morbilidade e mortalidade. O diagnóstico faz-se em presença de três ou mais critérios: perda ponderal intencional, cansaço, fraqueza muscular, marcha lenta e baixa atividade física. A intervenção nutricional contempla a avaliação da presença de desnutrição, sarcopénia, fragilidade, permitindo o estabelecimento de objetivos de intervenção mais direcionados. As recomendações nutricionais dão enfoque à ingestão proteica, de vitamina D e hídrica. Atualmente defende-se que as necessidades proteicas devem ser calculadas em função do peso, ser distribuídas pelas refeições principais (privilegiando o almoço) e com foco na leucina uma vez que está demonstrado que esta é importante na preservação muscular. Em relação à vitamina D, concentrações baixas estão associadas a maiores perdas de massa muscular, resistência e performance física. Relativamente ao aporte hídrico, este é importante para a digestão, absorção e excreção. Outra recomendação importante é a prática regular de atividade física, permitindo a conservação da massa muscular.

PALAVRAS CHAVE: Avaliação geriátrica global integrada, nutrição

**POLITICA E PROGRAMAS ALIMENTARES E DE
NUTRIÇÃO: QUE EFICÁCIA?**

Iniciativas escolares *nutrition-friendly*

Rui Matias Lima

Direção-Geral da Educação

As escolas são por excelência, um local para a educação para a saúde, nomeadamente, para a educação alimentar. É, assim, o local mais adequado para o desenvolvimento de competências para a saúde, tais como conhecimentos, atitudes e comportamentos fundamentais para a adoção de um estilo de vida saudável. De facto, para além das questões pedagógicas, a escola reúne características organizacionais e ambientais, que são únicas para o desenvolvimento de programas abrangentes e continuados favorecedores da modelagem de atitudes promotoras de saúde e de comportamentos saudáveis. O Nutrition Friendly Schools é uma iniciativa da OMS cujo objectivo maior é fornecer um modelo que assegure projetos escolares integrados que abordem os múltiplos problemas de saúde relacionados com a nutrição, desenvolvendo o trabalho com base numa série de conexões com várias entidades e parceiros. Este modelo de abordagem vai claramente ao encontro do modelo adotado em Portugal no âmbito dos projetos de Promoção e Educação para a Saúde (PES). De facto, as escolas têm sido incentivadas a desenvolver os seus projetos numa visão holística e integradora, numa perspetiva de antecipar questões, evitando a focalização num só problema, e envolvendo uma série de parcerias em que a saúde é, obviamente, o parceiro por excelência. De resto, a educação alimentar e atividade física tem sido o tema mais trabalhado pelas escolas no âmbito da PES. Simultaneamente, o Ministério da Educação tem vindo a produzir documentos reguladores da oferta alimentar em meio escolar que visam balizar, não só o leque de géneros alimentícios que podem ser disponibilizados em contexto escolar, bem como dando orientações muito específicas para os almoços servidos nos refeitórios escolares. Essa simbiose entre os interesses das escolas e as orientações do Ministério da Educação, favorecem a criação de condições de trabalho e de dinâmicas que promovam a saúde alimentar das crianças e jovens.

PALAVRAS CHAVE: Nutrition Friendly Schools; Educação Alimentar; Escola

**POLITICA E PROGRAMAS ALIMENTARES E DE
NUTRIÇÃO: QUE EFICÁCIA?**

Biodiversidade: abundância de alimentos saudáveis a partir de ecossistemas saudáveis?

Fernando Amaral

Direção-Geral de Agricultura e Desenvolvimento Rural

Aumento exponencial da população mundial, alterações climáticas, mudanças culturais, novos hábitos alimentares, escassez de recursos naturais. Eis uma herança do século XX, caracterizado por um desenvolvimento económico com base no aumento da produção assente na utilização sem limites dos recursos naturais. A produção de alimentos teve (e ainda tem) um impacto enorme nesta equação. Atividades produtivas como a produção agrícola e a pesca intensiva garantiram a abundância de alimentos à generalidade da população do hemisfério norte, ainda que a quantidade não tenha sido suficientemente acompanhada pela adequada utilização dos alimentos disponibilizados. Hoje, o modo de produção intensivo de alimentos tem de ser complementado com modelos que “produzam mais (e melhor) com menos”, capazes de assegurar uma alimentação saudável, acessível e ecológica e socialmente sustentável. A produção sustentável de alimentos está intimamente ligada à combinação das melhores práticas ambientais, a um elevado nível de biodiversidade, à preservação dos recursos naturais, à aplicação de normas exigentes em matéria de bem-estar dos animais, às produções locais, à sazonalidade, aos circuitos curtos de comercialização e a métodos de produção em sintonia com a preferência de certos consumidores por produtos obtidos utilizando substâncias e processos naturais. Além disso, os alimentos sustentáveis têm que ser nutricionalmente densos, permitindo aos indivíduos praticar uma alimentação diversificada, que contenha uma combinação equilibrada e adequada de energia e nutrientes, contribuindo para um bom estado de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Sustentabilidade, alimentos saudáveis, indicações geográficas, regimes de qualidade

O MUNDO TECNOLÓGICO AO SERVIÇO DA NUTRIÇÃO

Personalizar, personalizar, personalizar: o interesse da nutrigenética

Rui Poínhos

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Univ. do Porto

A nutrigenética corresponde à influência dos genes na interacção entre dieta e doença. Os potenciais benefícios de considerar a informação genética na personalização do aconselhamento sobre alimentação saudável tem sido alvo de crescente interesse e investigação. O projecto “Food4Me” (www.food4me.org) visou estudar de forma integrada diversos aspectos relacionados com diferentes formas de nutrição personalizada. Entre outros temas, este projecto estudou a percepção dos consumidores sobre diferentes serviços de nutrição personalizada (nomeadamente considerando a nutrigenética) e os determinantes de aceitação e adesão a estes serviços. Um estudo qualitativo desenvolvido no âmbito do “Food4Me” (Stewart-Knox et al., 2013; *Appetite*. 66:67-74) revelou que a nutrição personalizada é percebida por potenciais utilizadores (de 8 países europeus, entre os quais Portugal) como potencialmente benéfica, sobretudo em termos de saúde e forma física. Este trabalho permitiu identificar vantagens e desvantagens associadas à inclusão da nutrigenética na nutrição personalizada. Num outro trabalho (Poínhos et al., 2014; *PLoS One*. 9:e110614), em que participaram 9381 adultos de 9 países europeus (incluindo Portugal) foi verificado que diversas variáveis psicológicas previam as atitudes face à nutrição personalizada, sendo a percepção de benefícios a variável com maior efeito. Por sua vez, as atitudes mostraram ser um preditor directo da intenção de adesão a esse tipo de serviços. Os resultados destes trabalhos permitem definir estratégias de implementação de serviços de nutrição personalizada que incluam o uso de informação genética. No entanto, o estudo de intervenção realizado no âmbito do mesmo projecto (Personalised nutrition: Paving a way to better population health. A white paper from the Food4Me project. Disponível em: www.food4me.org) revelou que, não obstante a nutrição personalizada como um todo apresentar vantagens face a abordagens que não considerem características individuais, o uso de informação genética não parece acarretar vantagens adicionais face à personalização baseada em dados demográficos, antropométricos e de estilos de vida.

PALAVRAS CHAVE: Nutrigenética, Nutrição personalizada, Projecto “Food4me”

O MUNDO TECNOLÓGICO AO SERVIÇO DA NUTRIÇÃO

MyCYFAPP – exemplo de uma app no tratamento da fibrose quística

Tiago Martins

CHLN - Hospital Santa Maria - Serviço de Dietética e Nutrição

O MyCyFAPP é um projeto integrado no Horizon 2020 que é um programa da Comissão Europeia que promove a investigação e inovação nas mais variadas áreas do saber. Este projeto inclui os centros de tratamento da Fibrose Quística (FQ) de várias cidades europeias, nomeadamente: Lisboa, Valência, Madrid, Milão, Roterdão e Leuven. O projeto tem como principal objetivo o desenvolvimento de uma aplicação móvel (APP) que permita às crianças/pais e cuidadores de crianças com FQ, gerir de forma mais autónoma a sua dieta, bem como a terapêutica de substituição enzimática. Além das funcionalidades acima descritas, a APP irá permitir uma interação constante entre o utente e o profissional de saúde. O projeto está dividido em 9 work packages (WP), sendo que cada um integra várias tasks relacionadas entre si que irão contribuir para o desenvolvimento da APP. O WP 1 corresponde a uma avaliação dos hábitos alimentares numa população de doentes com FQ. No WP2 pretende-se determinar a dose de enzimas pancreáticas necessárias para a digestão de vários alimentos e pratos culinários, para os quais foram desenvolvidos testes *in vitro*. No WP3 será desenvolvido um ensaio clínico de onde resultará um modelo preditivo da dose de terapêutica de substituição enzimática para cada refeição de cada doente. O WP4 prende-se com as necessidades dos utilizadores para a autogestão da FQ, tendo sido realizados vários workshops com doentes e familiares. No WP5 serão desenvolvidas as APP's a serem utilizadas pelos doentes, cuidadores e profissionais de saúde. O WP6 irá contribuir para a avaliação do impacto da autogestão através da utilização da APP nos *outcomes* clínicos, qualidade de vida e custos em saúde. O WP7 diz respeito à disseminação de todo o projeto: na comunidade científica, nas associações de doentes e na indústria. No WP8 será feita uma avaliação do projeto em termos modelos de negócio, de forma a avaliar quais as oportunidades de mercado para todo o trabalho desenvolvido durante o projeto. Finalmente o último WP diz respeito à coordenação, que dá suporte a todos os parceiros envolvidos no projeto.

PALAVRAS CHAVE: Fibrose Quística, MyCyFAPP, Horizon 2020

NUTRIÇÃO EM GASTROENTEROLOGIA: O QUE HÁ DE NOVO

Doença inflamatória intestinal: o que está a mudar

Ana Lúcia Sousa

Hospital Distrital de Santarém, EPE

Os distúrbios nutricionais representam uma manifestação comum da Doença Inflamatória Intestinal (DII). A anorexia, os sintomas, a diminuição da absorção intestinal, o uso de fármacos e alteração do metabolismo dos nutrientes são algumas das causas da malnutrição nestes doentes. Apesar de se ter assistido a franca melhoria do prognóstico a curto prazo com o desenvolvimento de fármacos altamente ativos como os anti-TNF alfa, permanece a necessidade de alternativas de baixo risco. Historicamente, a nutrição era tomada meramente como terapêutica adjuvante e, nos dias de hoje, assiste-se a uma mudança de paradigma, não sendo apenas usada como medida de suporte mas também como tratamento primário. Apesar de alguns estudos mostrarem eficácia semelhante da Nutrição Entérica (NE) comparativamente aos corticoides, várias metanálises revelaram que nos adultos a NE é inferior à corticoterapia na indução da remissão da Doença de Crohn (DC); não existem diferenças entre fórmulas elementares ou poliméricas. Em contrapartida, na Colite Ulcerosa (CU) a NE não é uma opção terapêutica. Na DC, a NE mostrou-se capaz de diminuir a atividade da doença e de promover cicatrização da mucosa, objetivo desejado na era atual, apesar do mecanismo de ação estar pobremente compreendido. A NE revelou também ser útil na manutenção da remissão em doentes com DC quiescente; contudo, existem sérias limitações nos estudos, com poucos estudos controlados e randomizados, amostras pequenas e duração de intervenção curta. Outro benefício da NE foi demonstrado num estudo prospetivo recente, nomeadamente com a diminuição do número de complicações infecciosas e não infecciosas no pós-operatório em doentes com NE exclusiva pré-operatória durante 4 semanas. Em adultos com DC ativa foi também demonstrado aumento da qualidade de vida com o uso da NE. Existe ainda, cada vez mais evidência na associação entre a microbiota intestinal e a DII; o uso do probiótico VSL-3 mostrou benefício na prevenção da pouchite recorrente.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição entérica, Doença Inflamatória Intestinal

NUTRIÇÃO EM GASTROENTEROLOGIA: O QUE HÁ DE NOVO

Sensibilidade não celíaca ao glúten ou síndrome do intestino irritável

Catarina Sousa Guerreiro

ESTESL

As doenças funcionais do trato gastrointestinal são caracterizadas pela presença de sintomas crónicos e recorrentes cuja causa não é atribuída a fatores estruturais ou bioquímicos identificáveis. Embora seja reconhecido que estes sintomas são frequentemente despoletados e/ou exacerbados pela ingestão alimentar, o papel da alimentação na patogénese desta categoria de doenças não está ainda totalmente esclarecido. A relação entre a nutrição e o ambiente intestinal é complexa e tem desde há largos anos vindo a ser alvo de debate. Apesar de bem conhecidos os efeitos das alergias alimentares (como por exemplo ao trigo) na motilidade intestinal, a influência das reações não alérgicas ou das hipersensibilidades a determinados componentes nutricionais é ainda pouco conhecida. A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é caracterizada pela presença de dor e/ou desconforto abdominal associado a alterações na motilidade intestinal. A presença prolongada destes sintomas, mas também a ausência de perda de peso ou anorexia, a inexistência de perdas hemáticas ou febre traduzem possível diagnóstico de SII. Na última década uma nova entidade clínica, a Sensibilidade Não Celíaca ao Glúten (SNCG) tem vindo a ganhar destaque, em especial pelo mediatismo a ela associado. Apesar do número crescente de indivíduos a praticar dietas isentas em glúten, as publicações científicas, metodologicamente adequadas, não validam essa tendência de consumo junto da população em geral. A SNCG traduz-se, quando excluído o diagnóstico de doença celíaca (DC) ou alergia ao trigo (AT), pela presença de sintomas não só gastrointestinais (semelhantes à SII) como também extra intestinais aquando da ingestão de glúten. Sintomas como diarreia, desconforto abdominal ou dor, aerocolia ou extra-intestinais como cefaleias, letargia, défice atenção, hiperatividade ou manifestações dérmicas são frequentes na SNCG. Apesar de, nos últimos anos, ter sido feito um esforço para uniformizar os critérios de diagnóstico (sendo o mais recente o obtido no Consensus Salerno Experts, em 2015) a exclusão do diagnóstico de DC ou AT e a resposta positiva a uma dieta sem glúten são atualmente os parâmetros utilizados para o diagnóstico diferencial de SNCG. Sabe-se hoje que estas duas entidades clínicas podem ou não coexistir, havendo estudos recentes a revelar

que uma elevada percentagem de indivíduos com SII do subtipo diarreico, apresenta simultaneamente SNCG, tornando-se evidente a melhoria dos sintomas após exclusão do glúten. Do ponto de vista prático há, contudo, dificuldade em identificar quais os indivíduos com SII que beneficiarão de uma dieta com exclusão do glúten, dado não estarem, até ao momento, definidos quais os fatores preditores da efetividade de uma dieta restrita neste nutriente. Para a adequada compreensão dos mecanismos fisiopatológicos não só da SII como da SNCG, há a necessidade ainda de perceber qual o contributo de outros compostos, nomeadamente outros nutrientes da dieta como os inibidores da amilase tripsina ou os FODMAPS.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição, gluten, Síndrome Intestino Irritável, Sensibilidade não celíaca ou glúten

NUTRIÇÃO EM GASTROENTEROLOGIA: O QUE HÁ DE NOVO

Insuficiência intestinal na síndrome do intestino curto: estaremos a assistir ao fim da nutrição parentérica domiciliária?

Jorge Fonseca

GENE – Artificial feeding team, Hospital Garcia de Orta

O conceito de Insuficiência Intestinal abrange todos os estados clínicos em que a função gastrointestinal é inadequada para manter o estado de nutrição e hidratação sem aporte intravenoso. Na maioria dos casos ocorre após recessões intestinais extensas que resultam numa síndrome do intestino curto (SIC). Após uma cirurgia de recessão intestinal, doentes com menos de 200 cm de delgado estão em risco de evoluir para SIC. Até recentemente, a única substância capaz de melhorar a adaptação intestinal e com vantagem clinicamente demonstrada na SIC tinha sido o GLP-2. Mas a o GLP-2 tem uma semivida de cerca de 7 minutos, impedindo a seu uso na prática clínica corrente. Contudo, a alteração de um único aminoácido, permitiu a criação de um análogo recombinante com uma semivida de 3 horas, o teduglutido. O teduglutido mantém os efeitos qualitativos do GLP-2, incluindo o aumento do comprimento das vilosidades, da profundidade das criptas e do fluxo sanguíneo mesentérico e, também, reduz a secreção e a motilidade intestinal, aumentando a absorção e reduzindo a diarreia. E, devido à sua

semivida longa, estes efeitos são muito mais intensos. Demonstrou-se que, numa dose diária próxima de 0,050 mg/kg/dia, reduz a necessidade do aporte de NPD entre 20 e 100% do volume de NPD administrado. Tal tem permitido libertar mais de metade dos doentes da administração de NPD um ou mais dias da semana, graças aos ganhos obtidos no aporte oral/entérico. Parte dos doentes ficam inteiramente libertos da NPD passando a ser mantidos apenas com a alimentação oral. Os ganhos na qualidade de vida destes doentes estão claramente demonstrados. Nem todos os casos de Insuficiência Intestinal necessitando de NPD são causados por SIC. Mas para os doentes sob NPD por SIC, a possibilidade de reduzir ou mesmo libertar-se do aporte parentérico, representa uma revolução, com significativo ganho na qualidade de vida e redução dos riscos associados à NPD com forte impacto potencial no prognóstico e sobrevida. Embora não seja ainda o fim da NPD, é claro que estamos a assistir ao início de uma nova era no tratamento da síndrome do intestino curto.

PALAVRAS CHAVE: Insuficiência Intestinal, Síndrome do Intestino Curto, GLP-2, Teduglutido

NUTRIÇÃO E PATOLOGIA DIGESTIVA: DO LABORATÓRIO À CLÍNICA

Permeabilidade intestinal e patologia gastro-intestinal

Inês Asseiceira

Serviço de Dietética e Nutrição, HSM, CHLN.

A evidência científica mais recente tem enfatizado a importância da barreira intestinal e da permeabilidade intestinal, tanto em indivíduos com patologias específicas como em indivíduos saudáveis. No entanto, estes dois conceitos estão ainda mal definidos e a sua significância clínica continua a ser objeto de debate e de estudo. A barreira intestinal cobre uma superfície de cerca de 400m² e requer cerca de 40% da energia despendida pelo organismo. A estrutura desta barreira pode ser constituída por elementos mecânicos, humorais, imunológicos, musculares e neurológicos. Uma barreira intestinal íntegra protege o organismo contra a invasão por microrganismos e toxinas, tendo, contudo, a capacidade de absorver fluídos e nutrientes indispensáveis à sobrevivência do

PALESTRAS

indivíduo. Estas funções são cumpridas através de uma estrutura anatómica e funcional complexa. A estrutura funcional é designada por permeabilidade intestinal e está intimamente ligada à flora comensal, bem como aos elementos do sistema imunitário intestinal, sendo a principal responsável pela manutenção da homeostasia. A permeabilidade intestinal pode ser afetada por vários fatores, como alterações na microbiota, alterações na camada de muco e deterioração epitelial, resultando em translocação do conteúdo luminal para as camadas internas da parede intestinal. Além disso, os estilos de vida e alguns fatores dietéticos, como a ingestão de álcool e de alimentos hipercalóricos podem aumentar a permeabilidade intestinal. Atualmente, vários autores, têm estudado o papel da permeabilidade intestinal em várias patologias crónicas, tanto intestinais (Doença Inflamatória Intestinal e Síndrome do Intestino Irritável), como extraintestinais (doença alérgica, artrite, obesidade, doença metabólica, entre outras). A hipoperfusão da mucosa intestinal causada por algumas patologias, bem como por infeções virais, toxinas, fatores nutricionais e alguns medicamentos, podem estar na origem da alteração da permeabilidade intestinal na doença crónica. Alguns autores referem que esta pode ter também uma causa genética, não sendo, por isso, possível garantir que as alterações na permeabilidade intestinal são causa ou efeito das doenças intestinais crónicas. A intervenção nutricional direcionada para a diminuição da permeabilidade intestinal, promovendo hábitos alimentares saudáveis com ênfase no aumento do consumo de fibra e na diminuição no consumo de gordura e açúcar, poderá ter um papel preventivo e/ou terapêutico. Contudo são necessários mais estudos que comprovem a eficácia de algumas dietas, alimentos e/ou ingredientes específicos na diminuição da permeabilidade intestinal.

PALAVRAS CHAVE: Permeabilidade intestinal, barreira intestinal, doença de crohn, síndrome do intestino irritável

NUTRIÇÃO E PATOLOGIA DIGESTIVA: DO LABORATÓRIO À CLÍNICA

Microbiota e fígado gordo não-alcoólico: associação ou mecanismo patogénico?

Rita Barosa

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Garcia de Orta

O fígado gordo não alcoólico (FGNA) é um problema de saúde crescente, tendo uma prevalência geral estimada de 20% e sendo actualmente a principal causa de doença hepática nos países Ocidentais. Apesar da patogénese desta entidade não estar completamente estabelecida, a obesidade, a dislipidemia, a diabetes e o síndrome metabólico são factores de risco para o desenvolvimento de FGNA. Cinco a 10% destes doentes irão desenvolver um fenótipo inflamatório – esteatohepatite não alcoólica (EHNA) – tendo assim maior risco de progressão para cirrose, falência hepática e carcinoma hepatocelular. Um número crescente de evidência experimental e observacional tem associado a composição da microbiota intestinal e o desenvolvimento de FGNA e obesidade; contudo, o estabelecimento de uma relação causal permanece controverso. A predisposição para FGNA está associada a aumento da expressão de TLR4, TLR9 e de receptor do TNF, o que poderá ser controlado pela microbiota. Vários mecanismos têm sido propostos para estabelecer a relação entre o microbioma e o FGNA, nomeadamente o impacto da microbiota na regulação do metabolismo dos ácidos biliares, na permeabilidade intestinal induzindo um estado pró-inflamatório, na produção de hormonas intestinais e produtos hepatotóxicos e no desenvolvimento de obesidade. Doentes com FGNA mostraram ter menor proporção de Bacteroidetes e Protobacteria e maiores proporções de Firmicutes, Lachnospiraceae, Ruminococcaceae, Blautia e Faecalibacterium quando comparado com controlos saudáveis, maior proporção de bactérias produtoras de etanol e menor diversidade do microbioma. Um estudo em doentes com EHNA sem cirrose mostrou também que a proporção de Bacteroides e Ruminococcus era superior em doentes com estadios mais avançados de fibrose, sugerindo uma relação entre a disbiose da microbiota intestinal e a gravidade da doença hepática. Apesar de recentemente se ter assistido a um importante incremento do conhecimento da microbiota intestinal em doentes com NAFLD, muitas questões permanecem em aberto, sendo necessários estudos longitudinais multicêntricos para clarificar a associação entre a disbiose e a patogénese do FGNA.

PALAVRAS CHAVE: Microbiota, Fígado gordo não-alcoólico

NUTRIÇÃO E PATOLOGIA DIGESTIVA: DO LABORATÓRIO À CLÍNICA

Porque não valorizar as IgG nas intolerâncias alimentares

Pedro Morais Silva

Consulta de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Algarve

Uma reação adversa alimentar é um termo geral para descrever uma resposta indesejada à ingestão de alimentos. Estas reações podem ser divididas em dois grupos de acordo com a sua etiologia: as imunológicas (normalmente denominadas de alergia alimentar) que são provocadas por uma resposta imunológica inapropriada a uma proteína presente num alimento; e as não-imunológicas, nas quais se incluem, entre outras, as reações tóxicas, algumas patologias gastrointestinais e a intolerância alimentar. Nos casos de alergia alimentar pode ser frequentemente identificado um marcador de envolvimento do sistema imune, nomeadamente um anticorpo do tipo imunoglobulina E (IgE). Este marcador, em conjunto com uma história clínica sugestiva e, em alguns casos uma prova de provocação, estabelece o diagnóstico de alergia alimentar. A intolerância alimentar é menos bem definida, podendo ser causada por um conjunto heterogêneo de mecanismos, normalmente de natureza enzimática ou farmacológica, sem um marcador serológico comum. Os sintomas de intolerância alimentar são frequentemente inespecíficos, pouco reprodutíveis e normalmente não surgem imediatamente após a ingestão dos alimentos em questão. Estes fatores, dificultam frequentemente o diagnóstico correto da patologia e causam frustração nos doentes afetados que muitas vezes não conseguem obter um diagnóstico formal do seu problema. Na última década surgiram no mercado diversos testes de quantificação de anticorpos do tipo IgG (ou do seu subtipo IgG4) dirigidos a uma bateria de alimentos que afirmam poder diagnosticar consistentemente casos de intolerância alimentar. Estes tipos de testes não são reconhecidos nem validados pela comunidade científica, sendo pouco prescritos por médicos ou nutricionistas. Alguns laboratórios recorrem por isso a marketing promocional agressivo dirigido diretamente à população afetada para comercializar o produto. A ideia de que anticorpos IgG poderiam causar reações de intolerância provavelmente surgiu nos anos 80 após a observação de que esta imunoglobulina, tal como a IgE, poderia levar basófilos a desgranular e libertar histamina. Estes estudos não foram posteriormente replicados com sucesso. Os anticorpos IgG dirigidos a alimentos são frequentemente identificados em indivíduos saudáveis

e sem quaisquer sintomas relacionados com alimentos. Os valores de IgG parecem ser mais elevados para os alimentos que são introduzidos mais precocemente na alimentação ou para os que são ingeridos em maior quantidade, tais como o trigo, o leite e o ovo. A presença de anticorpos IgG e particularmente IgG4 dirigidos a alimentos representa uma resposta fisiológica do sistema imunitário à exposição antigénica. Caso a sua presença tenha algum significado fisiológico, este pode até ser considerado benéfico para o indivíduo (indicando tolerância antigénica) e não patológico. As dietas de exclusão concebidas pelas recomendações de testes desta natureza podem ter consequências nefastas para o desenvolvimento de crianças e podem levar a dietas com défices nutricionais importantes em qualquer idade. Adicionalmente, visto não permitirem o diagnóstico da alergia alimentar IgE-mediada, podem em algumas situações levar à reintrodução de um alimento que poderá causar uma reação alérgica grave. Por estes motivos, estes procedimentos podem ocasionar erros de diagnóstico graves, com consequentes riscos na saúde individual e na saúde pública. O diagnóstico de intolerância alimentar que é baseado numa história clínica sólida pode ser feito por um médico ou nutricionista experiente. Nos casos de dúvida entre alergia e intolerância, recomenda-se a referência do doente a um médico especialista em Imunoalergologia.

PALAVRAS CHAVE: Alergia alimentar, intolerância alimentar, diagnóstico

NUTRIÇÃO ENTÉRICA DE LONGA DURAÇÃO. ALIMENTAÇÃO DE PREPARAÇÃO DOMÉSTICA OU FÓRMULAS

Alimentação de preparação doméstica por princípio

Maria João Duarte

Hospital do Mar, Luz Saúde

A alimentação de preparação doméstica (APD) é utilizada frequentemente na nutrição entérica de longa duração. A ESPEN e a ASPEN recomendam a utilização de fórmulas comerciais (FC). Contudo, não há evidência científica que compare a utilização de APD e de FC em relação ao estado nutricional dos doentes

PALESTRAS

e às complicações associadas, nomeadamente infecciosas. Estudos têm constatado o recurso a este tipo de alimentação por parte dos Dietistas/Nutricionistas (D/N) e dos doentes, discriminando as razões para essa escolha. De 03/2010 a 03/2016 foram acompanhados 107 doentes que, em algum momento, foram alimentados por via entérica por mais de 4 semanas (50% do género feminino, idade média de 69 anos e tempo médio de internamento de 341 dias). Os diagnósticos mais frequentes foram: síndrome demencial (24%), acidente vascular cerebral (22%), neoplasias (18%) e traumatismos (13%). Dos doentes acompanhados, 76 foram alimentados por gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) (28 colocadas durante o internamento), 2 por jejunostomia percutânea endoscópica (PEJ), 1 por sonda nasojejunal (SNJ) e 28 por sonda nasogástrica. Foram usadas FC nos doentes com PEJ, SNJ e em 1 com PEG. Nos restantes foi usada APD ou APD associada a suplementos orais (SO). A utilização de APD com SO passou de 28% para 35% ao longo do internamento, sendo esta combinação usada quando a APD não era suficiente para alcançar as necessidades nutricionais ou quando os SO poderiam trazer algum benefício específico no tratamento. Os principais motivos para utilizar maioritariamente APD foram: experiência profissional/preferência do staff do hospital; crenças/desejos dos doentes e das suas famílias/cuidadores; custo da alimentação; D/N que reavaliam periodicamente os doentes e realizam auditorias semanais aos procedimentos de trabalho no serviço de alimentação (SA); existência de bons resultados nas auditorias externas ao plano HACCP implementado no SA; colaboração ativa da equipa do SA no cumprimento da dietoterapia prescrita; trabalho em equipa, com um grupo especializado em nutrição entérica. É urgente reconhecer e aceitar que a APD é um recurso correntemente usado na nutrição entérica de longa duração. Só assim poderá existir de forma mais segura e mais eficaz.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição entérica de longa duração, alimentação de preparação doméstica

NUTRIÇÃO ENTÉRICA DE LONGA DURAÇÃO. ALIMENTAÇÃO DE PREPARAÇÃO DOMÉSTICA OU FÓRMULAS

Fórmulas comerciais, claro!

Diogo Sousa Catita

A.R.I.F.A

Tendo em conta a realidade atual relativamente ao tipo de alimentação a administrar em doentes com tube-feeding, deparamo-nos com várias hipóteses no mercado, desde a tradicional culinária por sonda até às fórmulas comerciais. Olhando para as várias guidelines das principais Associações PEN, estas não tomam uma posição firme na escolha do tipo de alimentação. Numa abordagem generalizada, tanto a ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) como a ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) dão primazia às fórmulas comerciais mas, sem nunca deixar de parte a culinária por sonda. A única associação que não recomenda o uso de alimentação de culinária por sonda, é BDA (British Dietetic Association) referindo que esta aumenta a probabilidade de entupimento das sondas assim como o risco de infeção gástrica. As fórmulas comerciais são produtos produzidos industrialmente para nutrição entérica apelidados de “alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos” definidos na diretiva europeia 1999/21/EC de 25 de Março de 1999. Normalmente são preparados estéreis em estado líquido dividindo-se em poliméricas, oligoméricas e fórmulas especiais para doenças específicas. O uso e experiência com fórmulas comerciais, prende-se muito à realidade da instituição onde trabalho. Trata-se de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção, que pertence à Associação dos Reformados e Idosos da Freguesia de Amora (ARIFA), com lotação de 30 camas onde a média de tube-feeding é de 14 utentes. Com a abertura desta unidade, novos desafios foram colocados pois a tipologia dos utentes é diferente, assim como as suas necessidades e formas de alimentação. Para a garantir um bom suporte nutricional destes utentes, muitos fatores estavam em debate tal como, instalações e equipamento da cozinha, mão-de-obra, equipa de enfermagem, percentagem de pessoas desnutridas, custos e acima de tudo o bem-estar do utente. Após análise destes fatores e tendo em conta principalmente o bem-estar e estado nutricional do utente, Fórmulas Comerciais, Claro!

PALAVRAS CHAVE: Alimentação entérica, Fórmulas Comerciais

NUTRIÇÃO ENTÉRICA DE LONGA DURAÇÃO. ALIMENTAÇÃO DE PREPARAÇÃO DOMÉSTICA OU FÓRMULAS

Optar, mas... como reduzir os riscos?

Carla Adriana Santos

Hospital Garcia de Orta, GENE- Enteral Feeding Team

A Nutrição Entérica é parte integrante da Nutrição Artificial. Esta deve ser individualizada, adaptada às características do doente, à patologia e ao meio envolvente. As fórmulas comerciais são estéreis, prontas para uso, nutricionalmente completas ou incompletas, com fórmula dietética padrão ou adaptada, podendo ser utilizadas como única fonte alimentar, numa gama alargada de apresentações. Preparações feitas com alimentos correntes mas cozinhados, triturados e homogeneizados são outra forma de alimentar os doentes sob tube feeding. São personalizadas em macro, micronutrientes e eletrólitos e de utilização frequente no domicílio. O Grupo de Nutrição Artificial (GENE - Grupo de Estudo de Nutrição Entérica) do Hospital Garcia de Orta é um núcleo multidisciplinar constituído por um Gastrenterologista, uma Nutricionista e Enfermeiros, mas também clínicos dos principais serviços que referenciam doentes com indicação para Nutrição Entérica. O GENE protocolou o acompanhamento, monitorização e adequação do suporte nutricional na Consulta de Nutrição Artificial. Entre adultos e crianças, o GENE já seguiu mais de 800 doentes com disfagia, alimentados através de gastrostomia. Da nossa experiência verificámos que nos doentes com disfagia submetidos a nutrição entérica de longa duração a carência em macronutrientes era evidente quando estes foram referenciados. Se as carências energéti-proteicas são conhecidas e reconhecidas em vários estudos, pouco se sabe sobre os micronutrientes: vitaminas e oligoelementos. Avaliámos a concentração de micronutrientes e verificámos que a maioria já apresentava carência em oligoelementos nomeadamente em zinco em mais de 80% dos casos. Também observámos carências frequentes em ferro, selénio e Vitamina D. Verificámos que a nutrição entérica por PEG com alimentação de preparação doméstica tende a normalizar o peso, as proteínas séricas mas não consegue repor a carência em oligoelementos ao fim de 12 semanas. Desta forma suplementamos, por princípio, todos os doentes com multivitamínico com minerais.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição entérica, fórmulas comerciais, batidos artesanais, micronutrientes, oligoelementos

NUTRIÇÃO ENTÉRICA COMO SUPLEMENTAR DA PARENTÉRICA

Os fármacos a utilizar para aumentar a tolerância à nutrição entérica

Miguel Fróis Borges

Hospital Garcia de Orta

O suporte nutricional é reconhecido cada vez mais como um elemento essencial para o tratamento dos doentes críticos. A nutrição entérica deve ser preferida à parentérica sempre que possível. No entanto, os regimes nutricionais entéricos por vezes deparam-se com efeitos adversos e até mesmo complicações. Estes efeitos adversos têm sido definidos como intolerância e apresentam um espectro que vai desde ligeiramente incomodativos para o doente até ameaçadores de vida. Nesta apresentação definimos os problemas que a nutrição entérica pode colocar tendo em conta as suas principais esferas (intolerância, diarreia, aspiração e mecânicas) e avaliamos a evidência sobre os principais fármacos disponíveis no nosso arsenal a sua prevenção.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição Entérica, Tolerância, Complicações, Fármacos

DOENÇA DE CROHN EM PEDIATRIA

Abordagem terapêutica/nutricional no diagnóstico da DC

Jorge Amil Dias

CH S João

A Doença de Crohn (DC) resulta da desregulação do delicado equilíbrio entre a flora intestinal (microbioma), nutrientes, estimulação antigénica, imunidade e genética. Em determinadas circunstâncias o “controlado” estado inflamatório da mucosa intestinal altera-se com perturbação dos mecanismos de apoptose e excesso de inflamação que em vez de papel protector passa a ser a causa da doença. Nos anos 80 verificou-se que alguns doentes com DC e grave envolvimento perianal, melhoravam substancialmente da sua doença perianal, e também da doença cólica, quando eram submetidos a ileostomia de diversão. Essa observação permitiu relacionar a presença de antigénios alimentares no lúmen intestinal e a inflamação activa. Ensaio subsequentes confirmaram que era possível controlar a inflamação da DC com dieta. Usava-se então dieta elementar, que tinha de ser ministrada por sonda naso-gástrica dado ser pouco apaladada e rejeitada por via oral. A experiência mostrou que o uso de dieta polimérica é eficaz para controlar a DC activa e induzir estado de remissão e ao mesmo tempo ser bem tolerada por via oral. Sucessivos estudos e meta-análises mostram que a dieta polimérica exclusiva por período de 6-8 semanas tem eficácia comparável aos corticoides, embora com menos efeitos adversos, e promove melhor cicatrização da mucosa intestinal. A dieta polimérica é eficaz em todas as formas e localizações de DC, excepto na doença perianal fistulizante. Não é ainda bem claro qual o mecanismo desta acção anti-inflamatória, admitindo-se como explicações plausíveis a modificação do microbioma intestinal ou a monotonia antigénica com redução de gorduras saturadas e de excesso proteico. Alguns autores sugerem que o tratamento dietético da DC activa é menos eficaz em adultos do que nos doentes pediátricos. Esta observação pragmática, decorre de 2 factos que só parcialmente se relacionam com menor eficácia: A DC pediátrica tem componente predominantemente inflamatório enquanto na idade adulta (muitas vezes com maior tempo de evolução) predomina o fenótipo estenosante ou fistulizante que dificilmente revertem com manipulações nutricionais

pois são independentes do componente inflamatório. Por outro lado os adultos têm pior motivação para o cumprimento de dieta polimérica exclusiva. Todavia um estudo japonês em adultos com DC revelou que os doentes que cumpriam a alimentação polimérica, inserindo diariamente uma sonda nasogástrica com perfusão contínua durante a noite tiveram maior taxa de remissão do que o grupo de controlo sem dieta polimérica. Alguns estudos recentes especulam se uma modificação da dieta normal, com restrição de alguns nutrientes poderá ter efeitos semelhante no controlo da DC activa. Não há ainda comprovação desses resultados por outros investigadores, mas será uma perspectiva muito interessante que poderá também ajudar a entender melhor os mecanismos fisiopatológicos da DC. A prescrição de dieta polimérica deve acompanhar-se de algumas regras e atitudes por parte do médico prescritor, sob risco de comprometer a adesão dos doentes e o resultado do tratamento. Apesar de substancialmente mais onerosa do que o tratamento medicamentoso com corticoides, a dieta polimérica tem demonstrado excelente benefício por melhorar o estado nutricional, reduzir os efeitos laterais e promover cicatrização da mucosa. O tratamento nutricional da DC é o único que induz a remissão sem afectar a imunidade ao contrário de todos os outros fármacos cujo mecanismo de acção assenta na manipulação e depressão dos mecanismos imunitários envolvidos na inflamação exacerbada.

PALAVRAS CHAVE: Abordagem terapêutica; nutricional, Doença de Crohn

DOENÇA DE CROHN EM PEDIATRIA

Densidade mineral óssea e estado nutricional

Ana Moreira

Dietetics

A doença de Crohn (DC) é um problema de saúde global que afecta significativamente a qualidade de vida dos doentes. O estado nutricional destes doentes esta muitas vezes comprometido e influencia o seu prognóstico. Em população pediátrica a DC tem sido largamente associada desnutrição, baixo peso e atraso de crescimento e deficit de densidade mineral óssea (DMO). A etiologia da desnutrição, embora ainda não completamente esclarecida, advém do aumento das

necessidades energéticas, perdas pela má absorção intestinal e redução da ingestão. Nas fases agudas da doença, associado à resposta inflamatória, há aumento das necessidades energéticas. Existe alguma controvérsia quanto à ingestão energética na DC com estudos a afirmarem que a ingestão é adequada e outros inferior as necessidades. A redução da ingestão alimentar por parte destes doentes é frequentemente, muitas vezes praticada pelo receio de agravamento dos sintomas, mas igualmente pelo papel anorexigénico de alguns mediadores inflamatórios que se apresentam elevados nas fases activas da doença. Recentemente, possivelmente reflectindo os hábitos alimentares e de actividade/inactividade física da população em geral, tem sido reportado um número crescente de doentes com excesso de peso ou obesidade. Muito embora esta tendência, parece existir deficit de massa magra quando comparado com um grupo controle. Outra complicação nutricional associada a esta patologia é a baixa DMO. Esta situação é principalmente crítica crianças e adolescentes pois é o período da vida onde ocorre uma elevada velocidade de crescimento ósseo. A sua etiologia deve-se à utilização de corticoterapia, à ingestão deficiente de alguns micronutrientes resultante das restrições alimentares praticadas por este grupo de doentes. Está descrita ingestão insuficientes de cálcio e vitamina D resultante da exclusão do leite e derivados da alimentação, bem aportes insuficientes de vitamina K resultante da exclusão de vegetais. Igualmente as já descritas alterações na composição corporal como redução do peso corporal podem condicionar a adequada mineralização óssea, contribuindo para a elevada prevalência de osteopenia e osteoporose repostada nestes doentes.

PALAVRAS CHAVE: Doença de Crohn, Densidade mineral óssea, Estado nutricional, Pediatria

DOENÇA DE CROHN EM PEDIATRIA

Efeito do balanço entre o gasto e ingestão energética

Inês Asseiceira

Serviço de Dietética e Nutrição, HSM, CHLN

O gasto energético em repouso (GER) corresponde à energia necessária para suportar as funções fisiológicas e bioquímicas do organismo. Na doença aguda é frequentemente assumido um aumento do gasto energético, associado a uma resposta inflamatória,

no entanto a relação precisa entre a doença e o gasto energético não é clara e na DII também não está clara a influência da atividade da doença no GER. O GER pode ser afetado por inúmeros fatores, a composição corporal do indivíduo é um dos maiores determinantes do GER e, como tal, este aumenta quanto maior for a altura e o peso e maior for a percentagem de MIG. Em situações patológicas o GER tende a aumentar como parte da resposta metabólica ao stress, dependendo da gravidade da doença, da presença de febre, do desenvolvimento de complicações, da disfunção orgânica e da terapêutica aplicada. Na DC, o aumento do GER tem sido apontado como uma das hipóteses explicativas para a malnutrição característica destes doentes, a par da malabsorção e da deficiente ingestão alimentar. Contudo, os resultados dos estudos sobre o metabolismo energético na DC são contraditórios. O GER tem sido descrito como elevado, normal, ou até mesmo reduzido em doentes com DC, comparativamente a indivíduos saudáveis. Esta diversidade de resultados pode dever-se, em parte, a diferenças ao nível da extensão da doença, atividade inflamatória e composição corporal dos doentes. Os resultados dos estudos que comparam o GER de indivíduos com DC com grupos controle saudáveis sofrem profundas alterações quando este é expresso em função do peso ou da massa corporal isenta de gordura. Esta forma de apresentação das necessidades energéticas em função da composição corporal, permite concluir que há um maior GER nos indivíduos com DC de peso inferior ao recomendado, relativamente a indivíduos saudáveis e a indivíduos com DC de peso normal. Na DC pediátrica, os estudos sobre o GER são mais escassos e os resultados igualmente controversos. Se em alguns estudos não são encontradas diferenças entre o GER/kg MIG entre crianças saudáveis e crianças com DC, outros indicam que as necessidades energéticas estão significativamente aumentadas no grupo de doença. A diversidade e o antagonismo de resultados acerca da influência da DC no GER pode, em parte, ser explicado pela heterogeneidade nos grupos de doença, nomeadamente ao nível da atividade da mesma. Alguns estudos têm-se focado precisamente na influência da atividade da DC no GER e, aqui os resultados são menos controversos, parecendo não existir diferenças significativas entre o GER na doença ativa e na doença remissiva, embora ainda existam poucos estudos focados nesta questão, especialmente em idade pediátrica. Os estudos divulgados até ao momento concluíram que não havia uma relação significativa entre o gasto energético em repouso e a atividade da doença, determinada por diversos métodos. Apesar destes estudos, o metabolismo energético nas diferentes fases da DC ainda levanta algumas dúvidas e o aumento do GER continua a ser apontado como um dos principais responsáveis pela deterioração do estado nutricional nestes doentes. Tendo em conta a

PALESTRAS

escassez de estudos que avaliam o efeito da atividade da DC no GER, em pediatria e, apenas dois deles em ambulatório, envolvendo crianças em doença ativa e em remissão, é importante aprofundar esta temática, de modo a esclarecer esta relação e perceber se os resultados vão ou não de encontro com os revelados nos estudos já realizados.

PALAVRAS CHAVE: Gasto energético, necessidades energéticas, doença de crohn

QUANDO A TERAPÊUTICA CONVENCIONAL FALHA NO CONTROLO DA EPILEPSIA

Decisão pela abordagem nutricional

Eulália Calado

Serviço de Neurologia Pediátrica - Hospital D. Estefânia-Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)

A dieta cetogénica (DC) é usada quase há 100 anos (1º artigo publicado em 1921!) no tratamento da epilepsia. Surgiu na sequência da constatação de que o jejum prolongado diminuía o número e duração das crises epiléticas em vários tipos de epilepsia, levando mesmo em algumas à cura da epilepsia. É um regime alimentar terapêutico rico em lípidos, normoproteico e pobre em hidratos de carbono, em que os corpos cetónicos atuam como fonte alternativa de energia à glicose. Embora o mecanismo exato de ação ainda não esteja completamente esclarecido, pensa-se que os corpos cetónicos têm um efeito protetor sobre o cérebro com inibição da epileptogénese. Com o aparecimento dos anti-epiléticos (AE) como a Fenitoína, Valproato e Carbamazepina em meados do século passado, a DC caiu quase em desuso, mas nas últimas três décadas, apesar de surgirem muitos outros medicamentos AE, tem-se vindo a afirmar cada vez mais como uma terapia relevante no controlo parcial (redução das crises em >50% dos casos) ou mesmo total (15-20%) da epilepsia, desde o primeiro ano de vida até à idade adulta. Os síndromes de West, de Dravet, de Doose, de Lennox-Gastaut, as epilepsias do síndrome de Rett, da Esclerose Tuberosa e das malformações corticais bilaterais, podem beneficiar significativamente da terapêutica com dieta cetogénica. O uso com sucesso da DC no estado de mal epilético é cada vez mais referido na literatura. Atualmente a DC deixou de ser uma terapêutica de recurso, a que se deitava mão só após a falência de todas as outras alternativas, habitualmente já com uma longa evolução do processo

epilético. As orientações atuais vão no sentido da sua utilização ser cada vez mais precoce, sendo mesmo alguns centros apresentada como 1ª hipótese terapêutica no tratamento do Síndrome de West, uma das epilepsias refratárias mais frequentes na infância, com resultados surpreendentes. O incremento do uso da DC, já presente em mais de 50 países, deve-se muito à dinâmica de Associações de Pais, cujos filhos beneficiaram desta dieta. A sua parceria com os profissionais de saúde e investigadores das ciências básicas conseguiu que os doentes submetidos a DC passassem de simples casos anedóticos, com muito pouco valor científico, a ser objeto de estudos randomizados com evidência científica, metanálises e recomendações terapêuticas na ILAE, NICE e Cochrane. Em Portugal as Unidades /Serviços de Neuropediatria, das 3 principais cidades do país (Porto, Coimbra e Lisboa) reconhecem a DC como eventual terapêutica AE há mais de 20 anos. A necessidade de se afirmarem como Centros Nacionais de Dietas Cetogénicas tem vindo a posicionar-se fortemente na lista dos objetivos prioritários destes Serviços, como é o caso do Serviço de Neurologia Pediátrica do Hospital D. Estefânia- Centro Hospitalar Lisboa Central.

PALAVRAS CHAVE: Dietas, Epilepsia

QUANDO A TERAPÊUTICA CONVENCIONAL FALHA NO CONTROLO DA EPILEPSIA

Abordagem nutricional no tratamento da epilepsia refractária e outras patologias neurológicas

Mónica Pitta Grós Dias

Hospital de Dona Estefânia, Unidade de Nutrição

A dieta cetogénica surgiu em 1921, quando pediatras do John Hopkins University testaram o efeito antiepilético do jejum, provocado pela presença de corpos cetónicos em circulação. Demonstraram que era possível manter um estado de cetose sem ter que sujeitar os doentes a um jejum prolongado, limitando a ingestão de proteínas e hidratos de carbono e obrigando o organismo a usar os corpos cetónicos como fonte de energia. Após um período de jejum e de baixa ingestão de hidratos de carbono, o organismo vê-se obrigado a procurar uma fonte de energia alternativa à glicose. Ocorre então a degradação dos triglicéridos, originando glicerol e ácidos gordos; estes ácidos gordos sofrem B-oxidação

no fígado originando acetil-co-A. A produção excessiva desta molécula origina corpos cetónicos (acetonato, acetona e ácido B-hidroxibutírico), que em circulação induzem a um estado de cetonémia. Vários estudos têm sido realizados para compreender o mecanismo da cetose na epilepsia e em outras doenças neurológicas. Algumas hipóteses defendem o efeito anticonvulsante dos corpos cetónicos; outras a diminuição da excitação e outras a influência dos corpos cetónicos na atividade neurotransmissora. Atualmente a dieta cetogénica vem readquirindo importância no tratamento de casos de epilepsia refratária e outras patologias neurodegenerativas. Esta intervenção nutricional consiste na prescrição de uma dieta com alto teor de gordura e baixo teor de proteína e de hidratos de carbono, com o objetivo de manter um estado permanente de cetose. Como resultados positivos podemos observar diminuição ou remissão das crises. O tratamento é de dois a três anos. Utilizam-se diferentes tipos de dieta cetogénica tendo em conta as necessidades nutricionais, hábitos alimentares e experiência de cada centro hospitalar. Existe uma variação entre a relação de lípidos e proteína + hidratos de carbono (4:1 ou 3:1). Estudos demonstram que metade das crianças cuja terapia medicamentosa falha, registam uma diminuição de mais de 50% das convulsões com a dieta cetogénica. Cerca de 1/3 terá uma melhoria em cerca de 90% das convulsões e 10% ficará totalmente livre de crises e terapia medicamentosa.

PALAVRAS CHAVE: Dieta cetogénica, epilepsia refractária, abordagem nutricional

crises através da dieta cetogénica. Esta tem como objetivos: melhorar o controlo das crises, através da introdução da DC; diminuir a utilização de fármacos antiepiléticos, em politerapia; promover a melhoria do bem-estar das crianças e famílias. O Núcleo da Dieta Cetogénica (NDC) é um grupo de profissionais de saúde direccionado para o tratamento da criança com epilepsia refratária, sendo constituído por enfermeiras, neuropediatras, nutricionistas, assistente social e pedopsiquiatra. O seguimento da criança é efetuado na consulta externa, através deste NDC. É da responsabilidade do mesmo, a educação da família e o treino de competências e habilidades para a execução da DC. Este NDC foi criado há cerca de 1 ano, embora na unidade já fosse utilizada anteriormente a DC, em doentes do foro neurológico e metabólico. Existe uma consulta prévia de enfermagem à introdução da DC e follow-up de seguimento. A educação da família passa por avaliar as expectativas, as competências, ensino aos pais quanto às pesquisas de cetonémia e glicémia, verificação do preenchimento correto do Diário da DC, e sua importância na avaliação do efeito da DC relativamente ao controlo de crises. O número total de doentes com DC é de dez, a nível da consulta de neurologia. Ao longo do trabalho, iremos apresentar vários testemunhos dos pais das crianças que aderiram à DC, demonstrando os seus benefícios e a satisfação dos mesmos. É essencial uma correta aplicação da DC para o sucesso do tratamento. O início da DC deve ser o mais precoce possível, para melhorar a aceitação e adaptação da criança, e minimizar os medos e angústias. Considerando que a DC é muito diferente das dietas convencionais, é fundamental a motivação e envolvimento familiar em todo o processo de alterações de hábitos e rotinas alimentares. São disponibilizados contactos telefónicos e endereços de correio eletrónico, para troca de informações e esclarecimento de dúvidas. A chave para o sucesso, passa por uma forte motivação familiar, informação e treino adequado da parte dos profissionais de saúde, assim como monitorização e avaliação regular, de modo à obtenção do objetivo primordial: Melhoria do controlo de crises através do sucesso do tratamento com DC, e conseqüente promoção do desenvolvimento e bem-estar das crianças e suas famílias.

PALAVRAS CHAVE: Dieta cetogénica

QUANDO A TERAPÉUTICA CONVENCIONAL FALHA NO CONTROLO DA EPILEPSIA

O papel do enfermeiro na implementação e controlo da dieta cetogénica

Cristina Maria Taveira de Sousa Martins

CHP

A dieta cetogénica (DC) é uma dieta rica em gordura, com baixo teor de hidratos de carbono, utilizada no tratamento da epilepsia há mais de 80 anos. Muitas das crianças com crises epiléticas refratárias ao tratamento com antiepiléticos, podem beneficiar no controlo das

PALESTRAS

sala 7 | dia 11 de abril

FERRAMENTAS DE RASTREIO E DE DIAGNÓSTICO DA DESNUTRIÇÃO – CONTROVÉRSIAS

Rastreio vs. diagnóstico da desnutrição: consensos atuais

Helena Ferreira Mansilha

CMIN

A desnutrição hospitalar continua a atingir taxas de prevalência elevadas e inaceitáveis mesmo em países “desenvolvidos”, segundo dados publicados recentemente. Em Portugal, a prevalência encontrada foi de 18,9 % num estudo nacional (resultados ainda não publicados). Assim, estratégias de avaliação sistemática do risco nutricional e de diagnóstico de desnutrição de crianças e adolescentes, realizada precoce e atempadamente possibilitaria a gestão do suporte nutricional adequado no sentido de prevenir a instalação ou promover a recuperação de um estado prévio de desnutrição. A ausência de consenso de critérios baseados na evidência para o diagnóstico de desnutrição e de risco para desnutrição, especialmente em idade pediátrica em constante crescimento, bem como dos respectivos cut-offs para intervenção nutricional será um óbice à interpretação de dados clínicos obtidos através destes instrumentos. Quanto ao diagnóstico de desnutrição em idade pediátrica tem importância crescente e interesse transversal a todas as subespecialidades “baseadas-em-órgão”. De facto, a preservação de um estado nutricional adequado é um factor independente e determinante de melhor prognóstico. A metodologia terá que contemplar uma história clínica rigorosa e informativa, não só inteirando toda a patologia em causa, mas também a descrição de aportes nutricionais, seus constrangimentos e comportamento alimentar, necessárias à abordagem clínica do doente. O exame físico é fundamental, especialmente pela avaliação subjectiva do estado nutricional. O diagnóstico de desnutrição pode ainda ser complementado com exames laboratoriais elegidos na dependência da especificidade de cada caso. A caracterização da composição corporal é especialmente importante, uma vez que os desequilíbrios nutricionais qualitativos não devem ser ignorados. Assim, a elevada prevalência de desnutrição entre crianças e adolescentes deve exigir uma consciência nutricional conducente à instituição de medidas eficazes de rastreio de risco nutricional bem como de diagnóstico de desnutrição prévia já instalada, dadas as consequências adversas para

saúde e bem-estar, a curto e a longo prazos, muitas vezes subestimadas.

PALAVRAS CHAVE: Risco nutricional, desnutrição, idade pediátrica

FERRAMENTAS DE RASTREIO E DE DIAGNÓSTICO DA DESNUTRIÇÃO – CONTROVÉRSIAS

Micronutrientes: que valor?

Carla Adriana da Cunha Santos

Hospital Garcia de Orta - GENE- Enteral Feeding Team

Os micronutrientes (vitaminas e oligoelementos) são essenciais à vida. Tal evidência advém da identificação de doenças associadas a carências graves e do impacto da sua correção. A pelagra, o beribéri e o escorbuto são exemplos clássicos sendo o escorbuto descrito por Hipócrates. Essenciais na atividade enzimática e como antioxidantes, quer atuando diretamente na captação de partículas oxidativas, como a vitamina C e E, quer atuando indiretamente, como parte de metaloenzimas como a glutatona peroxidase (selénio) ou superóxido dismutase (zinco, cobre). A carência tem forte impacto na saúde, especialmente nas crianças criando atrasos irreversíveis no desenvolvimento e compromisso cognitivo. A nível mundial a carência de Zinco e Ferro, encontra-se entre o 10 maiores factores de risco nos países em desenvolvimento. Em Portugal a carência em Zinco e em Ferro também está presente especialmente na população com diminuição e/ou pouca diversificação alimentar. O nosso grupo de Nutrição Artificial (GENE) segue sob protocolo doentes sob nutrição entérica de longa duração e verificou que a sua maioria quando nos são referenciados já apresentava carência em oligoelementos nomeadamente em zinco em mais de 80% dos casos. Também observámos carências frequentes em ferro e selénio. Da mesma forma verificámos que a quase totalidade dos doentes apresentava valores muito baixos de vitamina D e não é expectável que após a gastrostomia estes doentes tenham produção endógena significativa desta vitamina. Verificámos também que a realimentação com alimentação de preparação doméstica não conseguiu repor a carência em oligoelementos ao fim de 12 semanas. Sugere-se a suplementação, por princípio em todos os doentes usando multivitamínico com minerais.

PALAVRAS CHAVE: Micronutrientes, oligoelementos, nutrição entérica, suplementação

FERRAMENTAS DE RASTREIO E DE DIAGNÓSTICO DA DESNUTRIÇÃO – CONTROVÉRSIAS

Sarcopenia vs. fragilidade vs. caquexia

Ana Sofia Sousa

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Univ do Porto

A sarcopenia é uma síndrome que se caracteriza pela perda progressiva de massa e de função muscular que ocorre com o avançar da idade. O Consenso Europeu para a Definição e Diagnóstico da Sarcopenia define-a como presença conjunta de baixa massa muscular e força muscular diminuída ou baixo desempenho físico. Apresenta etiologia multifatorial, sendo vários os mecanismos propostos na sua patofisiologia. A fragilidade resulta do declínio de múltiplos sistemas. A perda de peso não intencional, a exaustão, a força muscular diminuída e o baixo desempenho físico são critérios de fragilidade. A caquexia é uma síndrome metabólica complexa associada a uma patologia de base (ex: cancro ou doença renal), onde se verifica perda de peso e a presença de inflamação. A perda de massa muscular é uma das consequências desta condição. A sarcopenia, a fragilidade e a caquexia, estando associadas à perda de massa e de função muscular e, consequentemente, da capacidade funcional, são condições que frequentemente coexistem e que, por isso, se podem sobrepor. Na prática clínica, esta situação dificulta a identificação de cada uma destas condições. Contudo, a presença de sarcopenia nem sempre é acompanhada pela presença de fragilidade. Além disso, a caquexia pode ser uma causa da sarcopenia e a generalidade dos indivíduos com caquexia apresenta sarcopenia, mas o inverso não tem necessariamente que se verificar. O reconhecimento atempado é fundamental para a diminuição dos efeitos adversos destas condições e também para que seja possível atuar na prevenção. Desta forma, a distinção clara entre sarcopenia, fragilidade e caquexia, tendo em conta a etiologia, as consequências e os fatores associados, mas também as características comuns, reveste-se da maior importância.

PALAVRAS CHAVE: Sarcopenia, fragilidade, caquexia

IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREIO E DE DIAGNÓSTICO DA DESNUTRIÇÃO

Rastreio e diagnóstico da desnutrição na comunidade

Cecília Soares¹, Eleonora Paixão², Margarida Silvério¹, Marta Marujo¹,

1 - ARSA, I.P., ACES Alentejo Central

2 - ARSA / NATAPIE3

A população da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é uma população envelhecida, frágil, maioritariamente feminina, carenciada, com baixo nível de escolaridade, elevada dependência e incapacidade e com elevada incidência de sarcopenia. Esta é um fator prognóstico e modulado por intervenção nutricional, tal como a perda de peso, só por si, também ela fator prognóstico de mortalidade, morbidade e menorizada com a intervenção nutricional. De realçar que a sarcopenia pode estar presente em utentes com excesso de peso/obesidade e até mesmo sem perda de peso, resultando assim o seu sub-diagnóstico. Quando instalada, aumenta o risco de desnutrição e de desnutrição do utente internado em ECCI, diminuindo a sua qualidade de vida, acompanhado do aumento das taxas de complicações, do tempo de internamento, das taxas de reincidência e de gastos em cuidados enfermagem, médicos e nutricionais. De lembrar que a prevalência da desnutrição em várias patologias é elevada. Sendo assim, a intervenção precoce da nutrição, com impacto na incidência e prevalência da desnutrição, mesmo utilizando suplementação nutricional, não supera os gastos acrescidos já referidos e interfere na qualidade de vida e taxa de APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) dos utentes. Objetivos - Caracterizar o estado nutricional dos utentes das unidades das ECCI, segundo a MNA®. - Intervir nas situações de diagnóstico de desnutrição ou em risco de desnutrição. Material e Métodos: A realização deste estudo observacional transversal, incidiu nos utentes idosos, de ambos os géneros, internados nas ECCI, (em funcionamento 10 de 14 concelhos do ACES Alentejo Central), durante o período decorrido entre o mês de Maio e Agosto 2015, após parecer favorável da Comissão de Ética. Foi aplicada a ferramenta de avaliação nutricional - Mini Nutritional Assessment (MNA®) para avaliação de risco de desnutrição e desnutrição. Em caso de diagnóstico nutricional desfavorável (em risco de desnutrição ou desnutrido) foi realizada intervenção nutricional. Resultados e discussão Neste estudo recolheu-se uma amostra não aleatória de 86 utentes

PALESTRAS

(58,1% feminino e 41,9% masculino) com idade ≥ 65 anos, com uma média de idades de 79,32 anos para o género feminino e para o género masculino de 79,14 anos. Dos resultados com diferenças estatisticamente significativas realçam-se a associação entre o risco de desnutrição e desnutrição e: - a mobilidade, em que os idosos mais afetados são os que estão condicionados em termos de mobilidade, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas ($p=0,002$), - a afectação de stress psicológico/doença aguda nos últimos 3 meses, verificando-se que o estado nutricional está relacionado com a mesma, havendo diferenças estatisticamente significativas ($p=0,008$). - ao IMC em função do género, a desnutrição afetava sobretudo o género masculino e a obesidade o género feminino, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre as duas variáveis ($p=0,028$). Conclusão A elevada prevalência de idosos sob risco de desnutrição e desnutrição (73,3%), semelhante a outros estudos efetuados, mostram que é de extrema importância fazer a avaliação do estado nutricional dos idosos, no ato e periodicamente no seu internamento atendendo às suas necessidades específicas, proporcionando melhor prognóstico, manutenção ou aumento de qualidade de vida e uma redução ao nível dos custos em cuidados de saúde. A necessidade evidente de manter nesta população envelhecida um estado nutricional satisfatório, remete para a importância de profissionais de saúde das equipas de cuidados continuados integrados identificarem precocemente o seu estado nutricional, para que haja intervenção precoce, direcionada para a prevenção da instalação desta condição e das consequências que dela resultam. A sua utilização deve ser tomada como rotina.

PALAVRAS CHAVE: Risco de desnutrição e desnutrição, sarcopenia, Mini Nutritional Assessment (MNA®), estado nutricional, articulação de cuidados, qualidade de vida.

IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREIO E DE DIAGNÓSTICO DA DESNUTRIÇÃO

Em pediatria oncológica

Inês Frias Moura Ramos

FCNAUP

No contexto da pediatria oncológica, a desnutrição é uma condição muito frequente que influencia a resposta aos tratamentos e, conseqüentemente, a sobrevivência à doença. Têm sido desenvolvidas várias ferramentas de rastreio e diagnóstico da desnutrição para uso pediátrico, não existindo consenso relativamente a qual deve ser de uso preferencial. Objetivo: Este trabalho teve como objetivo caracterizar, em termos de risco e de diagnóstico de desnutrição, uma amostra de crianças e adolescentes com patologia oncológica através de várias ferramentas desenvolvidas para o efeito: NRS, PNRS, STRONGkids, STAMP®, PYMS, PeDiSMART, PNST, SCAN e SGNA. Pretendeu-se ainda comparar os resultados obtidos com parâmetros antropométricos e analíticos. Métodos: Foram avaliadas 29 crianças e adolescentes internados no Serviço de Pediatria do IPOPFPG relativamente a dados socioeconómicos, antropometria, evolução ponderal, ingestão alimentar, sintomatologia gastrointestinal e exame físico. Foram também recolhidos dados analíticos e informação relativamente à situação clínica. Resultados: A percentagem de doentes considerados em baixo risco de desnutrição variou entre 0%, através da aplicação do PNRS, e 69%, recorrendo ao NRS. Com a aplicação do PNRS, 82,8% dos pacientes apresentavam alto risco de desnutrição enquanto, com o PeDiSMART, este valor não ultrapassava os 3,4%. A maioria das ferramentas apresentou correlações positivas e significativas entre si. O NRS e a PeDiSMART apresentaram correlações negativas e significativas com a generalidade dos parâmetros antropométricos. Em geral, pontuações mais altas das ferramentas foram associadas a piores valores de todos os parâmetros analíticos analisados. Conclusão: As ferramentas utilizadas neste trabalho levaram a caracterizações muito distintas da amostra estudada em termos de risco e diagnóstico de desnutrição. As correlações com os parâmetros antropométricos e analíticos também não foram uniformes com todas as ferramentas. No entanto, pode-se concluir que a STRONGkids será a ferramenta que melhor servirá para uma avaliação geral da desnutrição em pediatria oncológica, devendo ser usada a sua pontuação para estimar o risco de desnutrição.

PALAVRAS CHAVE: Rastreio e diagnóstico da desnutrição, pediatria, oncologia, parâmetros antropométricos e analíticos

NUTRITION DAY – QUE VALOR?

ND em oncologia

Elsa Madureira

Centro Hospitalar São João | Unidade de Nutrição e Dietética

Anualmente aumenta o número de casos de cancro. No mundo surgem 14 milhões novos casos de cancro por ano e em Portugal surgem 49 mil novos casos por ano. No nosso país, o cancro é a segunda causa de morte, a seguir às doenças cardiovasculares. Segundo a Direção geral de Saúde, em 2013 realizaram-se cerca de 44 mil cirurgias oncológicas e registaram-se 414 mil admissões para radioterapia e 262 mil admissões para quimioterapia. Estes são doentes com maior risco de deterioração do seu estado nutricional. A desnutrição é o diagnóstico secundário mais frequente nos doentes oncológicos (40 a 60%). Afeta cerca de 80% dos doentes com cancro do tubo digestivo alto e 60% dos doentes com cancro de pulmão. Para a desnutrição contribuem fatores relacionados com a doença e com os tratamentos. Nestes doentes a desnutrição evolui para caquexia na presença de inflamação além da anorexia, perda de peso e de massa muscular. A desnutrição está associada a menor tolerância e resposta aos tratamentos, aumento da morbilidade, maior tempo de internamento, mais idas à urgência, pior qualidade de vida, mais custos associados aos tratamentos e aumento da mortalidade. Admite-se que mais de 50% dos doentes oncológicos morram desnutridos e que em 20 a 25% destes doentes a morte é uma consequência direta da desnutrição. O Nutrition Day tem como objetivo melhorar o conhecimento sobre a desnutrição nos hospitais, aumentar a consciência e promover a implementação do cuidado nutricional adequado, de acordo com os objetivos especificados na Resolução do Conselho da Europa. Em 2012 iniciou-se o Nutrition Day Oncology, de forma a melhor refletir a situação específica destes doentes. Para além das “folhas” gerais, para avaliação dos doentes oncológicos são necessárias mais 3 folhas. A Folha 1_Oncologia refere-se às práticas da unidade e é preenchida pelo responsável, no que diz respeito à terapia nutricional e frequência de avaliação de parâmetros como a antropometria, composição corporal, função, ingestão alimentar e de cálculo de necessidades. A Folha 2_ Oncologia refere-se à situação clínica do doente, é preenchida pelo responsável, relativamente a objetivo da terapêutica, motivo da admissão, diagnóstico oncológico atual, tempo desde o diagnóstico, estágio do tumor, tempo desde início da primeira terapia, situação terapêutica, infeções, parâmetros laboratoriais (PCR e albumina) e terapia nutricional. A Folha 3_ Doente Oncológico, preenchida pelo doente, reflete

parâmetros relacionados com estado nutricional como o peso habitual e atual, intenção da perda de peso, frequência de sintomas na última semana e atualmente (dor, cansaço, depressão, falta de apetite), motivo da diminuição da ingestão, capacidade funcional, toma de suplementos, prática de outras atividades (psicoterapia, yoga, meditação, ...), dificuldade em seguir os tratamentos e benefícios da terapia nutricional. São apresentados relatórios por unidade (referentes a todas as folhas) e relatórios curtos (referentes às folhas de Oncologia) e apresentados resultados de referência com base nos dados dos doentes oncológicos de todas as unidades avaliados entre 2012 e 2014. No Centro Hospitalar de São João o Nutrition Day realizou-se em 2014 no serviço de Medicina e em 2015 nos serviços de Medicina e Cirurgia. No primeiro ano foram avaliados 173 doentes, 14 dos quais oncológicos e em 2015 foram avaliados 157 doentes, 46 oncológicos.

PALAVRAS CHAVE: Nutrition Day Oncology, Oncologia, Desnutrição.

NUTRITION DAY – QUE VALOR?

NutritionDay em Lares

Cátia Marques

Santa Casa da Misericórdia de Mêda

Em 2015, foi implementado o projeto nutritionDay na Santa Casa da Misericórdia de Mêda. A SCMM engloba atualmente várias unidades, incluindo lares de idosos. O Lar Dr. Joaquim Nunes Saraiva, unidade escolhida para integrar no projeto, tem capacidade para 72 utentes e emprega um total 54 funcionários e técnicos. A implementação do projeto requer o preenchimento de documentos relativos a informações da unidade e de cada utente, a aplicação do Mini Nutritional Assessment, uma entrevista com os utentes ou familiares e o registo da ingestão alimentar no nutritionDay. Resultados: Os resultados de destaque indicam que 20% dos idosos apresentavam um estado de desnutrição de acordo com o IMC (<20 kg/m²). De acordo com a estimativa dos técnicos, 10% apresentavam um estado de desnutrição, no entanto, de acordo com o MNA, 35% foram classificados como desnutridos e 43% em risco de desnutrição. 26% dos utentes perdeu peso no último ano, sendo que destes, 1% perdeu mais de 5 kg. Na semana anterior, 28% dos utentes apresentaram uma ingestão alimentar menor que o habitual. Dificuldades: Nos registos relativos à quantidade ingerida às refeições na semana anterior e no nutritionDay, as justificações podem não corresponder totalmente à

PALESTRAS

realidade devido a dificuldades de comunicação com alguns utentes. O registo de medidas antropométricas dos utentes não era realizado periodicamente, o que levou à necessidade de aferir a estatura e o peso atual, não havendo possibilidade de comparação com registos anteriores. Os familiares não cooperaram como esperado, o que levou à deslocação de mais funcionários para auxiliar no registo do nutritionDay. Mudanças: O projeto nutritionDay foi o ponto de partida para a implementação da rotina de pesagem dos utentes, pois transmitiu-se a importância do parâmetro peso como um dos indicadores de (risco) de desnutrição. Foi percebida a necessidade de aquisição de material de medição (peso, estatura) adaptados à população, de modo a tornar o procedimento mais prático. Observou-se um aumento da atenção relativamente à ingestão alimentar/hídrica dos idosos por parte dos funcionários e técnicos, o que revela uma maior consciência face às consequências de um estado de malnutrição e desidratação.

PALAVRAS CHAVE: NutritionDay, desnutrição, lar, idosos

RESULTADOS PRELIMINARES DE PROJETOS SOBRE A AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS EM PORTUGAL

PEN 3S

Asta Bye¹, Astrid Bergland¹, Beatriz Goulão², Carla Lopes³, Catarina Peixoto-Plácido⁴, João Gorjão Clara⁴, Nuno Mendonça⁵, Nuno Santos⁴, Osvaldo Santos⁴, Paulo Nicola⁴, Teresa Amaral⁶, Teresa Madeira⁴, Violeta Alarcão⁴

1 - Oslo and Akershus University College of Applied Sciences

2 - Institute of Applied Health Sciences, University of Aberdeen

3 - Instituto de Saúde Pública da UPorto; Fac. Medicina da U Porto

4 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

5 - Institute for Ageing, Newcastle University

6 - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da U Porto

A desnutrição é um dos principais determinantes de doença e diminuição da qualidade de vida nos idosos. A criação de políticas alimentares e nutricionais, necessária para diminuir o problema da desnutrição, requer evidência quanto à dimensão epidemiológica do problema. Em Portugal não existem dados recentes sobre o estado nutricional da população idosa, mas estima-se que a prevalência de desnutrição seja elevada. Os objetivos gerais do projeto são: (a) caracterizar o estado nutricional da população com mais de 65 anos residente em Portugal, na comunidade ou em lares, (b) identificar e caracterizar variáveis associadas à desnutrição e (c) desenvolver um sistema

eletrónico de vigilância e alerta do estado nutricional do idoso, ao nível dos cuidados de saúde primários e dos lares. Material e Métodos: O estudo segue um desenho transversal observacional, com recolha de dados através de entrevista face-a-face estruturada, com medições antropométricas, tendo por base uma amostra representativa a nível nacional de indivíduos com 65 ou mais anos a residir na comunidade ou em lares. Estão a ser recolhidos dados relativos a: hábitos e padrões alimentares, estado nutricional, dificuldades na alimentação, estilos de vida, auto percepção do estado geral de saúde e patologias auto-relatadas, funcionalidade, solidão, função cognitiva, estado emocional e caracterização demográfica e socioeconómica. Resultados e Discussão: Até ao momento participaram no estudo 654 idosos (60% do tamanho amostral) residentes em lar (não acamados e sem demência grave), com uma idade média de 83,3 anos (DP=7,1), 71,4% dos quais do sexo feminino. De acordo com a pontuação de triagem do Mini Nutritional Assessment, 6,7% (95%IC: 4,8-8,6) dos participantes apresentam desnutrição e 42,2% (95%IC: 38,4-46,0) estão em risco de desnutrição. A desnutrição aumenta significativamente com a idade. Cerca de 73% dos participantes fazem menos de uma refeição por mês fora do lar, com amigos ou familiares. Conclusões: Os dados preliminares revelam uma elevada prevalência de risco de desnutrição em idosos residentes em lares. A análise preliminar dos resultados salienta a importância do desenvolvimento de um sistema eletrónico de vigilância do estado nutricional para a deteção precoce de situações de risco nutricional e desnutrição.

PALAVRAS CHAVE: Estado nutricional; Idosos; MNA; Sistema de vigilância

RESULTADOS PRELIMINARES DE PROJETOS SOBRE A AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS EM PORTUGAL

Nutrição e Alzheimer

Odete Luísa Vicente de Sousa

Hospital de Magalhães Lemos E.P.E., Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, UNIFAI - ICBAS / Univ do Porto

Alzheimer's disease (AD) is the most common type of dementia in older adults and is on the rise in aging societies, worldwide. It was first identified more than 100 years ago, but the cause or causes of AD remain unknown. It is a severe and devastating condition,

leading to progressive worsening of cognitive and functional status and finally death. In the very early stages of AD various nutritional problems may occur leading to reduced dietary intake, weight loss and undernutrition risk. As the disease progresses, dietary habits may change, behavioural problems emerge and eating skills are lost. Nutritional deficiencies are very common and are quite often under-recognised. Involuntary weight loss in older adults with AD is a hallmark of the disease, increasing with the severity of disease, estimated to occur in approximately 40% of patients from the onset of the disease. Several prospective observational studies have reported that weight loss and undernutrition have a strong negative impact on health status and quality of life and has been associated with rapid cognitive decline (loss of 3 points or more in MMSE over 6 months) in community-dwelling AD patients. Some studies have shown that around three percent of mild to moderate and half of severe AD patients have undernutrition. Moreover, a recent systematic review showed that 26 to 80% of community-dwelling AD patients were classified as being risk of undernutrition through the Mini Nutritional Assessment (MNA®). This high prevalence are worrying because undernourished AD patients' are more susceptible to adverse outcomes, such as increasing the risk of infection and skin ulcers, loss of muscle mass, reduced muscle strength and function, impaired autonomy, worse cognition, increased burden of disease and the use of healthcare resources. Taking this into account, the screening, diagnosis and treatment of undernutrition in community-dwelling AD patients must be of concern to health professionals. In 2006, the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), recommended oral nutritional supplements (ONS) to ensure adequate energy and nutrient supply and to prevent undernutrition in early and moderate dementia patients. Recent guidelines on nutrition in dementia by ESPEN recommended ONS to improve nutritional status but not to correct cognitive impairment or prevent cognitive decline. Indeed, a considerable body of evidence resulting from experimental studies, has shown that there is a short term positive effect of ONS on nutritional status as assessed by the MNA® score, body weight, body mass index (BMI), triceps skinfold thickness (TST), arm circumference as well as arm muscle circumference (AMC), and fat-free mass (FFM). These results are promising, suggesting that nutritional care and support should be included in the comprehensive assessment in all stages of Alzheimer disease, in order to improve long-term nutritional status, muscle function performance or to prevent cognitive decline.

PALAVRAS CHAVE: Alzheimer's disease, undernourished, mini nutritional assessment, oral nutritional supplements

RESULTADOS PRELIMINARES DE PROJETOS SOBRE A AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS EM PORTUGAL

Nutrition UP 65

Teresa F. Amaral

Universidade do Porto

The Nutrition UP 65 project is financed through the European Economic Area Grants (PT06 – Public Health Initiatives Program, ref. 40NU05) and developed by the Faculty of Nutrition and Food Sciences of the University of Porto. The project started in April 2015 and will end on April 2017. The Nutrition UP 65 project intends to reduce nutritional inequalities in the Portuguese older population through a better understanding of the conditions related to imbalances in nutritional status. Specifically, this project will focus on undernutrition, obesity, sarcopenia, frailty, hydration and vitamin D status. These items were selected because among older adults they are strongly linked to worse health outcomes such as increased morbidity, mortality and costs of care. Since these conditions are acknowledged as potentially preventable and treatable, Nutrition UP 65 data will provide a basis to delineate public health policies and programs, contributing to a healthy aging of the Portuguese population. Additionally, to improve the nutritional status of older adults, this project also aims to develop the competencies and skills of health specialists, caregivers, older adults and their relatives regarding healthy nutrition and how to attain and maintain a good nutritional status. In the long term we expect that this will help reaching the goals of this project. Within this presentation, the study design as well the preliminary results will be presented and discussed.

PALAVRAS CHAVE: Elderly, Nutritional Status, Malnutrition, Hydration, Vitamin D

TRATAMENTO ÚLCERAS POR PRESSÃO E NUTRIÇÃO

Diagnóstico diferencial em UPP

Paulo Ramos

ACES Grande Porto II - Gondomar - USF S.Bento

Uma úlcera por pressão (UP) é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. As úlceras por pressão também estão associadas a vários fatores contribuintes ou de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance., 2014). Um estudo europeu conclui que clinicamente, o diagnóstico diferencial em UP e lesões por humidade é difícil (Beeckmann, et al., 2007). As lesões por humidade muitas vezes estão presentes em localizações anatómicas que é comum surgirem UP, apesar de se considerarem entidades distintas, elas poderão estar ambas presentes dando origem a lesões combinadas. As guidelines de prevenção e tratamento de úlceras de pressão 2014 alertam para a necessidade de distinguir úlceras por pressão e outros tipos de feridas. A sua diferenciação torna-se importante dado que as estratégias de prevenção e tratamento diferem (Defloor, et al., 2005). Esta dificuldade poderá ser explicada pela relação da humidade excessiva enquanto fator de risco do desenvolvimento de UP. A pele quando exposta a um excesso de humidade têm menor capacidade de resistência a forças mecânicas externas tais como a pressão e a torção (Coleman, et al., 2014). Existem também outros tipos de lesões cutâneas que poderão ser facilmente confundidas com UP, tais como quebras cutâneas, lesões isquémicas, úlceras neuropáticas entre outras. Num estudo em que foi pedido a 100 enfermeiras especialistas em tratamento de feridas, que determinassem o principal mecanismo etiológico de 9 lesões da região nadegueira foi obtida uma concordância de 17% (Mahoney, Rozenboom, Doughty, & Smith, 2011). O profissional de saúde para um correto diagnóstico diferencial, além da história clínica da pessoa, deverá ter em conta as causas, localização, forma, profundidade, necrose, bordos e coloração da lesão (Defloor, et al., 2005). No entanto, existem autores que consideram que a distinção entre lesões por humidade e UP não faz sentido e até pode ser perigosa, podendo levar ao aumento da incidência da UP, visto que, perante uma lesão por humidade poderão ser descurados aspetos fundamentais da

prevenção das UP (Houwing, Arends, Canninga-van Dijk, Koopman, & Haalboom, 2007). Com a aprovação do Plano para a segurança dos doentes 2015-2020, em que um dos objetivos é a redução da incidência das UP nas instituições do SNS e com ele convencionadas, torna-se importante que as instituições de saúde, ao desenvolverem políticas de prevenção e tratamento de UP, capacitem os profissionais de saúde para o correto diagnóstico diferencial entre UP e outro tipo de lesões cutâneas. Serão apresentados casos em que existem dificuldades na classificação da lesão.

PALAVRAS CHAVE: Úlceras por pressão; Diagnóstico Diferencial

A IMAGEM NA DESNUTRIÇÃO

Contribuição da imagiologia para a determinação da massa gorda

Alexandra Covas Lima

SPRM – Hospital Cruz Vermelha

A Obesidade refere-se à acumulação de tecido adiposo (AT) no corpo. A composição corporal e a estratificação espacial em tecido adiposo visceral e subcutâneo é usualmente determinada pela tomografia computadorizada e ressonância magnética. Obesidade, mais especificamente a acumulação da gordura visceral, aumenta a taxa de prevalência da síndrome metabólica e é também um factor de risco associado a múltiplas neoplasias. Por exemplo, a gordura visceral é considerada o primeiro biomarcador preditivo da eficácia dos antiangiogénicos na neoplasia do cólon e do rim. A sua localização, distribuição e quantificação apresentam enorme importância no tratamento. Destacam-se as vantagens e as desvantagens da ecografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética para a contribuição da análise da massa gorda corporal, através de iconografia das diferentes técnicas de imagem. E, no futuro? Assume particular ênfase a previsível contribuição da ressonância magnética funcional.

PALAVRAS CHAVE: Imagiologia, massa gorda, desnutrição

A IMAGEM NA DESNUTRIÇÃO

Endoscopia e imagiologia no síndrome de intestino curto

Miguel Fróis Borges

Hospital Garcia de Orta

O síndrome de intestino curto (SIC) define-se como um estado de má absorção tanto de macro como micronutrientes e é a principal causa de falência intestinal. Apesar de o SIC ter uma definição funcional, a endoscopia e a imagiologia têm um papel fulcral a desempenhar no diagnóstico, tratamento e identificação de complicações deste síndrome. Com base nesta tríade, abordaremos o papel dos principais meios de imagem disponíveis ao médico do século XXI: telerradiografia, trânsito intestinal, ecografia, tomografia computadorizada, densitografia e endoscopia serão analisadas.

PALAVRAS CHAVE: Falência intestinal, Síndrome de intestino curto, Endoscopia, Imagiologia

A IMAGEM NA DESNUTRIÇÃO

Histologia no síndrome de má absorção

Helder Oliveira Coelho¹, Paula Borralho², Paula Ravasco²

1 - Hospital Garcia de Orta, EPE. ESTeSL

2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ESTeSL

A Síndrome de má absorção (SMA) inclui diversas entidades clínicas, em que há inadequada absorção. O intestino delgado (ID) tem maior relevância no processo, sobretudo na sua primeira porção. A absorção no ID ocorre em duas fases, luminal (processos mecânicos, químicos e enzimáticos decorrentes) e intestinal (processos de transporte da mucosa). Neste trabalho abordaremos as entidades comuns, em 3 categorias, com uma revisão de conceitos clássicos e actuais. Discussão: A arquitectura vilositária do ID otimiza a absorção, que depende de vários factores. A SMA pode resultar de má digestão, de patologia da mucosa/parede (PM) e da acção microbiana. A má digestão não é o habitual foco do patologista. A resposta às agressões à mucosa é pouco variada, contudo, as alterações nas enteropatias têm uma ampla variação,

exigindo correlação clínico-endoscópica. A enteropatia por hipersensibilidade ao glúten (ESG) afeta 1 em cada 120 a 300 indivíduos na Europa. Histologicamente (Hx), podemos ver o aumento de linfócitos intra-epiteliais, ou completa atrofia vilositária, hiperplasia de criptas e intenso infiltrado linfocítico. A flora microbiana é crucial para a função do ID. Doentes com sobre-crescimento das populações bacterianas são em regra idosos. Hx podem apresentar uma mucosa normal, alterações inflamatórias com infiltrado crónico e/ou neutrofilico intra-epitelial, focal. Na Doença de Whipple (DW) cujo agente é o *Tropheryma whipplei*. Hx observam-se vilosidades arredondadas, alargadas e dilatação dos linfáticos. Podem identificar-se macrófagos com bacilos citoplasmáticos, com marcação positiva com ácido periódico de Schiff. A *Giardia lamblia* é um dos mais prevalentes parasitas no mundo. Sendo possível identificar em HE de rotina, é necessário atenção redobrada, porque pode passar despercebido. Conclusões: A SMA inclui entidades que se devem à má digestão, surgindo de alterações físicas ou químicas da digestão; à PM, entre as quais a ESG e causas microbianas, como o sobre-crescimento bacteriano, à DW e infecções/parasitoses, como a giardíase. Não sendo uma revisão exaustiva, tentou-se abordar causas comuns, lembrando conceitos e sublinhando o diálogo entre o clínico e o patologista, para um melhor diagnóstico.

PALAVRAS CHAVE: Histologia, Má-absorção, Whipple, Giardia, Doença Celiaca.

O FARMACÉUTICO E A NUTRIÇÃO ARTIFICIAL - DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO

Regimes personalizados versus standard

Filipa Cosme Silva

Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

A nutrição parentérica é a forma mais sofisticada e complexa de nutrição artificial e que consiste na administração de nutrientes sob a via endovenosa. Deve ser usada exclusivamente em doentes cujas necessidades metabólico-nutricionais não sejam atingidas por via oral ou entérica. Segundo as recomendações da Sociedade Europeia de Nutrição Entérica e Parentérica (ESPEN) e em conformidade com as da Sociedade Americana de Nutrição Entérica e Parentérica (ASPEN), as necessidades nutricionais

PALESTRAS

do doente cirúrgico, grande queimado, doente de cuidados intensivos, entre outros, são distintas pelo que se exige uma adaptação das bolsas de nutrição parentérica a cada um destes doentes. Este paradigma será ainda mais relevante no doente pediátrico que engloba uma vasta população desde o recém-nascido de termo ou pré-termo, passando para a criança e terminando no adolescente. Uma mistura para NP pode conter mais de 50 componentes, sendo o complexo processo desde a sua prescrição, transcrição, preparação e administração associado a alto risco de erros. A utilização de soluções de nutrição parentérica disponibilizadas pela Indústria Farmacêutica requerem um menor número de manipulações, minimizando a possibilidade de erro e/ou contaminação, têm um prazo de utilização conhecido bem como uma estabilidade química-física bem estabelecida. Não obstante, a possibilidade de customizar a prescrição de nutrição parentérica às necessidades de cada doente será sempre atractiva na medida em que permite uma maior flexibilidade e adaptabilidade à situação clínica. De facto, vários estudos indicam que esta particularidade poderá ser preponderante no doente pediátrico, no doente de cuidados intensivos e ainda no grande obeso. Neste contexto, e tendo como base não só a bibliografia actual mas também a experiência diária no nosso centro, serão discutidas as vantagens e desvantagens da utilização de bolsas de nutrição parentérica standardizadas em oposição às personalizadas.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição parentérica, personalização, standardização

com número de UCCI, que também geram grande número de solicitações para PEG. Para dar resposta a todos os doentes que necessitam de nutrição artificial de longa duração o grupo multidisciplinar de nutrição artificial – GENE – está ativo desde 1999. Tem estatutos que estabelecem três vetores de atuação, clínica, investigação e formação de profissionais de saúde, mas a prioridade é tratar todos os doentes que necessitam de qualquer forma de nutrição artificial. A Consulta de Nutrição Artificial segue doentes com suporte nutricional variável, desde alimentação oral adaptada/suplementada até nutrição parentérica domiciliária mas a maioria tem nutrição por gastrostomia/jejunostomia de construção endoscópica ou cirúrgica. Foram referenciados, submetidos a PEG e seguidos na Consulta de Nutrição Artificial mais de 800 doentes com grande variedade etária: desde crianças com menos de 3 kg até doentes seguidos com mais de 100 anos. São permanentemente seguidos 120-150 doentes com PEG. Para otimizar os cuidados e controlar as complicações, são seguidos com um protocolo padronizado: 1. Consulta Prévia. 2. Gastrostomia. 3. Avaliação Precoce, entre o terceiro e o quinto dia. 4. Consulta de rotina: - Um mês após a gastrostomia. - Três meses. - Seis meses. - Cada 4/6 meses. 5. Consulta intermédia quando necessário. 6. Consulta fora da programação a pedido do doente, família, médico assistente ou cuidador. O aporte nutricional é estabelecido individualmente. Na maioria dos casos a opção recai pela alimentação de preparação doméstica, porque em Portugal as fórmulas para nutrição entérica não têm qualquer comparticipação genérica pelo SNS. Nesse caso tem de se ter em conta, para além das carências energeticoproteicas, as carências em micronutrientes que a investigação do GENE tem vindo a demonstrar: em Zinco, Ferro, Selénio e vitamina D. Optando pela alimentação de preparação doméstica, estes micronutrientes têm de ser suplementados.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição Entérica, Gastrostomia Endoscópica

COORDENAÇÃO DE CUIDADOS EM DOENTES EM NUTRIÇÃO ENTÉRICA NO AMBULATÓRIO COM GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA

Modelo do Hospital Garcia de Orta, Almada

Carla Adriana Santos¹, Engrácia Pinhão¹, Engrácia Pinhão¹, Jorge Fonseca¹

1 - GENE – Artificial feeding team, Hospital Garcia de Orta

O Hospital Garcia de Orta (HGO), com 500 camas, é responsável pela prestação de cuidados diferenciados a 400.000 habitantes, com vários serviços cujos doentes regularmente necessitam de nutrição por gastrostomia endoscópica (PEG). A localização do HGO, na margem sul do Tejo, corresponde a uma área

**COORDENAÇÃO DE CUIDADOS EM DOENTES EM
NUTRIÇÃO ENTÉRICA NO AMBULATÓRIO COM
GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA**

Modelo do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, E.P.E.

Inês Nazaré Marques

IPOLFG - Serviço de Gastrenterologia.

A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) está indicada nos doentes em que se pretende a nutrição entérica e têm sistema digestivo funcionante, estando embora impossibilitados de alimentação por via oral, pelo menos durante 6 semanas. As condições para colocação de PEG incluem dois grandes grupos de patologias: as doenças neuromusculares e a patologia oncológica. Neste último grupo, salientam-se os doentes com neoplasias do foro da otorrinolaringologia, cabeça e pescoço, endocrinologia e neoplasia do esófago. Nestes doentes, a PEG é importante quando colocada de forma temporária/profilática (durante o estadiamento e no período peri-quimiorradioterapia) ou definitiva/paliativa. Para o sucesso da sua colocação e manutenção é necessária uma abordagem multidisciplinar, com identificação dos doentes que beneficiam de PEG, verificação precoce de contra-indicações e complicações e um sistema organizado e acessível de continuidade de cuidados. Neste trabalho é apresentada a experiência do Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPOLFG) na abordagem e seguimento dos doentes com PEG, desde as principais indicações, o acompanhamento multidisciplinar, a prevenção e identificação precoce de complicações e, sobretudo, a estreita e rigorosa organização dos cuidados de Enfermagem no ensino e prestação de cuidados. É ainda apresentada uma breve referência à casuística do IPOLFG, bem como os mais recentes trabalhos prospectivos realizados.

PALAVRAS CHAVE: Gastronomia endoscópica percutânea, neoplasia, oncologia digestiva, nutrição.

COMO MANTER O INTESTINO A FUNCIONAR?

Preparação intestinal na cirurgia colo-rectal. Faz algum sentido?

José Assunção Gonçalves

Hospital Beatriz Ângelo / Serviço de Cirurgia Geral

A preparação mecânica do cólon compreende a ingestão de laxantes osmóticos e a aplicação de enemas de limpeza, visando reduzir a massa fecal presente no lúmen do cólon. Esta preparação pode associar-se à antibioterapia profilática oral. Trata-se de um conceito teórico aliciante para o cirurgião, pela oportunidade de trabalhar num intestino limpo de fezes, em que está facilitado o manuseamento cólico e a confecção de uma anastomose, se previne o risco de deiscência pela passagem de fezes duras, e se reduz a carga bacteriana potencialmente contaminante no intra-operatório. Neste sentido, a preparação mecânica do cólon, associada a antibioterapia profilática, tornou-se prática clínica de rotina nos anos 1970, apoiada nas publicações de Nichols (1971) e Condon (1978), que demonstraram evidência na redução das complicações sépticas associadas à cirurgia colo-rectal. No entanto, a preparação intestinal tem riscos, e pode desencadear uma inflamação da parede intestinal com perturbação da barreira mucosa. Os seus efeitos secundários estão documentados, nomeadamente náuseas, vômitos, dor, desidratação e desequilíbrios electrolíticos. Acresce que as revisões sistemáticas de Bucher (2004), Slim (2009) e Guenaga (2009 e 2011) demonstraram que a preparação intestinal, não reduz as complicações sépticas pós-operatórias, e em certas séries, revela-se mesmo prejudicial. Neste contexto, com o advento da cirurgia minimamente invasiva e dos protocolos de “enhanced recovery”, a utilização da preparação intestinal tem decrescido, e alguns centros foi mesmo abandonada e desaconselhada. Perante estas evidências contraditórias, a heterogeneidade e a pequena base populacional dos trabalhos, foram publicados 3 artigos sucessivos no *Annals of Surgery* (Morris, Scarborough e Kiran) em Junho, Agosto e Setembro de 2015. Analisando respectivamente coortes de 8415, 4999 e 8442 doentes, todos eles foram favoráveis à utilização da preparação intestinal, na redução das taxas de infecção da ferida operatória, deiscência da anastomose, íleus pós-operatório, tempo de internamento e necessidade de reinternamento. Esta recente evidência relançou o debate, e passados 40 anos, continua sem existir um consenso alargado entre os cirurgiões.

PALAVRAS CHAVE: Preparação intestinal, cirurgia colo-rectal, complicações pós-operatórias

COMO MANTER O INTESTINO A FUNCIONAR?

Suporte Nutricional na Laparostomia

Eva Barbosa

ULSM- Serviço de Cirurgia

A importância da nutrição adequada, e preferencialmente por via enteral, no outcome do doente crítico cirúrgico está bem estabelecida. No entanto, nas situações de abdómen aberto por vezes são colocadas dúvidas sobre a exequibilidade do início da dieta enteral quer seja por questões relacionadas com o acesso, com o edema visceral ou por questões de motilidade e relacionadas com a funcionalidade do enterócito. Os diferentes estudos na literatura mostram vantagens no início precoce da alimentação enteral do doente laparostomizado sem lesão intestinal, inclusive com aumento das taxas de encerramento abdominal primário. Outras vantagens referem-se à diminuição das complicações infecciosas, nomeadamente as pneumonias associadas ao ventilador. Esta apresentação efectuará uma revisão dos estudos recentes e relevantes nesta área, mostrando a clara vantagem da nutrição entérica precoce no doente laparostomizado. Serão também discutidas as necessidades nutricionais específicas do doente em laparostomia e efectuada uma revisão dos tipos de acesso para o início precoce da alimentação.

PALAVRAS CHAVE: Laparostomia, Abdómen aberto, Nutrição

COMO MANTER O INTESTINO A FUNCIONAR?

Como prevenir o íleus pós-operatório

Cátia Ferreira

CHTMAD

O íleus pós-operatório define-se com um atraso ou redução da motilidade gastro-intestinal após uma cirurgia (abdominal ou extra-abdominal). Este atraso pode ser fisiológico e esperado, resolvendo habitualmente nas primeiras 48 a 72h, no entanto quando este íleus se prolonga por mais de 3 a 5 dias, é considerado patológico, podendo-se acompanhar de outras complicações. Os principais mecanismos

associados são uma alteração da via simpática/parassimpática para o tubo digestivo, alterações hormonais e inflamatórias, uso de analgésicos opióides, entre outras. A prevenção e o tratamento do ileus pós-operatório passa por diversas medidas de suporte, farmacológicas ou atitudes clínicas, muitas delas ainda pouco substanciadas por ensaios clínicos randomizados. A combinação de estratégias, com uma ação multimodal, parece ser a melhor forma para prevenir e/ou reduzir o tempo de ileus pós-operatório.

PALAVRAS CHAVE: Ileus, pós-operatório, sistema nervoso entérico, prevenção

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA TOTAL: SABER E APLICAR

Porque é que um interno deve saber de NPT?

Filipe Borges

Hospital Garcia de Orta; Serviço de Cirurgia

O benefício do suporte nutricional no doente cirúrgico está perfeitamente demonstrado e documentado. Desta forma assistimos a uma utilização crescente de técnicas como a Nutrição Parentérica Total para este fim. No entanto, estas técnicas comportam complicações potencialmente graves e com impacto na evolução clínica do doente. O interno é, portanto, confrontado de forma cada vez mais frequente com a necessidade de gerir e manusear este tipo de prescrições. Torna-se, assim, evidente a importância de uma formação adequada dos internos nesse sentido. Esta necessidade tem já vindo a ser reconhecida pelas entidades nacionais e internacionais, existindo um maior número de eventos formativos. Em suma, é de importância central para um interno o conhecimento sobre NPT para seja capaz de efectuar o suporte nutricional dos seus doentes de forma segura e eficiente.

PALAVRAS CHAVE: Interno; NPT

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA TOTAL: SABER E APLICAR

Interrupção súbita da NPT. Segura?

Nuno Carvalho

Hospital Garcia de Orta

Quando se inicia a NPT o organismo vai ser submetido a uma carga importante de glucose, com hiperglicemia associada e libertação de insulina, que é responsável pela mobilização de glucose para o interior das células, mas também de eletrólitos, que se pode traduzir pelo síndrome de realimentação, pelo que se recomenda a introdução progressiva da NPT. E quando se suspende na NPT, há algum cuidado em particular? Alguns autores recomendam a redução progressiva da NPT para prevenir a eventual ocorrência de hipoglicémia, pela redução súbita da perfusão de glucose com manutenção de níveis elevados de insulina, com hipoglicémia correspondente. A ESPEN no seu capítulo de NPT em cirurgia recomenda que a redução progressiva da NPT não é necessária. Os trabalhos utilizados para esta recomendação são do século passado! Mais interessante é verificarmos que esta mesma sociedade, ESPEN, no capítulo de pâncreas, recomenda redução progressiva da NPT para prevenir a hipoglicémia! A Sociedade Francófona de Anestesiologia recomenda também a redução progressiva da NPT. A literatura recente não apresenta qualquer estudo acerca do assunto. Efetuámos estudo prospetivo em 48 doentes não consecutivos, em que realizámos interrupção súbita da NPT, determinação de glicémia a cada 20 minutos e questionário de hipoglicémia. Apenas 2 doentes apresentaram hipoglicémia, bioquímica, sem tradução clínica. Não foram evidentes factores preditivos de hipoglicémia. O nível médio de glucose antes da suspensão foi de 146 mg/dL (124-175 mg), a sobreposição com via oral foi de 3 dias (2-5). Concluimos que a interrupção súbita da NPT é segura, provavelmente por estabilidade de glicémias prévias e sobreposição com dieta oral.

PALAVRAS CHAVE: Interrupção, Súbita, Nutrição Parentérica

PALESTRAS

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA TOTAL: SABER E APLICAR

Como prevenir complicações infecciosas com CVC?

Miguel Fróis Borges

Hospital Garcia de Orta

O primeiro cateterismo venoso central foi realizado em 1929 em Eberswalde na Alemanha por Werner Forssmann, usando uma veia do antebraço como via de acesso, uma algália como catéter e tendo de descer um andar para poder utilizar o controlo fluoroscópico como método de confirmação da localização da ponta do catéter. Apesar de não isentos de complicações, inclusive mortais, os dispositivos de acesso venoso central (DVC) demonstraram ser seguros e eficazes em várias circunstâncias, como na falência de acesso venoso periférico, monitorização hemodinâmica, terapêutica extracorpórea e administração de terapêutica vasopressora, quimioterapia e nutrição parentérica. Discutem-se as melhores práticas para a prevenção das complicações infecciosas dos DVC para suporte nutricional aquando da sua colocação, manutenção e remoção. Abordam-se ainda as melhores práticas das terapêuticas de algumas das complicações infecciosas dos DVC, de acordo com a evidência actual.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição Parentérica, Catéter Venoso Central, Complicações, Prevenção, Tratamento

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA TOTAL: SABER E APLICAR

Atualização de controlo da glicémia no doente cirúrgico. Que valor?

Nádia Tenreiro

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

O controlo glicémico perioperatório é um tema controverso. A hiperglicemia pós-operatória é um conhecido fator de risco independente para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias assim como está associada a aumento de mortalidade, mesmo em doentes sem diabetes. A glicemia plasmática

e a mortalidade relacionam-se directamente numa curva em J estando os extremos (hiper ou hipoglicemia) associados a pior prognóstico. Outros dois conceitos a considerar são a hiperglicemia induzida pelo stress e a variabilidade glicémica, estando também associados a maior mortalidade no doente crítico, podendo ser encaradas como um marcador de gravidade; a última particularmente quando associada a hiperglicemias. O pré-operatório é a altura ideal para a identificação dos doentes em risco e, nalguns casos, para o diagnóstico de novo diabetes. Nos doentes com diagnóstico prévio de diabetes, a adequação terapêutica é essencial. No intraoperatório os valores de glicemia devem ter em conta a diabetes conhecida, medicação crónica e a cirurgia a que vai ser submetido, sendo que não se aconselham glicemias máximas superiores a 180mg/dL. Em procedimentos minor ou cirurgia de ambulatório, a medição da glicemia deve ser feita antes do ato operatório e pode ser considerada a utilização de insulina rápida administrada por via subcutânea. Nos doentes com diabetes prévia, o rápido início da alimentação no pós-operatório permite a retoma da terapêutica oral. Já no doente crítico, a disglucemia peri-operatória é comum devendo ser controlada de forma mais agressiva. Neste doentes deve-se dar preferência pela perfusão de insulina endovenosa. Os valores de glicemia ideal foram alvo de múltiplos estudos, sendo a recomendação actual para manter valores de glicemia plasmática entre 140-180mg/dL. De realçar que as hipoglicemias devem ser evitadas e, caso ocorram, rapidamente corrigidas, já que estas também estão associadas a pior prognóstico. A transição para a insulina sc deve ser feita logo que possível, preferindo esquemas combinados de insulina basal e prandial. A implementação de protocolos assume importância primordial, tanto por permitir a manutenção de um controlo glicémico mais apertado assim como possibilitar menor variabilidade e consequentemente minorar erros na administração de insulina endovenosa.

PALAVRAS CHAVE: Controlo glicemia, doente cirúrgico, perioperatório

NUTRIÇÃO ENTÉRICA, DA HISTÓRIA À PREFERÊNCIA NO SUPORTE NUTRICIONAL

Via oral na Pancreatite aguda. Segura?

Nuno Carvalho

Hospital Garcia de Orta

A pancreatite aguda (PA) é um processo inflamatório da glândula pancreática, com repercussão variável em termos locais e sistémicos. É tradicional manter o doente em dieta zero, para assim prevenir a estimulação da secreção pancreática. Diferentes sociedades científicas aconselham a dieta zero, na PA ligeira., com introdução de via oral após normalizam clínica e laboratorial. A questão que se coloca é se fará algum sentido a dieta zero, quando existe evidência experimental que no decurso da PA, quer ligeira, quer grave, há inibição da secreção pancreática, pelo que não será rationale procurar prevenir a estimulação de algo, que por definição já se encontra inibido. Mais interessante é constatar-se que na PA grave está indicada a nutrição entérica precoce, pois melhora a morbidade infecciosa, duração da estadia hospitalar, necessidade de intervenção cirúrgica, falência múltipla de órgãos e mortalidade. e inclusive a nutrição entérica é efetuada com administração por sonda naso-gástrica, logo não diferente da via oral. Por que motivo na PA ligeira não se promove a via oral? O que há de diferente da PA grave para que o suporte nutricional seja radicalmente diferente? Demonstra-se a exequibilidade e segurança da via oral na PA ligeira e vantagens da sua utilização.

PALAVRAS CHAVE: Pancreatite, Via Oral, Via Entérica

CIRURGIA BARIÁTRICA

Da referenciação ao bloco operatório, que percurso?

Léneo Andrade

CHLC - Hospital de Curry Cabral

A obesidade, doença que atingiu proporções epidémicas, foi declarada pela Organização Mundial de Saúde [OMS] como um problema de saúde crónico e à escala global. Em Portugal, a prevalência da pré-

obesidade e da obesidade infantil, de acordo com os números mais recentes, encontra-se acima dos 30% e nos adultos é superior a 50%. No estado actual do tratamento médico da obesidade deparamo-nos com taxas de perda ponderal média na ordem dos 5%. É consensual que a cirurgia bariátrica é a ferramenta mais eficaz na redução ponderal a curto e longo prazo, aliando a melhoria e até mesmo a remissão de comorbilidades associadas como a diabetes e a hipertensão arterial, entre outras, no entanto, o tratamento cirúrgico da obesidade [TCO] é uma área dinâmica, de vincada especialização e poderá estar votado ao insucesso se praticado por profissionais sem experiência e desintegrados de equipas multidisciplinares. Assim, criou-se a necessidade de balizar a intervenção no TCO mas numa abrangência verdadeiramente multidisciplinar e interdisciplinar. A produção de documentação internacional e nacional, como guidelines, recomendações da Direcção Geral da Saúde [DGS] como é o caso da orientação n.º 28/2012, entre outras normas e demais legislação nacional específica eleva os padrões de qualidade e acrescenta valor ao TCO, reflectindo-se no doente. Em consonância com as orientações internacionais e nacionais é do interesse dos centros de tratamento cirúrgico da obesidade a elaboração de normas/procedimentos locais que regulem a actividade das unidades. Foi o caso da Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Doenças Endócrinas [UTCODE] do Centro Hospitalar de Lisboa Central [CHLC] que tem aprovado e implementado um procedimento multisectorial no âmbito do percurso do doente na UTCODE. Este procedimento assume-se como um referencial de actuação e descreve detalhadamente o percurso da pessoa com obesidade na UTCODE desde a referenciação do doente, que poderá ser interna ou externa, até ao período pós-operatório. Os critérios de admissão e exclusão, as várias valências que compõem a equipa, a respectiva frequência de seguimento, os objectivos da avaliação de cada especialidade em cada consulta/intervenção em todas as fases do processo, estão documentados, uniformizando um perfil de actuação transversal à unidade. Foram elaborados protocolos de abordagem pré, peri e pós-operatória dos doentes propostos para cirurgia bariátrica, onde se descreve a avaliação pré-operatória (laboratorial, cardíaca, respiratória), a profilaxia peri-operatória do tromboembolismo venoso, a analgesia e profilaxia de náuseas e vómitos no pós-operatório, o agendamento do doente no plano operatório, a estratégia de implementação da terapia nutricional em todas as fases do processo, incluindo a respectiva suplementação de macro e micronutrientes, focando apenas algumas temáticas protocoladas. A UTCODE há mais de 15 anos que implementa este modelo de intervenção, com as necessárias adaptações operacionais decorrentes da evolução técnico-científica, apresentando, de acordo com os

PALESTRAS

indicadores de monitorização da unidade e de outros centros nacionais e internacionais, resultados positivos no TCO. Estes ganhos em saúde só se concretizam com equipas multidisciplinares e interdisciplinares que promovam a especialização e a comunicação entre as valências nunca esquecendo o envolvimento do utente no projecto de tratamento e a sua capacitação ao nível da literacia em saúde.

PALAVRAS CHAVE: Obesidade, cirurgia bariátrica, interdisciplinar, guidelines, literacia em saúde

sala 4 | dia 12 de abril

A COMUNIDADE E AS PESSOAS MAIS VELHAS: QUE DESAFIOS?

As pessoas com demência: funcionalidade e implicações no estado nutricional

Odete Vicente de Sousa

Hospital de Magalhães Lemos E.P.E.

Functional impairment in community-dwelling older adults with dementia: impact on nutritional status
The population is ageing in nearly all countries of the world, people living longer, and also increase the prevalence of chronic diseases, including dementia.¹ The World Health Organisation (WHO) recognises as a public health priority the expected global epidemic of Alzheimer disease (AD) and other types of dementia and, in 2013, estimated 44 million people worldwide were living with dementia with numbers predicted to double every 20 years, reaching 135 million by 2050.² Dementia is characterized by a progressive decline in memory, leading to progressive worsening of cognitive and functional status and finally death.^{3,4} A wide range of comorbid medical conditions may contribute to the progression of cognitive and functional decline and in an increase in new hospital admissions and is associated with higher mortality in institutionalized elderly patients with dementia.⁵ In the early stages of AD, cognitive and functional decline can have repercussions on dietary intake, changing dietary habits and eating behaviour problems can emerge.¹ Weight loss, was described by Alois Alzheimer in his first patient in 1907.⁶ Several studies have reported that weight loss is present in the initial stages of the disease, affecting approximately 15% to 45% of community-dwelling patients with AD.⁷⁻¹⁰ The mechanisms underlying weight loss in dementia are complex, multifactorial and only partly understood.³ Weight loss is generally associated with protein energy malnutrition and with the decrease of skeletal muscle mass (sarcopenia).⁴ Several studies have highlighted that undernourished AD patients have much worse functional and cognitive function. Thus, the goal point is to use individual and collective approaches to reduce the impact of the disease on nutritional, functional and cognitive status, improving the quality of life (tertiary prevention).

PALAVRAS CHAVE: Older adults, dementia, functional impairment, community-dwelling, nutritional status

A COMUNIDADE E AS PESSOAS MAIS VELHAS: QUE DESAFIOS?

Cuidar, cuidando: Quem, como e quando?

Helena Magalhães Eiras

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E., Unidade de Cuidados na Comunidade de São Mamede Infesta

Em Portugal, tal como nos outros países desenvolvidos, o envelhecimento populacional é uma realidade e, similarmente, uma preocupação. Dados do Instituto Nacional de Estatística (2011) apontam para um agravamento do envelhecimento da população idosa em cerca de 19% e evidenciam como esperança média de vida os 79 anos (82 anos para as mulheres e os 75 anos para homens). Ao mesmo tempo que estes valores representam ganhos em saúde, como o aumento da esperança média de vida, representam similarmente um desafio, na medida em que o envelhecimento populacional traz consigo outros fenómenos que implicam respostas de saúde adequadas (Pinto, 2012). Não obstante, a maioria dos idosos tem pelo menos uma doença crónica e muitas delas com problemas concomitantes, as quais podem limitar a autonomia do idoso e diminuir a sua qualidade de vida (Spar et al, 2005, citado por Pinto, 2012). Face a um país a envelhecer aceleradamente, uma nova sociedade se estrutura e consequentemente novas necessidades surgem, urgindo a necessidade de uma nova forma de reestruturar os cuidados aos idosos. Torna-se desta forma fundamental dar respostas efetivas às necessidades da população idosa, sendo primordial pensar num envelhecimento numa atitude mais preventiva, promotora da saúde dos idosos, de forma a envelhecerem com autonomia e independência, o mais tempo possível. De forma a atender a esta necessidade de reestruturação dos cuidados aos idosos e à população em geral, os cuidados de saúde primários foram alvo de reorganização, tendo urgido as Unidades de Cuidados na Comunidade. A Unidade de Cuidados na Comunidade de São Mamede de Infesta tem vários projetos de intervenção comunitária, nos diversos programas de saúde, sendo que no âmbito do programa de saúde mental, e de forma a atender similarmente às primordiais necessidades de intervenção nos idosos, são dinamizados quatro projetos: Promoção da Saúde Mental do Idoso, Viver com a Demência, Intervenção na população com perturbação mental e Cuidar o Cuidador. Tal como descreve a literatura, os transtornos mentais nos idosos mais prevalentes, e consequentemente mais referenciados para os projetos supra mencionados, são a demência e a depressão no idoso. Não obstante, problemáticas como a solidão nos idosos, a saúde mental dos prestadores de cuidados dos utentes idosos

e os recursos existentes na comunidade, constituem similarmente um enorme desafio e similarmente uma preocupação. Em suma, o envelhecimento é uma realidade em Portugal, pelo que se trata de uma questão prioritária, sendo inúmeras as problemáticas que estão patentes nos idosos e consequentemente premente a adequação dos cuidados de saúde às mesmas. O enfermeiro de saúde mental e psiquiatria assume assim um papel crucial, não somente na promoção da saúde mental do idoso, mas similarmente na intervenção no idoso com perturbação mental, em prol de um envelhecimento mais saudável e com qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVE: Pessoas idosas, comunidade, cuidados de saúde, envelhecimento

REMOÇÃO DA SONDA DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA: QUANDO?

Que indicações para terminar a nutrição entérica?

Ana Margarida Vieira

Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Portimão

A decisão de suporte nutricional depende da avaliação do estado nutricional do indivíduo/doente. Nas situações de doença aguda, esta avaliação deve ser diária ou até mais frequente, pois ela depende da gravidade e evolução da doença. O estado nutricional durante a doença depende de fatores relacionados com o doente, nomeadamente do estado nutricional prévio e da resposta à doença e de aspetos ligados à doença, o tipo de patologia, a sua gravidade, a sua agressividade. Torna-se por isso fundamental que a avaliação da necessidade e do tipo de suporte nutricional seja contínua e que se reequacione diariamente as indicações e contra-indicações do tipo de suporte nutricional escolhido, na qual se inclui a nutrição entérica por sonda. Deste modo, há que avaliar se o doente/indivíduo não se pode alimentar com segurança ou de modo adequado por via oral devido à presença de patologias médicas ou cirúrgicas que interfiram na anatomia ou função normal do aparelho digestivo. Da mesma forma é fulcral verificar se o doente não apresenta falência ou obstrução intestinal, hemorragia digestiva alta ativa e abundante, mal absorção, acidose metabólica grave, choque de qualquer etiologia ou impossibilidade de via de acesso entérica. O suporte nutricional agressivo não é sempre apropriado nos doentes em cuidados

PALESTRAS

paliativos e/ou nos idosos. Nestes casos, devem ser cuidadosamente equacionados a adequação da iniciação e continuidade da nutrição entérica e os desejos do doente e da família a este respeito. Sempre que o indivíduo/doente é capaz de manter adequada ingestão oral deve ser equacionada descontinuidade da nutrição entérica por sonda. Isto pode implicar recuperação da deglutição, da função intestinal ou do seu estado geral. Em algumas situações, o desmame da nutrição entérica por sonda é adequada logo que a ingestão oral represente 65% das suas necessidades nutricionais.

PALAVRAS CHAVE: Suporte nutricional, nutrição entérica por tubo, suspender nutrição entérica, indicações nutrição entérica por tubo, contra-indicações nutrição entérica por tubo

REMOÇÃO DA SONDA DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA: QUANDO?

Quando iniciar e quando aumentar a nutrição oral?

Susana Mestre

Centro Hospitalar do Algarve - Hospital de Faro

As alterações da deglutição são definidas como Disfagia Orofaríngea (DO) quando apresentam sinais e sintomas específicos, caracterizados por alterações em qualquer fase e/ou entre as etapas da dinâmica da deglutição, com comprometimento dos aspetos nutricionais, hidratação, função pulmonar e integração social do indivíduo. Além dos riscos associados à ingestão de alimentos pelo doente com DO, a presença de sondas de nutrição entérica, pela redução na produção de saliva e aumento do refluxo gastroesofágico, tal como uma higiene oral pobre, alteram a colonização orofaríngea, o aumenta o risco de pneumonia por aspiração. O Terapeuta da Fala integrado numa equipa interdisciplinar tem como objetivo, prevenir e reduzir complicações associadas à DO. Esta intervenção promove a melhoria clínica do doente, redução do tempo de uso das vias alternativas de alimentação, menor tempo de hospitalização e manutenção de uma boa saúde pulmonar. Estudos realizados revelaram que doentes neurológicos (30%) e doentes idosos (55%) com DO possuem uma forte relação entre risco de subnutrição e severidade da disfagia. Em Resolução do Conselho Europeu em Cuidados Nutricionais e Alimentares (ESPEN, 2006) foi declarado que a subnutrição nos doentes

hospitalizados promove um aumento do tempo de internamento, reabilitação prolongada, diminuição da Qualidade de vida e custos associados desnecessários. Identificaram a DO como contribuição major para a subnutrição. Outra complicação também frequente nos pacientes idosos com DO é a desidratação, associada a um aumento de morbidade e mortalidade. Um estudo realizado recentemente com a aplicação do MNA (Mininutritional Assessment) em pacientes idosos com disfagia e pneumonia revelou uma prevalência de doentes subnutridos (36,8%) e doentes em risco de subnutrição (55,3%) significativamente superior quando comparados com idosos sem disfagia (Cabre et al., 2009). De acordo com Rofes et al. (2011) o atual de estado de arte na gestão da DO nos doentes idosos consiste em identificar precocemente os doentes em risco para alterações da deglutição, através da avaliação das alterações na biomecânica da deglutição como forma de prevenir potenciais complicações associadas. Após ser estabelecido o diagnóstico, é objetivo avaliar duas características que definem a deglutição: 1) Eficácia – capacidade para ingerir todas as calorias e água que necessita para garantir uma nutrição e uma hidratação adequadas e 2) Segurança – capacidade para ingerir todas as calorias e água que necessita, sem complicações respiratórias. A deteção da DO deve ser iniciada com a aplicação de um Protocolo de Triagem para identificação da alteração na capacidade de deglutição, seguida de uma avaliação clínica completa, pelo Terapeuta da Fala, e caso necessário, a realização de uma avaliação instrumental, nomeadamente a videofluroscopia da deglutição (VFS) e videoendoscopia da deglutição (VED). A identificação de uma alteração na eficácia da deglutição pode reduzir a ingestão oral, com aumento do risco de subnutrição e/ou desidratação, pelo que o estado nutricional deve ser monitorizado e introduzidas estratégias dietéticas específicas para aumentar a ingestão calórica e consumo de água. Assim, é fundamental uma abordagem interdisciplinar no doente com DO e necessidade de uma Sonda de Nutrição Entérica. Após uma avaliação clínica completa e assim que o doente reúna condições, deve ser introduzida, gradualmente, uma dieta oral definida em equipa de acordo com as necessidades de cada doente. A sonda de nutrição entérica deverá ser retirada quando o doente possuir uma deglutição segura e eficaz, com garantia de uma nutrição e uma hidratação adequadas.

PALAVRAS CHAVE: Disfagia Orofaríngea; Subnutrição; Desidratação; Sondas de Nutrição Entérica

REMOÇÃO DA SONDA DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA: QUANDO?

Que riscos na suspensão precoce da nutrição entérica?

Bárbara Castelo

Centro Hospitalar do Algarve - Portimão

A mesma equipa multidisciplinar (médico, nutricionista/dietista, terapeuta da fala, enfermeiro, farmacêutico) que com base na avaliação da situação clínica, estado nutricional, necessidades nutricionais, qualidade de vida e capacidade de reabilitação, estabelece a necessidade de alimentar o utente por sonda deve estar envolvida na definição de diretrizes para a transição para uma alimentação oral, que quando possível é sempre desejável. O desmame da alimentação entérica por sonda e a transição para a alimentação oral deve ser um processo gradual. As estratégias de atuação dos vários profissionais de saúde envolvidos passam por: determinar a prontidão clínica/cognitiva do utente; segurança na deglutição; modificação da consistência e volume da dieta inicial; estimulação do apetite quer pela palatibilidade da dieta oral, quer pelo desfasamento ou alternância com a alimentação por sonda; monitorização rigorosa da ingestão alimentar e complicações; sensibilização/ educação dos utentes e seus cuidadores. Pode ser um grande desafio manter o equilíbrio entre segurança, cobertura das necessidades nutricionais, dieta oral e qualidade de vida, mas tangível se em equipa e com critérios bem definidos, trabalharmos sem nunca perder de vista o nosso utente, a pessoa.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição, entérica, demame, oral

ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Competências do cuidador na alimentação: como avaliar?

Tânia Costa

ICS/UCP

As políticas de saúde são orientadas para o tratamento e a integração social o mais rápida possível preconizando-se internamentos, cada vez, mais curtos e exigindo-se às famílias que sejam capazes de cuidar em casa pelo que os cuidados informais assumem, atualmente, especial relevância. Considerando que uma das atividades mais asseguradas pelos cuidadores informais é substituir no autocuidado alimentar-se é relevante identificar as competências necessárias ao exercício eficaz do papel, bem como, o modo de operacionalizar a avaliação das mesmas. Material e Métodos: Revisão sistemática da literatura nas bases de dados CINHALL, MEDLINE, Pubmed e ISI Web of Knowledge com as palavras-chave "Caregivers"; "Elderly"; "Skills" e "Feeding". Foram definidos como critérios de inclusão: "período temporal entre 2006-2016" e "texto completo disponível". A pesquisa e a seleção foram operacionalizadas segundo a guideline PRISMA 2009. Resultados e Discussão: A avaliação do cuidador informal carece da aplicação de um algorítmico de tomada de decisão clínica (com recurso a instrumentos validados para a realidade portuguesa) que contempla a avaliação do conhecimento, da capacidade para aprendizagem de habilidades, dos recursos disponíveis, das dificuldades/estratégias percecionadas, da presença de variáveis preditoras de não adesão e sobrecarga avaliando também o recetor e o contexto. São indicadores da competência para o exercício da papel a capacidade para monitorizar dados, para interpretar, tomar decisões, agir, fazer ajustamentos, identificar recursos, providenciar cuidados de cariz instrumental e emocional, relacionar-se com a pessoa dependente e ainda negociar com os profissionais do sistema de saúde. Conclusões: Desempenhar o papel de cuidador familiar constitui uma atividade complexa pelo que a avaliação inicial e periódica é fundamental por permitir detetar necessidades, intervir precoce e personalizadas e prevenir complicações em todos os intervenientes. De futuro, é necessário ampliar a investigação de modo a construir instrumentos de colheita de dados multidimensionais, replicáveis, validados para a realidade portuguesa e dotados de fácil aplicação e diagnóstico.

PALAVRAS CHAVE: Cuidadores Informais; Idosos; Autocuidado; Alimentação

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA DOMICILIÁRIA – VIAS DE ACESSO

Vias de acesso e tipos de cateter – prós e contras

Pedro Soares Moreira
Centro Hospitalar do Porto

A Nutrição Parentérica Domiciliária (NPD) é realizada há mais de 4 décadas com morbilidade e mortalidade específicas relativamente reduzidas. Está indicada quando a via entérica não permite o aporte nutricional adequado, o doente não tem indicação para internamento em unidade hospitalar e apresenta condições para a sua realização no domicílio. A NPD reveste-se de particularidades que devem ser tidas em consideração na escolha da via de acesso e no tipo de cateter utilizado. Isto resulta entre outros fatores da expectável longa duração de utilização (frequentemente vitalícia) bem como da manipulação pelo próprio doente e/ou cuidadores não especializados. Por estes motivos são, geralmente, utilizados Cateteres Venosos Centrais (CVC) tunelizados que apresentam menor risco de complicações mecânicas, trombóticas e infecciosas. Devem ser preferidos os cateteres de lúmen único pois apresentam menor risco de infeção e o seu diâmetro deve ser o menor possível com vista a reduzir as complicações trombóticas. A maior parte dos CVC de longa duração são de silicone. Nos cateteres com cuff este deve ficar a pelo menos 2,5cm do seu local de saída e a extremidade distal idealmente na região entre a veia cava superior e a aurícula ou na região proximal desta. Os cateteres totalmente implantados com reservatório implicam a picada da pele em cada utilização pelo que são geralmente reservados para terapêuticas intermitentes. A veia subclávia é geralmente a de eleição pois apresenta vantagens relativamente à veia femoral que apresenta maior risco de infeção e trombose e à veia jugular interna que apresenta maior risco de infeção e maior dificuldade de manipulação pelo doente.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição, Parentérica, Domiciliária, acesso, tipo

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA : SUPLEMENTAR E DOMICILIÁRIA – ASPECTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

A implementação do programa e a vigilância clínica destes doentes

Marisa D. Santos
CHP/ Serviço de Cirurgia Digestiva

A nutrição parentérica domiciliária é fundamental na abordagem do doente com falência intestinal crónica. Esta modalidade de suporte nutricional continua a ser a principal arma terapêutica neste tipo de doentes, permitindo uma sobrevivência de décadas com poucas limitações nas atividades diárias. Por esse motivo a sua implementação aumentou exponencialmente nas duas últimas décadas a nível dos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, com alargamento progressivo nas indicações e no número de doentes abrangidos. Em Portugal, a falta de legislação e financiamento específico tem dificultado a introdução deste tipo de nutrição. Apesar desse contratempo, é possível estabelecer um programa deste tipo; datando a experiência do CHP em NPD no início dos anos noventa. A implementação de um programa domiciliário obriga a: - Equipa mínima de profissionais de saúde motivados para este tipo de intervenção que inclua pelo menos um médico, um nutricionista, um farmacêutico e um enfermeiro. - Fornecimento por parte do Hospital das bolsas, aditivos, medicamentos, bomba infusora e todo o material descartável necessário para a NPT. - Doente com perfil psicológico adequado, capacidade mental e destreza que permitam o ensino. - Aprendizagem do doente na manipulação do cateter, colocação da bolsa, administração dos aditivos, reconhecimento de sintomas e sinais de alerta das principais complicações relacionadas com a NPT, como no caso da infeção de cateter. Recurso a “checklist” de verificação de aquisição de competências por parte do doente - Estrutura hospitalar capaz de tratar e internar em tempo útil as complicações associadas à NPT de longa duração, reduzindo as consequências resultantes - Consultas periódicas com realização de análises sanguíneas incluindo: hemograma, função hepática e renal, ionograma, glicose, oligoelementos e metabolismo do ferro, de forma a reduzir ou minimizar o aparecimento de complicações relacionadas com esta terapêutica. A criação de um fórum online dedicado à discussão de temas sobre a Nutrição Parentérica Domiciliária, dirigido ao pessoal de saúde interessado neste tema, poderá contribuir para a disseminação do conhecimento e consolidação deste tipo de programas em Portugal. Esse vai ser um dos objetivos da secção de nutrição domiciliária da APNEP.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição parentérica domiciliária, nutrição parentérica suplementar, implementação de programa

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA : SUPLEMENTAR E DOMICILIÁRIA – ASPECTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Em que situações e como utilizar a via oral / entérica

Ana Cristina Silva

Hospital Santo António - Serviço de Cirurgia Geral

A nutrição parentérica surgiu na década de 1970 e possibilitou a deambulação bem como a integração social de doentes com falência intestinal. A falência intestinal pode ter diversas etiologias, como: síndrome do intestino curto, doenças da motilidade intestinal, fístulas intestinais, obstruções mecânicas e outras doenças intestinais extensas. No síndrome de intestino curto existem 3 tipos de ressecções e anastomoses possíveis: anastomose ileo-cólica, anastomose jejuno-cólica e jejunostomia terminal, as quais têm diferentes implicações na suplementação oral / entérica, dos doentes em nutrição parentérica suplementar ou domiciliária. O processo de adaptação intestinal é demorado, porém nalguns casos, pode vir a permitir uma alimentação oral. As complicações graves relacionadas com a alimentação endovenosa destes doentes levaram a uma pesquisa exaustiva para tentar restaurar a função intestinal. A supressão terapêutica da motilidade intestinal, as modificações dietéticas e a hormona de crescimento recombinante são alguns exemplos dessas tentativas. Mais recentemente, têm sido feitas abordagens com algum sucesso, com o teduglutide, análogo do peptídeo glucagon-like 2 (GLP 2).

PALAVRAS CHAVE: CRIS_APNEP

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA : SUPLEMENTAR E DOMICILIÁRIA – ASPECTOS ESPECÍFICOS

No doente com disfunção endocrinometabólica

Raquel Almeida

Centro Hospitalar do Porto

A nutrição parentérica (NP) é a única intervenção médica que permite a sobrevivência dos doentes com falência intestinal crónica. Nos primórdios da sua utilização, as complicações metabólicas eram bastante frequentes devido ao uso exagerado de calorias e glicose, pois acreditava-se que patologias com elevado stress metabólico deviam ser tratadas com hiperalimentação. Atualmente, com o avanço do conhecimento tecnológico e científico, as complicações metabólicas, relacionadas ao défice ou excesso de macro e/ou micronutrientes ou ao volume oferecido, são mais eficazmente prevenidas e controladas e a NP é considerada uma terapêutica segura. Uma das principais complicações metabólicas agudas é a hiperglicemia, estimando-se uma prevalência de 46% nas unidades de cuidados intensivos e 32% nas unidades não intensivas. A causa mais frequente é a insulinoresistência resultante das hormonas de stress e citocinas inflamatórias, que induzem um aumento da gluconeogénese hepática e uma diminuição da captação periférica de glicose. Quando falamos de nutrição em doentes com disfunção endocrinometabólica pensamos à cabeça no doente com diabetes mellitus (DM). Sendo a hiperglicemia uma complicação frequente da NP em doentes não diabéticos, a questão da NP no doente diabético reveste-se de particular interesse. Estima-se que existam atualmente cerca de 415 milhões de pessoas adultas com DM no mundo todo, e prevê-se que, em 2040, o número suba para 642 milhões. Em Portugal, cerca de 13,1% da população adulta portuguesa tem DM, diagnosticada ou não, e 27,7% é pré-diabética – dados do ano 2014. A prevalência de DM a nível hospitalar é elevada, estimando-se rondar os 27,7% num estudo português, o que significa que mais de 1 em cada 4 indivíduos adultos hospitalizados tem diabetes. A presença de DM está inequivocamente associada a aumento da morbidade e mortalidade hospitalar e prolongamento do tempo de internamento, mas o mau prognóstico da hiperglicemia parece estender-se aos doentes sem história de diabetes. Nos doentes sob NP, críticos e não críticos, parece que a hiperglicemia per se, independentemente da presença prévia de DM, está associada a desfechos adversos. As indicações e contra-indicações para nutrição entérica (NE) e NP em doentes diabéticos são as mesmas dos doentes

PALESTRAS

sem DM. Estima-se que cerca de 8% dos doentes hospitalizados recebam algum tipo de NE e que cerca de 2-3% recebam NP. Se utilizarmos a prevalência de DM a nível hospitalar podemos estimar que cerca de 1-2% dos doentes hospitalizados são diabéticos e recebem algum tipo de nutrição artificial. Na presença de DM prévia, espera-se um controlo metabólico mais difícil já que o doente não consegue aumentar a secreção de insulina para compensar a situação de insulinoresistência. Há que recordar também que a administração da glicose via ev como ocorre na NP faz com que não se produza o efeito incretínico, pelo que há menor secreção pancreática de insulina. Ao contrário da NE, a NP não tem a vantagem do efeito de primeira passagem a nível hepático, que contribui para a manutenção da homeostasia metabólica. A NP é, portanto, a forma de suporte nutricional menos fisiológica, daí que requeira uma monitorização mais ampla e frequente. Tendo em conta o referido, é surpreendente a escassez de publicações sobre NP em doentes com DM. Talvez por serem ainda muitas as áreas de incerteza no tratamento do doente com DM e nutrição artificial, sobretudo no doente não crítico. No entanto a hiperglicemia pode ser intensa e persistente e pode evoluir para situações graves como síndrome hiperosmolar hiperglicémico ou cetoacidose. Devem por isso ser implementadas estratégias e protocolos para prevenir e tratar adequadamente estas situações. Nesta comunicação abordam-se as recomendações sobre monitorização da glicemia capilar, cálculo das necessidades energéticas, proporção de macronutrientes na NP, cuidados a ter no início e na descontinuação da NP em termos de velocidade de infusão e carga de glicose, tratamento farmacológico da hiperglicemia e objectivos glicémicos. Resta ainda uma palavra para a NP em doentes com obesidade e dislipidemia.

PALAVRAS CHAVE: Diabetes mellitus; hiperglicemia; objetivos glicémicos; insulino terapia; obesidade; dislipidemia

NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA DOENÇA DE CROHN – DA TEORIA À PRÁTICA

A utilização em pré-operatório

Marisa D. Santos

CHP/ Serviço de Cirurgia Digestiva

A doença de Crohn é uma doença inflamatória crónica, recidivante, com atingimento intestinal transmural, podendo estar presente desde a cavidade oral até ao ânus. Resulta de uma resposta inadequada inata ou adaptativa do sistema imune à flora intestinal de doentes com predisposição genética, havendo libertação de citocinas, tais como IL-1, IL-6, IL-10 e TNF α . Estas promovem um estado inflamatório crónico, o que contribui para o aparecimento a nível intestinal de úlceras, estenoses, fístulas, abscessos intra-abdominais ou ainda processos supurativos não controlados. Desta forma, a dor abdominal, náuseas, anorexia, febre e diarreia, são sintomas frequentes cursando com um estado consuntivo e uma redução da capacidade absorptiva do intestino delgado. Assim, e como resultado da ação conjunta destes vários fatores a que se podem associar antecedentes cirúrgicos de ressecções intestinais mais ou menos extensas, leva a que a presença de desnutrição nos doentes com Crohn seja frequente. A prevenção, quantificação e correção da desnutrição nestes doentes deve ser uma prioridade na terapêutica, principalmente em situações com indicação cirúrgica. A desnutrição, quando presente, é causa frequente de aumento significativo da morbimortalidade e do tempo de internamento. Numa perspetiva pré-cirúrgica a desnutrição deverá ser corrigida, recorrendo à utilização preferencial de uma nutrição entérica caso o tubo digestivo esteja funcional e não existam fístulas de alto débito. [7] Caso contrário, será necessário a utilização de uma nutrição parentérica total. A nutrição entérica tem como vantagens, relativamente à parentérica, o facto de ser fácil de administrar, ser de baixo custo, ter uma ação trófica sobre o epitélio intestinal e, no caso da doença de Crohn, ter um efeito imunomodulador e terapêutico. Pode ter como desvantagens a dificuldade de administrar a quantidade energética necessária ou não ser tolerada. Por todos estes motivos, a nutrição entérica em pré-operatório, sempre que indicada, pode constituir uma mais valia na terapêutica da doença de Crohn.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição entérica, doença de Crohn

NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA DOENÇA DE CROHN – DA TEORIA À PRÁTICA

A utilização em pós-operatório imediato

Mónica Sampaio

CHP-HSA/ Unidade de Cirurgia Digestiva

Vinte e cinco a 92% dos doentes com Doença de Crohn (DC) tem um défice nutricional. A patofisiologia desta doença promove défices nutricionais específicos e o grau de atividade correlaciona-se com a diminuição da ingestão oral, aumento do catabolismo e das perdas intestinais. A suplementação nutricional, nomeadamente perioperatória, é crucial no tratamento desta doença. A suplementação perioperatória na DC para além dos benefícios já conhecidos na cirurgia gastrointestinal e no doente crítico, diminui as complicações no pós-operatório, bem como otimiza e acelera a recuperação do doente, à luz dos conceitos dos protocolos de “Enhanced Recovery After Surgery”. A nutrição oral, culinária ou entérica, no pós-operatório imediato é fundamental para diminuir o “stress” cirúrgico, jejum e íleo pós-operatório. A nutrição entérica no pós-operatório imediato melhora a cicatrização tecidual e diminui o risco de complicações infecciosas. Há estudos randomizados que indicam que a nutrição entérica exclusiva pode induzir remissão em até 60% dos doentes com DC. A nutrição entérica no pós-operatório imediato pode ter um papel fundamental nesta população. O impacto da nutrição entérica na manutenção da remissão da DC no pós-operatório ainda não está completamente estabelecido. No entanto, há dados que apontam que a suplementação entérica a longo prazo pode diminuir a recidiva clínica e endoscópica após cirurgia.

PALAVRAS CHAVE: Doença de Crohn, nutrição entérica, pós-operatório

HOT TOPICS

Limitações ao suporte nutricional do idoso. Devemos ser tão radicais?

Ricardo Marinho

Centro Hospitalar do Porto

A esperança média de vida está a aumentar a cada ano que passa, sendo previsível que a população a nível mundial com mais de 65 anos vá duplicar até 2050.

Trata-se de uma população heterogênea, frequentemente polimedicada pelas múltiplas comorbilidades que apresentam.

Faz parte da maioria dos algoritmos de tratamento destas comorbilidades como a diabetes, hipertensão arterial ou obesidade num primeiro patamar, alterações quer a nível do estilo de vida quer a nível da alimentação, quer a nível do exercício físico, mas aquilo que mais se questiona é se fará sentido promover-se a restrições dietéticas num doente idoso? Será que o impacto que estas podem ter superam o risco de desnutrição a que esta medida está associado?

Trata-se de um assunto controverso pois apesar de já haver vários estudos a demonstrar o risco que estas restrições acarretam, todos estes estudos são muito heterogêneos, com objetivos diversos e feitos em populações muito distintas pelo que acabam por não ser precisos no que concerne á idade a partir da qual estas limitações devem ser liberalizadas... será que é a partir dos 65 anos ou dos 80 anos de idade?

Mas apesar da grande heterogeneidade dos estudos, existe uma tendência em todos eles, de que os doentes com IMC dentro dos limites de excesso de peso apresentam maior sobrevida quando comparados com doentes com IMC considerado normal ou obesidade. Por outro lado as restrições dietéticas prolongadas expõem os doentes mais idosos a aportes inadequados de proteínas e hidratos de carbono, assim como de micronutrientes agravando o estado nutricional dos mesmos e por conseguinte podendo levar a um agravamento destas mesmas morbilidades.

A razão porque os doentes idosos são mais susceptíveis à desnutrição comparativamente aos adultos mais jovens deve-se a um elevado numero de fatores, quer fisiológicos, quer psicológicos ou socioeconómicos.

O mais importante será talvez a anorexia, um fenómeno comum e até fisiológico do envelhecimento, que pode ser causado quer por alterações a nível do paladar e/ou olfativo, problemas na dentição, depressão ou declínio cognitivo e que poderá ser precipitado pelas restrições dietéticas. Uma restrição do sódio

PALESTRAS

em doentes habituados a dietas mais “ricas” em sal torna a comida insosa, levando à perda do apetite e à exclusão muitas vezes de um prato favorito em nome da restrição dietética levando a um agravamento do humor.

As dietas chamadas hipoglicídicas, hipolipídicas ou hipoproteicas podem levar a uma diminuição importante do consumo de macronutrientes aumentando o risco de sarcopenia e nem mesmo os doentes mais obesos estão isentos destes problemas pois existe uma obesidade sarcopenica que está associado a uma diminuição importante da massa magra com as mesmas consequências que os doentes desnutridos e com sarcopenia “clássica”.

Do que se conclui que as restrições dietéticas devem ser adequadas à idade dos doentes e à sua esperança de vida, devem ser equilibradas e sempre associadas a uma atividade física adaptada às possibilidades de cada um.

HOT TOPICS

O que é um Síndrome de realimentação?

Ana Logrado

CHTV/Serviço de Cirurgia 1

A manutenção de um estado nutricional equilibrado contribui para a homeostasia do organismo. Assim, alterações no estado nutricional acarretam as mais diversas consequências, desde pequenos desequilíbrios hidroelectrolíticos até distúrbios graves do sistema imune com aumento da susceptibilidade a infecções e piores resultados na recuperação dos mais diversos estados patológicos. Neste contexto, a manutenção de um estado nutricional fisiológico é, cada vez mais, uma preocupação para os clínicos das mais diversas áreas, essencialmente no que diz respeito a populações de risco como crianças, idosos ou doentes críticos. O síndrome de realimentação consiste num conjunto de anomalias metabólicas, que incluem distúrbios hidroelectrolíticos, que ocorrem após a reintrodução de um aporte nutricional considerado adequado em doentes previamente desnutridos ou submetidos a longos períodos de jejum. Trata-se de uma entidade cujos critérios de diagnóstico continuam por definir sendo essencial para a sua identificação um alto índice de suspeição clínica. A presença de anomalias hidroelectrolíticas, como hipofosfatémia ou hipocaliémia, que coincidem com a reintrodução de aporte nutricional devem levantar a possibilidade de síndrome de realimentação. A identificação destes distúrbios torna-se essencial para a aquisição atempada de medidas terapêuticas e de suporte que minimizem o seu impacto em doentes já debilitados e muitas vezes em contexto de cuidados intensivos. Em suma, o reconhecimento e identificação de factores de risco que possam predispor ao desenvolvimento deste síndrome poderão permitir a construção de estratégias preventivas e protocolos de actuação terapêutica que possam trazer melhorias significativas relativamente a taxas de morbimortalidade.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição, Síndrome de Realimentação, Hipofosfatémia, Hipocaliémia

HOT TOPICS

Impacto da Nutrição Precoce no doente cirúrgico com adenocarcinoma gástrico

Elisa Arieira Ruivo

Serviço de Nutrição e Alimentação da ULSAM, EPE

A neoplasia gástrica possui uma elevada incidência e mortalidade, compreendendo o seu tratamento, cirurgias maior. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto do suporte nutricional peri-operatório no doente submetido a cirurgia de ressecção por adenocarcinoma gástrico na morbi-mortalidade e custos hospitalares. Foi realizado um estudo retrospectivo caso-controlo, com 152 doentes. Para o efeito, foi criado um grupo controlo com 39 doentes, que receberam suporte nutricional apenas no pós-operatório e um grupo caso (de intervenção) com 113 que o iniciou no pré-operatório. A avaliação do estado nutricional baseou-se nos seguintes parâmetros: IMC, Percentagem de Perda de Peso, Total de linfócitos, proteínas e albumina séricas. Foram ainda estudados tempo e custos de internamento, tipologia de suporte nutricional, cirurgia e complicações cirúrgicas, entre outras. A maioria dos doentes era do sexo masculino e apresentava uma idade média de $67,95 \pm 11,9$ anos. A amostra total apresentava no primeiro dia de internamento, IMC de $25,8 \pm 4,8 \text{ Kg/m}^2$ e uma percentagem de perda de peso de $7,7 \pm 7,3\%$, verificando-se que indivíduos com IMC mais baixos apresentavam uma maior perda de peso ($p = 0,03$). O grupo controlo apresentava uma maior variação ponderal ($9,5 \pm 10,5$ vs $7,6 \pm 7,0\%$). ($p < 0,05$) No grupo de intervenção, doentes com IMC mais baixo, maior perda de peso e valores mais baixos de Proteínas Totais e Albumina sérica realizaram suplementação energética proteico ($p < 0,05$) Do total de cirurgias realizadas, 63,8% foram gastrectomias totais e 36,2% sub totais, após as quais ocorreram em 40,2% dos casos complicações cirúrgicas, nomeadamente deiscência da anastomose, fístula pancreática entre outras. A ocorrência de complicações foi mais frequente no grupo controlo (59,0 vs 38,9%, $p = 0,03$), sendo que segundo Classificação Clavien-Dindo, o Grau IIIb foi o mais frequente neste grupo, ocorrendo em 17,9%. No grupo de intervenção a complicação mais frequente foi a IIIa (18,6%), reduzindo a IIIb para 5,3% da amostra. A mortalidade hospitalar ocorreu em 5,3% dos casos, em ambos os grupos. A média de dias de internamento foi menor no grupo de intervenção precoce (20,4 vs 29,2, $p = 0,035$), contribuindo para uma redução de cerca de 30% dos custos

PALAVRAS CHAVE: Neoplasia gástrica, nutrição precoce, morbidade

HOT TOPICS

Implementação do rastreio de disfagia - Protocolo V-VST

Elisabeth Sousa

CHSJ - PÓLO DE VALONGO

A incidência de disfagia pós-AVC pode variar entre 42 e 67% e a sua presença está associada a um aumento do risco de complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento, desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada e morte (Martino et al., 2005). Muitas destas complicações podiam ser prevenidas e minimizadas se existisse um maior conhecimento do assunto e uma avaliação frequente da disfagia pós-AVC. Deste modo, seria possível providenciar intervenções mais apropriadas e atempadas, que permitissem uma alimentação por via oral segura ou a adopção de estratégias adequadas que possibilitassem a redução dos riscos. (DIAS, 2015) É fundamental identificar a disfagia de forma correta, conhecer os sinais e sintomas que podem comprometer o estado nutricional e de hidratação do utente. O Rastreio da disfagia V-VST é um instrumento de triagem de perturbações adquiridas da deglutição, que poderá ser aplicada a todos os indivíduos pertencentes a grupos de risco antes da ingestão de qualquer alimentação ou hidratação. Foi elaborado e otimizado para o espessante Nuttilis Powder, que é um espessante com propriedade de resistência à amilase salivar, com gomas Tara, Xantana e Guar que garantem a segurança de deglutição do utente, melhor estabilidade na preparação, mantém a consistência em contacto com a saliva (amilase salivar) e adequada tolerância gastrintestinal. Este rastreio foi implementado no serviço de Medicina do CHSJ, onde a prevalência de utentes idosos com perturbações de deglutição é frequente e tem como principal objectivo rastrear e avaliar a disfagia, diminuir assim os episódios de aspiração que originam posteriormente pneumonias de aspiração, desidratação e malnutrição, que aumentam o tempo de internamento e os custos hospitalares. O rastreio de disfagia V-VST apresenta-se como uma ferramenta útil que permite uniformizar procedimentos de avaliação e avaliar de forma qualitativa a consistência/viscosidade e volume adequado para alimentar/hidratar o utente com segurança evitando assim complicações respiratórias recorrentes, desidratação e desnutrição.

PALAVRAS CHAVE: Disfagia, rastreio

NUTRIÇÃO NA UCI - O DOENTE DE RISCO**Como determinar o Risco Nutricional?**

Rosa Mendes
CHLC H C Cabral

Nas últimas décadas, registaram-se avanços na compreensão dos efeitos moleculares e biológicos dos nutrientes na manutenção da homeostasia. Tradicionalmente, o suporte nutricional (SN) era considerado como um cuidado básico cujo objetivo era o fornecimento de combustível para preservar a massa magra e apoiar o doente durante a resposta ao stress. Nos últimos anos, esta estratégia evoluiu para o SN como uma vertente terapêutica, em que a nutrição é prescrita com o objetivo de atenuar a resposta ao stress metabólico, prevenir a lesão celular oxidativa, e modular favoravelmente a resposta imune. O início precoce do SN, principalmente pela via entérica é hoje uma estratégia terapêutica pró-ativa que pode reduzir a gravidade da doença, diminuir complicações, diminuir tempo de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), e apresentar um impacto favorável no outcome do doente. A desnutrição é comum em doentes hospitalizados, particularmente nos doentes críticos, estando associada a um pior prognóstico, com aumento das complicações infecciosas, da disfunção múltipla de órgãos, internamento prolongado e mortalidade elevada. A desnutrição no doente crítico não é fácil de definir e a maioria das vezes é difícil de quantificar. Muitas ferramentas de rastreio e de avaliação nutricional são utilizadas, no entanto, apenas o Nutritional Risk Screenig 2002 (NRS 2002) e o NUTrition Risk in the Critically ill Score (NUTRIC score) associam o estado nutricional com a gravidade da doença. O NUTRIC score foi a primeira ferramenta a ser desenvolvida especificamente para avaliar o risco nutricional dos doentes críticos e identificar os que mais beneficiariam de um suporte nutricional mais agressivo. São considerados em "risco" os doentes com uma pontuação NRS 2002 > 3 e de "alto risco" com um NUTRIC score ≥ 5 (se a interleucina-6 não está incluída, caso contrário > 6).

PALAVRAS CHAVE: Stress metabólico, Risco Nutricional, Suporte Nutricional

NUTRIÇÃO NA UCI - O DOENTE DE RISCO**Quando começar e qual o aporte calórico no doente crítico de risco nutricional elevado?**

Sofia Cardoso
CHLC, Hospital de S.José, UCIP 1

O doente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) está usualmente predisposto a um elevado estado catabólico, que se manifesta por uma resposta inflamatória sistémica associada ao aumento das complicações infecciosas, à disfunção multiorgânica, ao aumento do tempo de internamento e da mortalidade. Admite-se que a introdução da nutrição possa atenuar a resposta metabólica ao stress, prevenir a lesão celular oxidativa e modular a resposta imune. Neste sentido é recomendado que a nutrição entérica (NE) seja iniciada nos doentes em que nutrição oral esteja contra-indicada e o tubo digestivo funcionante, de forma a manter a integridade da mucosa intestinal, a prevenir a sua atrofia, o aumento da permeabilidade e a translocação bacteriana. O timing ideal para a introdução da NE é controverso, mas a maioria das meta-análises que comparam a introdução precoce - nas primeiras 24 a 48 horas após a admissão na UCI - com a tardia, concluem que o início precoce da NE reduz as complicações infecciosas, a duração do internamento e a taxa de mortalidade. Segundo as Recomendações da American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), no doente com baixo risco nutricional (NRS 2002 ≤ 3 ou NUTRIC score ≤ 5) pode protelar-se a introdução da nutrição durante a primeira semana de internamento na UCI. No entanto, o doente com risco nutricional elevado (NRS 2002 ≥ 5 ou NUTRIC score ≥ 5) carece de uma abordagem mais agressiva, sendo desejável o atingimento do objectivo nutricional tão rápido quanto possível, de acordo com a tolerância do doente, sem esquecer a prevenção e monitorização do síndrome de realimentação. Se possível e tolerado, o aporte nutricional deveria atingir mais de 80% do alvo nas primeiras 48 a 72h, de modo a que o benefício clínico da NE se verifique ao longo da primeira semana de internamento. Relativamente ao aporte calórico, a ASPEN sugere 3 metodologias para obtenção das necessidades energéticas: a utilização de uma fórmula simplificada (25-30 Kcal/Kg/dia), a escolha de uma equação preditiva validada ou a calorimetria indirecta, mais limitada pela sua disponibilidade e pelo seu custo. Independentemente do método utilizado, é recomendado que os consumos energéticos sejam calculados frequentemente, de maneira a adaptar o aporte energético à situação clínica do doente.

PALAVRAS CHAVE: Nutrição entérica, UCI, precoce versus tardia, necessidades energéticas

NUTRIÇÃO NA UCI - O DOENTE DE RISCO

Qual o Aporte Proteico?

Isabel Miranda

UCIP1, H.S. José - CHLC, E.P.E.

As proteínas e aminoácidos desempenham um papel fundamental na manutenção da homeostasia corporal. No entanto, o pool livre de aminoácidos essenciais é pequeno e todas as proteínas corporais desempenham funções específicas, pelo que não podem ser consideradas como reservas proteicas ou de aminoácidos.

A doença crítica, em geral, acompanha-se de uma resposta catabólica marcada e mais ou menos prolongada, de acordo com o tipo e gravidade da lesão inicial e de eventuais insultos subsequentes ao longo do internamento na UCI. Esta resposta provoca importantes alterações metabólicas, que no caso das proteínas se caracterizam por diminuição da síntese e aumento marcado da sua degradação, com consequente perda acentuada da massa muscular; esta está associada a pior prognóstico, maior mortalidade e a perda da autonomia funcional a longo termo após a alta hospitalar. Assim, um dos objetivos e desafios da nutrição no doente crítico é o de fornecer atempadamente um suporte nutricional equilibrado, que inclua uma quantidade e qualidade adequadas de proteínas e aminoácidos de modo a minorar a destruição da massa muscular.

Apesar da vasta investigação que tem sido feita ao longo das últimas décadas, as necessidades nutricionais do doente crítico não são ainda bem compreendidas nem conhecidas. No que diz respeito ao aporte proteico, a situação torna-se ainda mais complexa, na medida em que ainda não existe disponível para a prática clínica diária um método específico para medição das necessidades proteicas ao longo do internamento na UCI.

A maioria das atuais guidelines recomendam que o aporte proteico seja superior a 1,2 g/kg/dia, baseando-se no resultado de estudos que, utilizando a medição do balanço azotado e a composição corporal, sugeriram que não haveria vantagem em aportes superiores a 1,5 g/Kg/dia. Estudos posteriores demonstraram que doses mais elevadas (2 – 2,5 g/Kg/dia de proteínas) eram seguras e poderiam ser vantajosas para alguns grupos de doentes críticos. No entanto, apesar das recomendações, a maioria dos doentes críticos recebem menos de metade do aporte proteico recomendado.

Nos últimos anos têm surgido vários estudos, que demonstram que o maior aporte proteico (1,2 – 1,5 g/

kg/dia) está associado a melhoria dos parâmetros e resultados clínicos e a menor mortalidade. Por outro lado, esta associação relaciona-se fundamentalmente com o aporte proteico e não se verifica quando apenas são cumpridos os objetivos energéticos. Estes dados vêm confirmar a importância da administração de um aporte proteico otimizado e dentro dos objetivos no doente crítico.

NUTRIÇÃO NA UCI - O DOENTE DE RISCO

Como contornar as dificuldades em atingir o objectivo nutricional?

Sara Policarpo

Hospital de Santa Maria

A intolerância gastrointestinal ocorre frequentemente em doentes críticos durante suporte nutricional artificial, particularmente com a instituição de nutrição entérica. A sua etiologia é complexa e multifactorial, estando subjacente a própria doença crítica. Associa-se a menor aporte nutricional, maior morbidade e mortalidade na UCI. Um trato gastrointestinal funcionante é um factor importante na evolução clínica dos doentes em Unidades de Cuidados Intensivos. Uma das dificuldades na prática clínica na UCI relaciona-se com a ausência de definição objectiva, mensurável e consensual da disfunção gastrointestinal. A abordagem mais consensual, parece ser uma avaliação individual de todos os factores de risco associados combinada com uma instituição precoce de terapêutica procinética e/ou laxante, controlo glicémico, manutenção de um adequado estado de hidratação e instituição de volume based feeding. A implementação de protocolos de terapia nutricional e gestão de complicações podem levar à optimização de vários aspectos da prática clínica, incluindo a gestão de sintomas dismotilidade.

PALAVRAS CHAVE: UCI, dismotilidade intestinal

ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA**Orientações nutricionais para alimentação vegetariana no adulto**

Márcia Gonçalves
FCNAUP

A alimentação vegetariana é caracterizada por um padrão de consumo alimentar baseado predominantemente em produtos de origem vegetal e exclui sempre a carne e o pescado, podendo incluir ovos e/ou laticínios. A inclusão de laticínios e/ou ovos é um dos principais fatores de diferenciação das dietas vegetarianas que apresentam, em comum, a ingestão de alimentos como cereais, hortícolas, fruta, leguminosas, frutos gordos e sementes. O crescente interesse e adesão a este padrão alimentar pela população é confirmado pelas estimativas, e, atualmente, estima-se que em Portugal 30.000 pessoas sejam vegetarianas. Assim, torna-se importante o conhecimento dos potenciais riscos nutricionais que podem advir desta opção alimentar, e como os prevenir, pois, como em qualquer outro padrão alimentar, as dietas vegetarianas podem ser inadequadas. Tendo em conta as necessidades nutricionais do indivíduo adulto saudável, é feita a análise da adequação nutricional do padrão alimentar vegetariano para a ingestão energética e proteica, ingestão de ácidos gordos essenciais, e de alguns micronutrientes, nomeadamente a vitamina B12, vitamina D, cálcio, zinco, ferro, e iodo, bem como a sua biodisponibilidade. É consensual que uma alimentação vegetariana bem planeada é capaz de atingir as atuais recomendações de todos os nutrientes. No entanto, em particular nos grupos vulneráveis, e no caso da vitamina B12, dada a inexistência de fontes nutricionais numa dieta vegana, a utilização de alimentos fortificados e/ou suplementos pode representar um complemento útil para atingir as recomendações de alguns nutrientes. É de salientar que os alimentos deverão ser sempre a primeira opção para as atingir. Uma dieta vegetariana, incluindo as ovolactovegetarianas ou veganas, bem planeada é saudável e nutricionalmente adequada em todas as fases do ciclo de vida. A evidência sugere também que poderá ser benéfica para a saúde, nomeadamente na prevenção e tratamento de algumas doenças crónicas, quando associada a outros fatores de estilo de vida saudáveis.

PALAVRAS CHAVE: Alimentação vegetariana, nutrientes, riscos nutricionais

ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA**Orientações nutricionais para alimentação vegetariana em idade escolar**

Sandra Cristina Gomes Silva
Nutricionista

A infância e a adolescência são períodos de um rápido crescimento físico e desenvolvimento cognitivo e de aquisição de competências sociais e comportamentais. Durante estes períodos é necessária uma ingestão alimentar apropriada, para cada grupo etário, de forma a assegurar um crescimento adequado e um bom estado de saúde. A aquisição de hábitos alimentares saudáveis, nesta fase, poderá assegurar que estes perdurem ao longo do ciclo de vida. À semelhança de outros padrões alimentares, o padrão vegetariano, quando bem planeado pode fornecer todas as necessidades nutricionais de crianças e adolescentes. O aporte energético deverá ser adequado a cada idade e o crescimento monitorizado. Deve ser dada particular atenção à ingestão proteica, de ácidos gordos essenciais, ferro, zinco, cálcio, iodo e vitaminas B12 e D. A ingestão de alimentos fortificados e/ou a suplementação, em alguns casos, poderá ser necessária. De modo a estruturar uma alimentação adequada para crianças e adolescentes que seguem um padrão alimentar vegetariano é importante ter em consideração os seguintes aspetos: - A alimentação deverá ser completa, equilibrada e variada. Alimentos como cereais, hortícolas, fruta, leguminosas, frutos gordos, sementes e os seus derivados deverão estar contemplados no dia alimentar do padrão vegetariano. Deve ser assegurada uma ingestão energética adequada. A inclusão de alimentos energeticamente densos como leguminosas e seus derivados, frutos gordos e cremes de frutos gordos poderá ser vantajosa. - Para que as necessidades proteicas sejam atingidas e ocorra uma normal retenção de azoto, é essencial que a ingestão energética seja adequada e exista variedade nos alimentos ingeridos, nomeadamente alimentos ricos em proteína, como as leguminosas, pseudocereais, cereais integrais, laticínios (ou alternativas vegetais) e ovos. - A combinação de fontes proteicas de diferentes grupos de alimentos como frutos gordos, sementes, cereais e leguminosas deve ser encorajada. No entanto, a combinação dos mesmos na mesma refeição acredita-se não ser necessária. - É essencial assegurar que boas fontes de ferro sejam incluídas na alimentação devido à menor biodisponibilidade deste mineral nos produtos de origem vegetal e ao aumento das suas necessidades na infância, especialmente durante períodos de crescimento rápido. O consumo de alimentos ricos em vitamina C, conjuntamente com

refeições ricas em ferro, promove a sua absorção. - Deve-se assegurar o consumo de alimentos bons fornecedores em zinco, tais como cereais integrais, leguminosas, frutos gordos, sementes e laticínios. - É essencial garantir uma ingestão adequada de alimentos bons fornecedores ou fortificados em cálcio, tais como hortícolas de cor verde escura, laticínios ou alternativas vegetais, soja e seus derivados e restantes leguminosas. - A existência de fontes adequadas de ácidos gordos essenciais das séries n-6 e n-3 é de extrema importância nas dietas de crianças e adolescentes com padrões alimentares vegetarianos e poderá ser necessária a sua suplementação, caso a ingestão seja insuficiente. - Uma ingestão adequada de alimentos fortificados em vitamina B12 ou a utilização de suplementos é recomendada para crianças e adolescentes com padrões alimentares vegetarianos, uma vez que não existem naturalmente em produtos de origem vegetal. Em alguns casos, os alimentos fortificados, poderão não ser suficientes para fornecer as necessidades de vitamina B12, podendo-se recorrer à suplementação. - Crianças e adolescentes que não consomem alimentos fortificados em vitamina D ou têm uma exposição solar limitada, devem recorrer à suplementação nesta vitamina. - Num padrão alimentar vegetariano, particularmente no vegano, a ingestão de sal iodado ou de outras fontes de iodo, como as algas, está recomendada. - A ingestão de fibra deve ser monitorizada já que em excesso poderá comprometer um aporte energético adequado e poderá interferir com a biodisponibilidade de alguns minerais essenciais. Os profissionais de saúde, em particular, deverão ser capazes de orientar adequadamente as famílias que optam por este modelo alimentar, informando sobre as suas vantagens e potenciais riscos, caso a caso, e depois, acompanhar e poder dar aconselhamento nutricional e alimentar de qualidade em função das opções tomadas.

PALAVRAS CHAVE: Alimentação vegetariana, idade escolar

RASTREIO, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM PEDIATRIA

Intervenção nutricional em grupos de risco

Inês Asseiceira

Serviço de Dietética e Nutrição, HSM, CHLN

A Organização Mundial de Saúde (1993) define malnutrição como “the cellular imbalance between the supply of nutrients and energy and the body’s demand for them to ensure growth, maintenance, and specific functions”, este desequilíbrio dinâmico entre o gasto e a ingestão de nutrientes afeta negativamente o adequado crescimento e desenvolvimento da criança. Deste modo a identificação precoce de crianças malnutridas e em risco de malnutrição é essencial para uma intervenção nutricional atempada. Nas últimas décadas têm sido criadas e validadas várias ferramentas de Identificação de Risco Nutricional (IRN) destinadas à idade pediátrica. A grande maioria destas ferramentas, são aplicadas em contexto hospitalar contudo, já começam a surgir, à semelhança dos adultos, questionários de IRN aplicáveis a crianças em ambulatório ou na comunidade. Estes questionários devem ser rápidos e fáceis de aplicar e permitir detetar desnutrição e prever se a desnutrição é possível de se desenvolver, tendo em conta a condição atual e futura do paciente. A IRN é um passo essencial na avaliação de uma criança, pois permite avançar para a Avaliação do Estado Nutricional (AEN) e posteriormente para uma intervenção nutricional precoce e baseada nos parâmetros avaliados anteriormente. A abordagem nutricional em crianças de risco ou em crianças com necessidades específicas deve ser integrada numa equipa multidisciplinar, em que todos os intervenientes têm a capacidade de reconhecer precocemente os fatores de risco nutricional. Algumas patologias como as doenças do desenvolvimento, doenças neurológicas, doenças gastroenterológicas, entre outras, requerem frequentemente intervenção nutricional especializada e direcionada a alguns diagnósticos nutricionais característicos destas doenças, como a desnutrição, excesso de peso/obesidade, alterações na deglutição, entre outras. Estes diagnósticos nutricionais, quando não tratados atempadamente podem comprometer de forma irreversível o normal crescimento e desenvolvimento da criança.

PALAVRAS CHAVE: Risco nutricional, malnutrição, intervenção nutricional

**RASTREIO, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO
NUTRICIONAL EM PEDIATRIA**

Intervenção nutricional nas doenças hereditárias do metabolismo proteico

Manuela Ferreira de Almeida

Centro de Genética Médica, Centro Hospitalar do Porto

As doenças hereditárias do metabolismo (DHM) são um grupo de doenças genéticas e raras, sendo consideradas mais importantes pela sua gravidade, que pela sua frequência. De incidência variável no mundo, estima-se que a incidência mundial global das DHM seja cerca de 1:5000 recém-nascidos. Em 1979, iniciou-se em Portugal o rastreio neonatal (Programa Nacional de Diagnóstico Precoce) da primeira doença hereditária do metabolismo proteico (DHMP) - a Fenilcetonúria. Neste sentido, os doentes rastreados precocemente e/ou diagnosticados clinicamente são encaminhados para centros especializados. Desde 2004 e através da utilização da Espectrometria de Massa em Tandem (MS/MS) o rastreio neonatal passou a ser possível para um maior leque de doenças, permitindo o início do seu tratamento numa fase inicial, o que se demonstra crucial para o bom prognóstico dos doentes. Dada a elevada complexidade inerente à abordagem nutricional nas doenças hereditárias do metabolismo, irei abordar apenas algumas doenças hereditárias do metabolismo proteico (DHMP) do "tipo intoxicação", nas quais o doente se intoxica de maneira aguda ou crónica devido à acumulação de um ou mais metabolitos tóxicos, bem como questões relativas às principais preocupações relacionadas com o estado nutricional destes doentes, dada a rigorosa restrição dietética de que são alvo. A implementação de dietas com restrição em aminoácidos específicos e/ou em proteína é essencial para evitar graves sequelas neurológicas e de desenvolvimento. A elaboração de diversos materiais de apoio à consulta de nutrição e de material informativo e de apoio para pais e doentes, bem como o fornecimento de produtos dietéticos hipoproteicos, revela-se assim essencial, no sentido de proporcionar aos doentes o maior apoio possível no seu tratamento. A monitorização do estado nutricional, através do estudo bioquímico com parâmetros específicos e com uma periodicidade anual, tem particular interesse na adequação do tratamento nutricional destes doentes. Paralelamente, a avaliação sistemática da composição corporal por bioimpedância tetrapolar permite-nos recolher ainda mais informação relativa ao estado nutricional destes doentes. Só assim nos é possível adequar o tratamento nutricional às reais necessidades de cada doente, contribuindo para uma melhoria contínua do seu prognóstico e da sua qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVE: Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, Doenças Hereditárias do Metabolismo, Trat. Nutricional das Doenças Hereditárias do Metabolismo Proteico, Fenilcetonúria, Monitorização do Estado Nutricional

ALIMENTAÇÃO NA PREVENÇÃO NA DOENÇA CRÓNICA

Cancro

Inês Carretero

Hospital Santa Maria - Serviço Oncologia

A adoção de estilos de vida saudáveis influenciam a relação bidirecional de causalidade entre o cancro e a alimentação. A Organização Mundial de Saúde estima que 1/3 de todos os cancros poderiam ser evitados e prevenidos de acordo com os estilos de vida adotados, tornando assim urgente a aposta na prevenção, no combate à epidemia do século, o cancro.

Para diminuir a prevalência do cancro em Portugal e no resto do Mundo, é extremamente importante, diminuir o aparecimento de novos casos através da prevenção primária ou encurtar a duração da doença através da prevenção secundária.

A prevenção da doença oncológica, refere-se à identificação e manipulação de diversos fatores, entre eles: genéticos, biológicos e ambientais. Deste modo, a educação para a saúde focada na prevenção de fatores de risco identificados na origem do cancro bem como o incentivo de hábitos e estilos de vida saudáveis contribuem para a prevenção e controle do cancro.

A conhecida relação entre os hábitos de alimentação e a incidência de casos de cancro, é demonstrada em diversos estudos, principalmente quando a proporção de cancro associada ao baixo consumo de frutas e verduras é de 5-12% para todos os casos de cancro e entre 20-30% nos casos de cancro do sistema gastrointestinal, pelo que rapidamente é perceptível que a alimentação e a nutrição apresentam um papel fundamental na prevenção do cancro.

As recomendações nutricionais na prevenção do cancro são amplamente conhecidas, no entanto, ao constatar que a prática diária não obedece na sua maioria às diretrizes, será fundamental compreender as causas da sua não aplicação e conhecer algumas estratégias nutricionais que promovam uma prevenção eficaz.

A diversidade de regimes dietéticos existentes e o aumento da disponibilidade de "super" alimentos, dotados de características nutricionais particulares, fazem da nutrição oncológica uma ferramenta única e extraordinária na prevenção, modulação de sintomas e remissão da doença oncológica.

PALAVRAS CHAVE: Cancro

COMPLICAÇÕES NUTRICIONAIS E METABÓLICAS DA CIRURGIA METABÓLICA

Hipoglicemia hiperinsulinémica

Helder Esperto

CHUC

A cirurgia metabólica é um dos tratamentos mais eficazes na obesidade permitindo a redução de peso e a melhoria, ou mesmo remissão, de comorbilidades como diabetes mellitus ou hipertensão arterial. A hipoglicémia após cirurgia metabólica é mais comum após bypass gástrico em Y de Roux e manifesta-se através de sintomas autonómicos (fome, suores, tremores, palpitações, ansiedade, etc) ou glicopénicos (tonturas, fraqueza, confusão, dificuldade de concentração, visão nublada, etc). Uma hipoglicémia pode ser diagnosticada quando a tríade de Whipple está presente: hipoglicémia sintomática, glicémia baixa e resolução clínica quando a glicémia é aumentada. Os mecanismos fisiopatológicos que conduzem a hipoglicémia hiperinsulinémica (HH) ainda não estão completamente esclarecidos. Os mecanismos mais aceites são uma resposta pós-prandial exagerada de GLP-1 ou a hipertrofia das células beta pancreáticas (nesidioblastose). Deve-se manter sempre presente a possibilidade de outras etiologias como a administração de insulina, secretações como sulfonilureias e o síndrome de dumping. A suspeição de HH surge quando os doentes se queixam de sintomas compatíveis com hipoglicémia uma a três horas após a ingestão de alimentos, tipicamente rica em hidratos de carbono (HC). As hipoglicémias surgem geralmente um a três anos após a cirurgia e não existem sintomas em jejum. A documentação de hipoglicémia pós-prandial e em jejum são essenciais. Para confirmação diagnóstica podem ser usadas provas de provocação, através da prova de tolerância oral à glicose ou uma refeição rica em HC, sendo esta última mais recomendada. Se se documentar uma hipoglicémia devem ser doseados a insulina, peptídeo C e hematócrito. O tratamento da HH inicia-se com alterações da dieta: diminuição do consumo de HC, evitar alimentos com elevado índice glicémico e açúcares simples, fraccionar a dieta, não beber água durante e até 30 minutos após uma refeição, evitar o consumo de álcool, aumentar o consumo de fibras solúveis e proteína. Nos casos em que as medidas dietéticas são insuficientes deve ser prescrita terapêutica farmacológica: acarbose, verapamil, diazóxido e os análogos da somatostatina como o octreótido. Nos casos refractários a estas terapêuticas pode ser considerada cirurgia (pancreatectomia

total ou subtotal e reversão do bypass gástrico) muito embora os resultados sejam contraditórios. A alimentação entérica continua através de gastrostomia foi feita num doente com bons resultados.

PALAVRAS CHAVE: Hipoglicemia hiperinsulinémica, Obesidade, Cirurgia bariátrica, Complicações

SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO

Diagnóstico

Helder Esperto

CHUC

A Síndrome de Fragilidade (SF) caracteriza-se por um risco aumentado de dependência, hospitalização, institucionalização e morte. É causada por um declínio na reserva e função de múltiplos sistemas fisiológicos que comprometem a capacidade de responder aos agentes stressores habituais, conduzindo a um estado de maior vulnerabilidade. Apesar do seu conceito poder ser compreendido intuitivamente ainda não existe uma definição consensual. A ausência de uma definição objectiva compromete toda a acção clínica e de investigação. Sem critérios bem definidos não pode haver diagnóstico (e conseqüente tratamento), os estudos de terapêuticas e de prevenção variam mais com os critérios usados do que com as intervenções em si (tornando a sua comparação quase impossível), a consciencialização pela sociedade e decisores políticos da SF como um problema major de saúde pública é muito difícil de conseguir quando a própria comunidade científica não concorda na definição de SF! Apesar destes problemas, dois modelos têm obtido maior receptividade: o modelo de défices acumulados e o modelo fenotípico. O modelo de défices acumulados foi criado por Rockwood em 1994 e baseia-se na identificação de défices presentes numa lista com quarenta patologias (problemas de visão, audição, actividades da vida diária, percepção da saúde, continência vesical e intestinal, doenças cardiovasculares, articulares, renais, diabetes, etc). Na prática um indivíduo é classificado como tendo SF quando possui dez ou mais défices (Índice de Fragilidade = n° de défices / total de défices). O modelo fenotípico desenvolvido em 2001 por Linda Fried com base nos participantes do Cardiovascular Health Study define a existência de SF quando os indivíduos apresentam três ou mais de cinco critérios fenotípicos: perda de peso, diminuição da força de preensão palmar, sintomas depressivos, velocidade de marcha lenta e baixo consumo de energia. Estes modelos

PALESTRAS

conseguem discriminar os indivíduos com elevado risco de evolução clínica e funcional desfavorável. Apesar disso, compreende-se facilmente que nenhum tem aplicação clínica na prática diária. Por esse motivo outras ferramentas foram criadas. Destacam-se a PRISMA 7, Groningen Frailty Indicator, Get-up-and-go test e a velocidade de marcha. Embora constituam instrumentos mais fáceis de usar e de serem orientadores do risco de fragilidade apresentam valores de sensibilidade e especificidade que não permitem recomendar a generalização do seu uso. Esta apresentação pretende discutir o conceito de SF de forma a compreender as várias ferramentas disponíveis e a sua aplicabilidade na prática diária.

PALAVRAS CHAVE: Fragilidade, Diagnóstico, Idoso

SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO

Papel do exercício físico

Pedro Lopes

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

O número de indivíduos acima de 65 anos é o segmento populacional que mais cresce. Como sabemos, a perda de massa muscular, que acontece no envelhecimento, está associada a uma força muscular diminuída, redução da capacidade funcional e um risco aumentado para o desenvolvimento de doenças metabólicas crónicas. Este processo conduz à sarcopenia. A actividade física, particularmente o exercício de resistência, constitui um poderoso estímulo de promoção da síntese proteica muscular como resultado das adaptações morfológicas e metabólicas do tecido muscular esquelético. O exercício físico regular pode, se não for controlado, mimetizar situações de défice de ingestão de nutrientes, desequilíbrio metabólico e stress orgânico, geradores de danos que fazem aumentar a morbilidade e a mortalidade tendo como mecanismos principais o stress oxidativo e a inflamação. Se bem doseado o exercício físico pode levar a uma adaptação do organismo com mobilização dos sistemas de protecção e defesa contra os eventuais danos.

PALAVRAS CHAVE: Idoso, actividade física, exercício

SUPLEMENTOS NOS IDOSOS

Complexos multivitamínicos – quando e como?

Patrícia Afonso Mendes

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A desnutrição, falta de um ou mais nutrientes, é uma realidade cada vez mais frequente nos idosos. Estima-se que cerca de um terço dos idosos portugueses esteja desnutrido. Cabe aos profissionais de saúde estar alerta, prevenir e tratar este desequilíbrio nutricional. Suplementos nutricionais são produtos sintéticos que contêm um ou mais nutrientes de forma a complementar a dieta, incluindo-se nestes os multivitamínicos – suplementos dietéticos que podem conter vários complexos vitamínicos ou mesmo minerais. Criados nos anos 30, a sua larga utilização cedo se propagou pela sensação de melhoria do estado de saúde e vitalidade daqueles que os consumiam. Poucas directivas e regulamentação existem sobre o seu consumo, sendo a maioria de venda livre e de fácil acesso tanto pela ampla publicidade (inclusive televisiva), como pela sua venda em farmácias, dietéticas e grandes superfícies. Com o avançar da idade, a absorção, distribuição e metabolização dos fármacos altera-se, sendo os idosos um grupo de risco pelas alterações condicionadas pelo envelhecimento. Mais ainda, a quase ausente regulamentação sobre os multivitamínicos propicia a existência das mais diversificadas formulações, com doses de vitaminas e minerais muito díspares e, por vezes, acima do valor diário recomendado. Isto faz com que não sejam tão inócuas como são aclamadas, especialmente para os idosos com múltiplas comorbilidades. Pelas implicações éticas e pelas dificuldades de inclusão em estudos deste grupo populacional, os estudos com idosos são muito escassos, especialmente os ensaios de larga escala. Com base na evidência existente, frequentemente contraditória, os multivitamínicos estão indicados quando há défices vitamínicos ou minerais identificados. Vários estudos, com diferente impacto, foram realizados na área cardiovascular, prevenção de demência, degenerescência macular e mortalidade, apesar de ainda se necessitar investigação para se conseguir chegar a um consenso.

PALAVRAS CHAVE: Multivitamínicos, Demência, Degenerescência macular, Idoso

Comunicações Orais

dia 11 e 12 de abril



CO.01

Ileostomia temporária – Um caso Clínico

Ana Lima¹, Francisca de Castro Mendes², Isabel Gomes¹, Vera Bessa¹

1 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

2 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa// CINTESIS

Área de base de Estudo: Ileostomia

INTRODUÇÃO: Ileostomia consiste na exteorização do íleo para o meio externo através da parede abdominal. História Clínica: Doente do sexo feminino de 65 anos com antecedentes de correção cirúrgica de hérnia recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de ventre agudo. Foi submetida a laparotomia urgente, por peritonite generalizada e perfuração do delgado. Ficou com ileostomia. Realizados 3 pedidos de colaboração à Unidade de Nutrição. Intervenção Alimentar e Nutricional: Inicialmente a doente seguia uma dieta obstipante do Manual de dietas do Hospital. Estava prescrito o suplemento nutricional da dieta completa modificada com reforço calórico 2 vezes/dia. Prescreveu-se uma dieta personalizada. O débito reduziu de 2500cc para 1300cc. Três dias mais tarde, ajustou-se a dieta personalizada e suspendemos o suplemento nutricional. O débito baixou e manteve-se entre 500-1000cc. Na 3ª abordagem acrescentamos ao plano alimentar a dieta semi-elementar em pó – via entérica (25g/100mL de água/dia). Discussão de resultados: Durante o internamento foi difícil o controlo do débito da ileostomia. A doente teve infeção e deiscência da ferida operatória, controlada por um tratamento médico. Controlada a sepsis, encerramento ileostomia. É característico que o débito atinja um valor entre 600 a 700 mL/dia após 1-2 semanas, o que não se verificou. Consideramos que no período em que foi realizado o pedido de colaboração, a atenção com a consistência da dieta, a escolha dos alimentos ricos em fibra solúveis e insolúveis, a adequação da dieta às necessidades calórico-proteicas bem como a conjugação dos alimentos foi a chave na recuperação da doente. Conclusão: A avaliação nutricional e o acompanhamento dos pacientes por um nutricionista é de suma importância na promoção de uma recuperação cirúrgica eficiente. Neste caso consideramos que teria sido mais vantajoso a intervenção ter sido mais precoce. A alimentação adequada neste período contribui para a cicatrização do estoma e funcionamento correto do intestino.

PALAVRAS CHAVE: ileostomia, débito, intervenção nutricional, fibras.

CO.02

Avaliação da ingestão e do estado nutricional em adultos com Leucemias Agudas: estudo caso-controlo

Ana Raquel Mano Coelho¹, Helena Cortez-Pinto², Marta Eusébio¹, Patrícia Almeida Nunes¹, Patrícia Almeida Nunes¹

1 - Hospital de Santa Maria/Serviço de Dietética e Nutrição

2 - Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa

Área de base de Estudo: Oncologia

INTRODUÇÃO: Existem poucos estudos a avaliar a ingestão alimentar em adultos com leucemias agudas. Este estudo teve como objetivo avaliar se os pacientes com leucemia aguda, antes de iniciarem a indução da quimioterapia, tinham um padrão alimentar específico e comparar com dados representativos de indivíduos em remissão. Material e Métodos: Foi utilizado o questionário - Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) e recolhidos os pesos, antecedente ao tratamento e no final da indução da quimioterapia, a 25 pacientes. A história alimentar foi avaliada usando o questionário de frequência alimentar semi-quantitativo, analisada com o Food Processor Plus® e comparada, posteriormente, com 32 indivíduos em remissão. Resultados: A pontuação obtida pelo PG-SGA foi de 9,2, P<0,001. A percentagem de perda de peso nos 6 meses antecedente à entrevista, no grupo caso foi em média 4,9%, P<0,001. Verificámos maior de falta de apetite P <0,001, de náuseas P<0,05 e saciedade precoce P<0,05, no grupo caso. Comparando a história alimentar com o grupo controlo, observámos que estes tinham menor ingestão calórica (2911 vs 3604 Kcal), de açúcares simples (56,2 g vs 141,7 g), gordura total (128,7 g vs 161,0 g), colesterol (368,1 vs. 773,5), gordura saturada (36,9 vs 49,8), vitamina B12 (10,5 vs.15,4), P<0,05 e de cálcio (1200,3 vs 1699,9, p<0,001). Contrariamente, houve maior ingestão de vitamina A (985,7 vs 970,8), B2 (2,9±4,3vs 2,9±0,9) e D (3,9±6,6 vs 3,9±2,2) , P<0,05. Discussão e Conclusão: Os pacientes com leucemia aguda apresentam um padrão nutricional rico em vitaminas A, B2 e D. Para uma maior robustez, é necessária a realização de estudos que acompanhem os doentes até finalizarem a indução da quimioterapia.

PALAVRAS CHAVE: Estado nutricional, ingestão alimentar, leucemias agudas, nutrientes.

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO.03

Estado nutricional e terapêutica utilizada nas grávidas com diabetes gestacional- a sua influência no peso ao nascer e tipo de parto

Ana Rita Silva¹, Cristina Valadas¹, Luís Pedro¹, Njila Amaral¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo

Área de base de Estudo: Estado Nutricional

INTRODUÇÃO: A diabetes gestacional está associada a várias complicações obstétricas, como macrossomia fetal, que é um fator de risco para o desenvolvimento de obesidade infantil, o parto por cesariana, e a persistência da diabetes após o parto. Objetivos: Comparar a terapêutica das grávidas com diabetes gestacional e os resultados maternos e fetais, de acordo com o seu ganho ponderal. Material e Métodos: Recolha na base de dados nacional de diabetes gestacional do Hospital Beatriz Ângelo, durante o ano de 2012 a 2015. Foi realizado um estudo epidemiológico, analítico, observacional e transversal, com uma amostra de 329 grávidas com diabetes gestacional e respetivos RNs. Foram recolhidos dados clínicos e outras informações relativas à gravidez e parto. Resultados: Após análise dos resultados verificou-se que 29,4% das grávidas apresentaram um ganho ponderal excessivo e 33,5% tiveram um ganho ponderal adequado. No HBA 71% das grávidas acompanhadas controlaram a diabetes apenas com dietoterapia, sem recurso a medicação. Constatou-se que a maioria das grávidas com ganho ponderal excessivo apresentava excesso de peso/obesidade antes de engravidar (82,9% vs 57% p=0,00); no entanto, verificou-se também que 32% das grávidas acompanhadas com excesso peso/obesidade antes de engravidar conseguiram ter um ganho ponderal adequado. O ganho ponderal excessivo associou-se também a maiores taxas de partos por cesariana (44% vs 32% p=0,05), e a um maior número de recém-nascidos macrossómicos (9,8% vs 1,7%, p=0,015). Em relação aos partos pré-termo estes foram também em maior número nas grávidas com ganho ponderal excessivo (6,9% vs 4,2%; p=0,45). Relativamente à terapêutica, a maioria das grávidas que apresentaram um ganho ponderal adequado controlaram a DG apenas com dietoterapia (82% vs 64,3%; p=0,14). Após o parto 4% das grávidas com DG ficaram com DM tipo 2. Conclusão: Podemos concluir que existe uma relação entre o estado nutricional antes e durante a gravidez com o desenvolvimento de DG e outras características obstétricas. O acompanhamento nutricional favorece a diminuição de riscos durante e após a gestação. É por isso importante, investir no acompanhamento nutricional das grávidas com DG, já que desta forma contribuímos para melhores resultados obstétricos e promovemos estilos de vida saudáveis.

PALAVRAS CHAVE: Diabetes Gestacional, Gravidez, Peso ao nascer, Nutrição.

CO.04

NUTRIC score – avaliação risco nutricional em doentes críticos

Daniel Virella¹, Marta Alves¹, Philip Fortuna², Rosa Mendes², Sara Policarpo³

1 - Centro Investigação, CHLC, Lisboa

2 - Unidade Emergência Médica, CHLC - Hospital S. José - Lisboa

3 - Serviço de Dietética e Nutrição, CLN - Hospital Santa Maria - Lisboa

Área de base de Estudo: Risco Nutricional

INTRODUÇÃO: Nem todos os doentes admitidos em unidades de cuidados intensivos (UCI) apresentam risco nutricional idêntico. Na admissão à UCI, a utilização de uma ferramenta desenvolvida especificamente para o doente crítico pode ajudar a identificar quais os doentes de risco nutricional e que poderiam beneficiar de um suporte nutricional mais atempado. O objectivo foi caracterizar o risco nutricional do doente crítico internado em UCI com o NUTRIC score modificado (sem IL-6). Metodologia: Estudo multicêntrico, observacional, não randomizado e prospectivo, conduzido durante 6 meses. Foram incluídos doentes com idade superior a 18 anos admitidos em 15 UCI portuguesas. Excluíram-se doentes em morte cerebral, transferidos de outra UCI, com uma duração de internamento na UCI inferior a 72 horas e sem ventilação mecânica. A versão modificada do NUTRIC score foi aplicada com os dados das primeiras 24h de internamento. A pontuação desta versão do NUTRIC varia entre 0-9, sendo um score ≥ 5 considerado de elevado risco nutricional. Os principais outcomes em estudo foram a duração de internamento, número de dias sem ventilação mecânica (VM) e a mortalidade aos 28 dias. Resultados: Foram consideradas 1151 admissões. A mediana (P25-P75) de idade na admissão foi de 64 (51-75) anos, com um predomínio do género masculino (n=744, 64,7%). Os valores médios (dp) de APACHE e SOFA na admissão foram de 20,4 (8,2) e 7,5 (3,9), respectivamente. Os diagnósticos principais de admissão foram respiratório (n=264, 23,0%), sépsis (n=231, 20,1%) e trauma (n=167, 14,5%). Cerca de 1/3 dos doentes (n=397, 34,5%) apresentavam duas ou mais comorbilidades. Neste grupo, 48,5% (n=558) dos doentes apresentava elevado risco nutricional. A mediana de dias sem VM foi de 6 (2-12) dias e a duração de internamento foi de 9 (5-15) dias. A mortalidade aos 28 dias foi de 21,7% (n=245/1128). NUTRIC score elevado associou-se a maior DI (p<0.001) e menor número de dias sem VM (p<0.001) e a maior mortalidade aos 28 dias (p<0.001). Conclusões: Um elevado risco nutricional está presente em cerca de metade dos doentes admitidos em UCI em Portugal. A avaliação do risco nutricional com NUTRIC score correlaciona-se com os maiores outcomes clínicos.

PALAVRAS CHAVE: Risco nutricional, UCI, mortalidade.

CO.05

Risco Nutricional do doentes submetido a cirurgia

João Duarte¹, Maria Conceição Martins¹

1 - ESSV

Área de base de Estudo: Risco Nutricional

INTRODUÇÃO: A desnutrição é um estado de alteração funcional que resulta da diferença entre o aporte de energia e nutrientes essenciais aos tecidos e as reais necessidades biológicas desses mesmos tecidos. O rastreio do risco nutricional é recomendado por diversas organizações internacionais, no entanto este continua subvalorizado. O objetivo deste trabalho é perceber o risco nutricional do doente submetido a cirurgia, de forma a implementar medidas que minimizem o impacto do internamento nestes doentes. Método: Para isto optou-se por um estudo quantitativo, longitudinal e analítico-correlacional, com aplicação de um questionário, com questões que caracterizam a nossa amostra a nível sociodemográfico e com questões clínicas. Para a avaliação do risco nutricional foi utilizado o protocolo de rastreio nutricional MUST. Amostra: O questionário foi aplicado a 60 doentes submetidos a cirurgias esofágicas, gástricas, intestinais e hepatobiliares, durante o período de 1 janeiro a 30 abril de 2015, nos serviços de cirurgia do Centro hospitalar Tondela-Viseu. Resultados: Verificou-se que 63,3% dos doentes apresentam alto risco nutricional na data da alta, com agravamento do IMC de 26,52 para 25,36. A maioria destes doentes, cerca de 52,6%, foi submetida a uma cirurgia intestinal. Conclusão: A avaliação do risco nutricional não é um parâmetro avaliado de forma sistemática nos serviços de cirurgia. O tamanho da nossa amostra causa constrangimentos nas conclusões que poderão ser retiradas, no entanto pensamos poder contribuir para o despertar mais uma vez desta problemática, para que a avaliação do risco nutricional passe a fazer parte da admissão dos doentes cirúrgicos de uma forma sistemática no momento de admissão.

PALAVRAS CHAVE: Risco nutricional, doente cirúrgico; protocolo rastreio nutricional.

CO.06

Terapia Nutricional na cicatrização do doente Grande Queimado. Um olhar da “Cirurgia Plástica”

Águeda Sena Carvalho, AH CPRE¹

1 - CHTMAD

Área de base de Estudo: Cirurgia Plástica

INTRODUÇÃO: Pacientes grandes queimados, com elevado dispêndio energético ou anorexia, requerem normalmente alimentação por sonda. A Nutrição Entérica a preferida no suporte nutricional, mantém o trofismo tubo gastrointestinal e estimula a libertação hormonas tróficas gastrointestinais. A Nutrição Parentérica necessária na fase cirúrgica de excisão precoce e enxerto, se inviabilidade trato gastrointestinal ou suplemento entérico pré cirúrgica. Aumento das reservas proteicas, responde ao hipermetabolismo proteico, neoglicogênese e cicatrização. Depleção proteica (macronutrientes), prolonga fase inflamatória, inibe proliferação fibroblástica, diminui síntese e deposição colágeno e proteoglicanos, reduz força tênsil ferida, aumenta taxa infecção ferida, inibe angiogênese e remodelação tecidual, afetando todas as fases da cicatrização. Os micronutrientes, Vit A (retinoides), cuja carência retarda reepitelização feridas, prejudica síntese colágeno e função imunológica; Vit C (ácido ascórbico) regula síntese colágeno pelos fibroblastos dérmicos humanos, estimula proliferação celular independente idade doente; Vit E (tocoferóis), previne oxidar membranas; acelera cicatrização. Objectivo: Prover necessidades energético-proteicas nas fases hipermetabólicas; Fornecer nutrientes específicos na sustentação do sistema fisiológico, na massa magra doente e cicatrização lesões. Métodos: Investigar a terapia nutricional mais indicada em relação à via nutricional nas queimaduras, em revisão bibliográfica, verificando-se nutrientes envolvidos na viabilidade da sua recuperação e cicatrização. Resultados: Publicações evidenciam participação dos antioxidantes e imunomoduladores como a glutamina (evita translocação bacteriana e sépsis), arginina, ômega-3, vitaminas A, C, E, zinco e selênio, na recuperação trauma, reduzindo tempo cicatrização ferida, fortalecendo sistema imunológico. Discussão: Importância da terapia nutricional na multidisciplinaridade do tratamento combinado médico-cirúrgico, e papel decisivo da cirurgia plástica no sucesso grande queimado. Conclusão: Apesar de melhorias nutricionais em estudos, com nutrientes quantitativamente eficazes, terapia nutricional mantém-se inconclusiva, relativo doses específicas e propícias nestes doentes.

PALAVRAS-CHAVE: Nutrição, Grande Queimado, Nutrientes, Cicatrização.

CO.07

Estado nutricional e a intervenção nutricional em doentes oncológicos

Ana Calado¹, Ana Pinto², Anabela Segurado², Andreia Domingues², Eduardo Fernandes², Graça Monforte², Mariana Brito², Nuno Marques², Paula Chambel²

1 - Hospital das Forças Armadas - Polo de Lisboa

2 - HFAR

Área de base de Estudo: Oncologia

INTRODUÇÃO: O cancro é um dos mais graves problemas de Saúde Pública, dada a sua elevada e crescente prevalência a nível mundial, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade e responsável pela diminuição significativa da qualidade de vida. A incidência da desnutrição em pacientes oncológicos varia de 40% a 80% e a sua prevalência depende do tipo e localização do tumor, do estadió da doença e do tratamento utilizado. É considerada uma das consequências associadas à existência de cancro e pode provocar um risco acrescido de complicações da doença, originar uma diminuição da resposta e tolerância aos tratamentos realizados, reduzir a qualidade de vida dos pacientes, levando a um aumento do tempo de internamento, da própria mortalidade e, consequentemente, de custos acrescidos para os estabelecimentos hospitalares. Realizou-se um estudo transversal e observacional, a doentes adultos oncológicos do HFAR – Polo de Lisboa, com o objetivo de avaliar o estado nutricional dos doentes deste polo hospitalar. Este rastreio nutricional foi realizado durante dois meses, tanto a doentes seguidos em ambulatório (Consulta de Oncologia e Hospital de Dia) como no internamento, para Cirurgia, tratamento de Quimioterapia (QT) ou Radioterapia (RT), ou sem tratamento, na altura da avaliação. Não foram incluídos doentes oncológicos com menos de 18 anos; em remissão clínica; e doentes acamados, sem mobilidade. A ferramenta de avaliação do estado nutricional utilizada foi o Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) (Aplicação da Avaliação Global Subjetiva – Gerada pelo Doente) adaptada e validada para os doentes oncológicos. Ao longo de dois meses, de Abril a Junho de 2015, participaram neste estudo, 40 doentes oncológicos, dos quais 87,5% do género masculino e 12,5% de género feminino, com diversos tipos de tumores, maioritariamente do cólon e pulmão. Relativamente aos resultados obtidos da ferramenta de avaliação do estado nutricional, PG-SGA, a maioria dos doentes (62,5%) foi classificada em malnutrição moderada ou suspeita de malnutrição (Classe B); 27,5% em bem nutrido (Classe A) e os restantes 10% em malnutrição severa (Classe C).

PALAVRAS-CHAVE: Cancro, pg-sga, estado nutricional, desnutrição.

CO.08

Caracterização da abordagem nutricional em doentes com cancro da cabeça e pescoço, admitidos no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E., em 2015.

Laura Ribeiro¹, Vânia Gomes¹

1 - IPO - Porto

Área de base de Estudo: Enfermagem

INTRODUÇÃO: O cancro da cabeça e pescoço tem impacto significativo no estado nutricional e funcional dos doentes e consequentemente na sua qualidade de vida. Este estudo pretende caracterizar a intervenção nutricional efetuada em doentes com esta patologia, admitidos no Serviço de Cuidados Paliativos(SCP) do Instituto Português de Oncologia do Porto, em 2015. Metodologia: Estudo retrospectivo, com base nos dados recolhidos do processo clínico dos doentes, analisados através do SPSS®18. Resultados/Discussão: Dos 272 doentes admitidos, 23(8,5%) apresentavam diagnóstico de cancro da cabeça e pescoço. Destes,81,5% eram do sexo masculino, sendo a média de idades 56±10,3anos. A maioria(60,9%) apresentava antecedentes de tabagismo e etilismo, dois fatores de risco com implicações nutricionais importantes. No diagnóstico,56,5% dos doentes foram classificados como normoponderais, 17,4% apresentavam baixo peso e 26,1% sobrepeso. A maioria dos doentes(61%) recebeu tratamento multimodal (Quimioterapia+Cirurgia+Rad ioterapia) e 96% foram observados pelo Serviço de Nutrição e Alimentação no decurso da doença, sendo a intervenção mais comum a suplementação nutricional(72%). No entanto,92,6% dos doentes registaram perda ponderal, com valores médios de 17±8%. Na admissão no SCP,78,2% dos doentes apresentava baixo nível de capacidade funcional (ECOG 3-4). Os principais sintomas apresentados, com impacto na alimentação, foram disfagia(44,4%), odinofagia(18,5%) e anorexia(18,5%). No SCP efetuaram-se 70 abordagens alimentares/nutricionais, sendo as mais comuns o ajuste de dieta(68,8%) e suplementação nutricional(25%). Apenas 2 doentes necessitaram de nutrição parentérica, 48,5% alimentava-se por via oral e 39,1% através de gastrostomia. Conclusão: Na terapêutica oncológica paliativa, a intervenção nutricional centra-se em controlar sintomas, minimizar o desconforto e problemas relacionados com a alimentação e maximizar o prazer a ela associado, melhorando desta forma a qualidade de vida dos doentes. A identificação precoce de problemas alimentares/nutricionais poderá facilitar a implementação de estratégias direcionadas e eficazes, sendo importante estudos deste tipo que permitam caraterizar as necessidades destes doentes

PALAVRAS-CHAVE: Doença oncológica cabeça-pescoço, cuidados paliativos, nutrição.

CO.09

Correlação entre os métodos de estimativa de peso e altura numa população de doentes hospitalizados portugueses

Duarte Torres¹, Nuno Borges¹

1 - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação - Universidade do Porto

Área de base de Estudo: Avaliação Nutricional

INTRODUÇÃO: O estado nutricional de doentes hospitalizados interfere diretamente em sua evolução clínica. A avaliação nutricional e o monitoramento do estado nutricional destes doentes é fundamental para o planeamento e conduta dietoterápica. No entanto, aferir diretamente o peso corporal e altura nem sempre é possível em doentes acamados. O uso de fórmulas para estimar o peso e altura torna-se alternativa para fornecer estes dados de modo indireto. Este estudo teve como objetivo comparar os resultados de peso e altura estimados com as medidas antropométricas aferidas em pacientes hospitalizados. Realizou-se um estudo transversal entre junho e agosto de 2015 com doentes hospitalizados no serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar São João. Foram analisados dados sócio-demográficos, diagnóstico pelo índice de massa corporal e correlação entre as medidas de peso e altura aferidos e estimados através das fórmulas preditivas (Chumlea 1988,1994, Rabito, 2006 e WHO, 1999). A amostra foi composta de 102 indivíduos (53 sexo feminino) com idade média de 59,6±14,1 anos e dos quais 38,3% tinham diagnóstico de sobrepeso, segundo IMC. Globalmente, verificou-se uma correlação positiva entre os métodos antropométricos diretos e indiretos (forte para peso estimado por Chumlea e altura estimada por Chumlea e Rabito e moderada para peso estimado por Rabito II e III), no entanto observaram-se diferenças estatísticas significativas quando se recorreu ao teste t-Student para amostras pareadas quando comparadas as diferenças entre as médias do peso aferido e estimado por Rabito III e as médias da altura aferida e estimada por Rabito e OMS. Os resultados indicam a robustez da estimativa da altura recorrendo à fórmula de Chumlea e a necessidade de novas estimativas específicas para o peso para a população estudada, visto que se trata de um forte indicador para avaliação, monitorização e recuperação do estado nutricional do utente.

PALAVRAS-CHAVE: Fórmulas de estimativa, Avaliação nutricional, doentes hospitalizados.

CO.10

Vitamin D deficiency and associated factors among Portuguese older adults – preliminary data from Nutrition UP 65

Alejandro Santos¹, Ana S. Sousa¹, Cátia Martins², Cláudia Afonso¹, Graça Ferro³, Luísa Álvares⁴, Nuno Borges¹, Patrícia Padrão³, Pedro Moreira¹, Teresa F. Amaral¹

1 - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto¹⁰ *

2 - Departamento para a Pesquisa do Cancro e Medicina Molecular, Universidade Norueguesa de Ciência e Tecnologia

3 - Serviço de Nutrição e Alimentação, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.

4 - FNAUP

5 - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto / EPIUnit – Institute of Public Health, University of Porto

Área de base de Estudo: Estado nutricional

INTRODUCTION: Background and aims: Recent studies show that vitamin D deficiency is a common problem among older adults. Data from European individuals report a prevalence of vitamin D deficiency up to 40%. However, data regarding Portuguese community dwelling elderly or living in care homes is lacking. This study aimed to identify vitamin D status and factors associated with vitamin D deficiency among a sample of Portuguese older adults within the Nutrition UP 65 study. Methods: A cluster sampling approach was used, representing Portuguese older adults according to age, sex, education level and regional area (NUTS). A cross sectional study was conducted. Vitamin D status was assessed by dosing 25(OH) D (calcidiol) serum levels and classified as normal (≥ 30 ng/mL), insufficient (20-29.9 ng/mL) or deficient (<20 ng/mL). A multivariable logistic regression model was conducted to identify factors associated with vitamin D deficiency and Odds Ratios (OR) and 95% Confidence Intervals (CI) were calculated. Results: From a sample size of 1500 participants, preliminary data from 361 older adults are available, 72.6% women, aged ≥ 65 years (39.6% aged ≥ 80 years). Frequency of vitamin D deficiency and insufficiency was 69.8% and 19.4%, respectively. After adjusting for potential confounders, factors associated with vitamin D deficiency were obesity, i.e., BMI ≥ 30.0 kg/m², (OR=2.88, 95% CI: 1.41-5.88) and low gait speed (OR=1.85, 95% CI: 1.05-3.26). Besides, taking nutrient supplements decreased the odds of presenting vitamin D deficiency by 73% (OR= 0.27, 95% CI: 0.13-0.58). Conclusion: Vitamin D deficiency affects more than two thirds of this sample of Portuguese older adults. Being obese and presenting low gait speed are factors associated with vitamin D deficiency among this age group.

PALAVRAS-CHAVE: Elderly, nutritional status, vitamin D.

CO.11

Benefícios nutricionais nos sumos detox: sim ou não?

Ana Valente¹, Helena S. Costa², Inês Carvalho Santos³, Tânia Gonçalves Albuquerque¹

1 - Centro de Estudos Sociedade, Organizações e Bem-Estar, Universidade New Atlântica/Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

2 - Unidade de Investigação e Desenvolvimento, Departamento de Alimentação e Nutrição, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P./REQUIMTE-LAQV/Faculdade de Farmácia da Univ do Porto

3 - UNA

Área de base de Estudo: Nutrição

INTRODUÇÃO: Os sumos detox, cuja composição mais elementar se baseia na junção de vegetais e frutas, são uma tendência da actualidade com alegados benefícios para a saúde. São referenciados como uma forma simples de consumir as quantidades diárias recomendadas de legumes e frutas, uma boa forma de eliminar as toxinas do organismo, ou mesmo, uma forma simples de perda de peso. O objetivo deste trabalho foi efetuar o cálculo do valor nutricional de diferentes receitas de sumos detox e a comparação com as doses diárias de referência de macro- e micronutrientes. **Materiais e métodos:** Com base na informação disponível nas bases de dados de composição de alimentos, efetuou-se o cálculo do valor nutricional de dez receitas de sumos detox. Posteriormente, avaliou-se o contributo nutricional destes sumos usando as doses de referência definidas no Regulamento (UE) N.º 1169/2011. **Resultados e discussão:** O valor energético das receitas em análise variou entre 79 e 337 kcal. Na sua maioria, os sumos apresentaram um teor relativamente baixo de proteínas e lípidos. No que se refere aos micronutrientes, verificou-se que apesar destes sumos serem maioritariamente compostos por vegetais e frutas, a sua utilização como substituto de refeição pode ser insuficiente para o aporte adequado de alguns micronutrientes. No entanto, 50% dos sumos em análise, se consumidos uma vez por dia, permitem satisfazer as necessidades diárias de vitamina C. **Conclusões:** Embora o consumo de sumos detox tenha crescido exponencialmente nos últimos anos, as evidências científicas que comprovam os seus benefícios do ponto de vista nutricional são muito limitadas e controversas. De acordo com os resultados obtidos, considera-se que os sumos detox não devem ser utilizados como substitutos exclusivos de um plano alimentar. De futuro pretende-se dar continuidade ao trabalho analisando um maior número de receitas. **Agradecimentos:** Tânia Gonçalves Albuquerque agradece a Bolsa de Doutoramento (SFRH/BD/99718/2014) financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), Fundo Social Europeu (FSE) e Ministério da Educação e Ciência (MEC).

PALAVRAS-CHAVE: Sumos detox, macronutrientes, vitaminas, minerais, doses de referência.

CO.12

Avaliação do risco nutricional e caracterização do estado nutricional de crianças internadas num serviço de pediatria

Clara Matos¹, Cristina Cândido¹, Cristina Costa¹, Eurico Gaspar¹

1 - CHTMAD

Área de base de Estudo: Pediatria

INTRODUÇÃO: Crianças admitidas no hospital têm um elevado risco de desenvolver desnutrição, sobretudo as com doença subjacente. O rastreio do risco nutricional é essencial para prevenir a desnutrição, pois deteta-se precocemente um estado de saúde debilitado e realiza-se uma intervenção nutricional adequada. **Objetivo** Avaliar o risco nutricional e caracterizar a avaliação nutricional das crianças. **Material/ Métodos** Realizou-se um estudo transversal nas primeiras 24-48h úteis após a admissão no Serviço de Pediatria, de 25/05 a 23/06/2015. Aplicou-se a ferramenta STRONGkids, recolheu-se o peso, altura e índice de massa corporal (IMC) e comparou-se com as curvas da Organização Mundial de Saúde. Os dados foram analisados com SPSS 21.0. **Resultados/Discussão** Avaliou-se 63 doentes, com média de idades 8,3±5,3 anos e mediana do tempo de internamento de 3 dias. Através do STRONGkids, 58,7% das crianças tinham um risco médio e 3,2% um elevado risco de desnutrição. Porém, segundo a antropometria, apenas 7,7% estavam desnutridas. Resultados idênticos foram observados, concluindo-se que a avaliação do estado nutricional não elimina a hipótese do doente ter algum risco. Observou-se piores z-scores de peso-para-estatura ($p=0,325$) e IMC ($p=0,016$) no grupo de médio/alto (M/A) risco de desnutrição, o que vai de encontro aos resultados obtidos. O z-score da estatura-para-idade (E/I) foi menor no grupo de baixo risco ($p=0,351$) e a mediana do tempo de internamento igual (3 dias; $p=0,145$), não sendo concordante com a literatura, pois um elevado risco de desnutrição está associada a pior z-score de E/I e a um internamento mais longo. Crianças com doença subjacente apresentaram um M/A risco (12,8%), logo o estado nutricional destas deve receber uma atenção especial na admissão. Doenças infecciosas foram responsáveis pela admissão de 41% dos doentes com M/A risco ($p=0,017$). 65,1% dos doentes eram eutróficos, 33,3% tinham excesso de peso/obesidade e 1,6% magreza. **Conclusão** O estado nutricional nem sempre se correlaciona com o risco e, na admissão hospitalar, este pode não estar afetado mesmo existindo elevado risco de desnutrição. Assim, o rastreio é crucial para a vigilância do estado nutricional em doentes com risco de desnutrição.

PALAVRAS-CHAVE: Crianças, Desnutrição, STRONGkids, Estado Nutricional, Antropometria.

CO.13

Comparação do estado nutricional entre pessoas idosas em ambiente hospitalar e comunidade

Bruno Marques¹, Elisabete Carolino¹, Helder Pinto¹, Lino Mendes¹, Marisa Cebola¹

¹ - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Área de base de Estudo: Gerontologia

INTRODUÇÃO: Do ponto de vista nutricional, a população idosa é considerada vulnerável, pelo processo de senescência, que a coloca em elevado risco de morbilidade e mortalidade. Vários artigos científicos indicam a existência de elevada prevalência de malnutrição nos idosos em comunidade e em hospital. **Objetivo:** Comparar o estado nutricional dos idosos de um hospital central da grande Lisboa com os de um centro de dia na área da grande Lisboa. **Material e Métodos:** Para avaliação e caracterização do estado nutricional, recorreu-se à aplicação do Mini Nutritional Assessment (MNA®), Índice de Massa Corporal (IMC), Perímetro Braquial e Proteína C-Reativa (PCR). Com base nas questões do MNA®, procedeu-se à avaliação da ingestão alimentar e hídrica. **Resultados:** Foram avaliados 99 idosos (57,6% em hospital e 42,4% em comunidade). Verificou-se maior nível de inflamação em hospital, sendo que 71,4% das pessoas idosas apresentavam valores elevados de PCR. Verificou-se que no hospital a ingestão era inferior para: número de refeições (15% menos), porções de fruta e hortícolas (10,5% menos), aporte proteico (33,4% menos) e aporte hídrico (44,3% menos). Em hospital, o IMC indicou que 26,7% dos idosos apresentavam desnutrição enquanto que em comunidade o valor era de 20%. Através da Área Muscular Braquial (AMB), 43,9% apresentava uma forma de desnutrição em hospital e 45% em comunidade. Através do MNA®, verificou-se que 63,1% dos doentes estavam desnutridos ou em risco de desnutrição em hospital e 62% em comunidade. **Discussão:** Em hospital, os idosos encontram-se frequentemente em situações agudas, o que pode propiciar a sensação de anorexia, refletindo menor ingestão alimentar e hídrica. Em ambos os ambientes, o IMC foi menos sensível na identificação de desnutrição face à AMB e ao MNA®, o que pode dever-se às limitações que este acarreta ao nível de diferenciação de compartimentos da composição corporal. **Conclusão:** Na globalidade a população idosa que revela pior estado nutricional encontra-se em hospital. Os resultados obtidos sugerem a necessidade de avaliar regularmente o estado nutricional de modo a que o profissional de nutrição possa intervir, diminuindo o risco de complicações independentemente do local onde o idoso esteja inserido.

PALAVRAS-CHAVE: Estado nutricional, idoso, hospital, comunidade, MNA.

CO.14

Importância da Intervenção Nutricional no Cancro

Ana Calado

1 - HFAR

Área de base de Estudo: Oncologia

INTRODUÇÃO: O cancro é um dos mais graves problemas de Saúde Pública, dada a sua elevada e crescente prevalência a nível mundial, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade e responsável pela diminuição significativa da qualidade de vida. Relativamente a Portugal, em 2012 cerca de 27 200 pessoas morreram com cancro. Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 1/3 das mortes por cancro são atribuídas a maus hábitos alimentares e à falta de atividade física. Com a melhoria dos hábitos alimentares e a prática de atividade física poder-se-ia evitar mais de 30% dos cancros rastreados. Assim, com a crescente prevalência existente, torna-se essencial uma adequada intervenção nutricional, tanto no que respeita à prevenção, como no tratamento do cancro. A nutrição desempenha um papel fundamental no cancro, podendo reduzir as complicações no tratamento e contribuir para o bem-estar do doente. Vários estudos referem que uma intervenção nutricional individualizada pode melhorar o estado nutricional, reduzir os efeitos secundários dos vários tipos de tratamento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Aplicou-se um inquérito piloto, não validado, a doentes adultos oncológicos de um hospital de Lisboa, com o objectivo de avaliar a importância atribuída ao papel da nutrição no tratamento e/ou prevenção do cancro. Este inquérito foi realizado durante dois meses, tanto a doentes seguidos em ambulatório (Consulta de Oncologia e Hospital de Dia) como no internamento, para Cirurgia, tratamento de Quimioterapia ou Radioterapia, ou sem tratamento, na altura da avaliação. Ao longo de 2 meses, de Abril a Junho de 2015, inquiriu-se 40 doentes oncológicos com diversos tipos de tumores malignos, maioritariamente do cólon e pulmão. Ao serem inquiridos sobre a importância da alimentação na prevenção/tratamento do cancro, 57,5% considerou ser muito importante, 40% importante e apenas 2,5% pouco importante. Estes estudos, a par da motivação dos doentes inquiridos nas questões da nutrição e alimentação, evidenciam a importância que a intervenção nutricional pode ter na melhoria da qualidade de vida dos doentes oncológicos, tanto em ambulatório como internamento.

PALAVRAS-CHAVE: Cancro, intervenção nutricional, doentes oncológicos, apoio nutricional.

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO.15

Estado nutricional e duração do internamento em doentes oncológicos

Elsa Madureira¹, Joana Santana¹, Luciana Teixeira¹

1 - Centro Hospitalar de São João

Área de base de Estudo: Oncologia

INTRODUÇÃO: A prevalência de desnutrição em doentes oncológicos é muito elevada (entre 40 a 80%) e está associada a uma diminuição da qualidade de vida. O tempo de internamento (TI) é um indicador de bem-estar dos doentes e de eficiência dos serviços de saúde. O estado nutricional (EN) destes doentes parece ter impacto na duração do internamento. Objetivo: Avaliar o risco e o EN dos doentes oncológicos internados no Centro Hospitalar São João (CHSJ) no momento da admissão e avaliar de que forma o EN influencia o TI. Métodos: Foram aplicados o NRS-2002 e o PG-SGA nas primeiras 72h do internamento e recolhidos parâmetros bioquímicos (albumina) e antropométricos (peso, estatura, cálculo do IMC e da percentagem de perda de peso (%PP)). Foram considerados desnutridos os doentes com NRS 2002 ≥ 3 , PG-SGA B ou C, IMC $< 18,5\text{kg/m}^2$, albumina $< 35\text{mg/L}$ e %PP $> 5\%$ em 1 mês, $> 7,5\%$ em 3 meses ou $> 10\%$ em 6 meses. Resultados: A amostra foi constituída por 77 doentes oncológicos, com idade média de 62,6 anos, 52,3% homens e 68,4% com doença avançada. Destes, estavam em risco nutricional, 41,6%, segundo o NRS-2002; 66,2%, segundo o PG-SGA; 20,8%, 18,2% e 17,1% segundo a perda de peso em 1, 3 e 6 meses; e 47,4% de acordo com o valor sérico de albumina. A mediana de TI foi de 8 dias. O EN afeta, de forma significativa, o TI quando avaliado através do NRS-2002, do PG-SGA, da albumina sérica e da %PP em 3 e 6 meses. Assim, doentes com risco nutricional tiveram internamentos mais prolongados, 44%, 50%, 64%, 80% e 131% face aos que estavam bem nutridos, quando avaliados pela %PP em 3 meses, NRS-2002, PG-SGA, %PP em 6 meses e albumina, respetivamente. O TI correlaciona-se de forma positiva com a cotação e categoria do PG-SGA e com a cotação do NRS-2002 e de forma negativa com o IMC, %PP em 6 meses, albumina, e linfócitos. Quando se analisa o PG-SGA por caixas, apenas se encontra correlação significativa entre o TI e a caixa relativa ao exame físico. Conclusão: A maioria dos doentes oncológicos encontrava-se em risco ou com desnutrição aquando da admissão no internamento. Aqueles que tinham um pior estado nutricional tiveram um TI mais longo, independentemente do método de avaliação do estado nutricional utilizado.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição, PG-SGA, NRS-2002, Cancro, tempo de internamento.

CO.16

Relevância de um programa comunitário em meio hospitalar no tratamento do excesso de peso e obesidade: Perspetiva antropométrica

Tatiana Fernandes¹ Temudo Barata¹

1 - CHCB

Área de base de Estudo: Obesidade

INTRODUÇÃO: A evolução crescente da prevalência da obesidade em Portugal e no Mundo é notável. O tratamento da obesidade baseado em dieta e atividade física é considerado um padrão efetivo na melhoria do perfil de risco do indivíduo obeso. No entanto, observam-se elevadas taxas de desistência na adesão ao tratamento. Confirmando-se a necessidade de adotar outras estratégias, foi desenvolvido o “Programa Peso Saudável” (PPS). Trata-se de um programa comunitário desenvolvido em meio hospitalar - Centro Hospitalar Cova da Beira - que promove a perda de peso através da modificação do estilo de vida. Objetivos: Este estudo teve como objetivos caracterizar o Programa Peso Saudável e avaliar o perfil antropométrico dos participantes. Metodologia: Estudo observacional de carácter transversal, do tipo descritivo, a 180 adultos com excesso de peso ou obesidade, participantes do PPS. Resultados: A média de idades dos participantes foi 52 anos (entre 18-79 anos). No início do PPS, 26% e 74% apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente. Em relação ao indicador de risco metabólico – perímetro da cintura, verificou-se uma média de 103,8 cm nas mulheres e 112,2 cm nos homens. A massa de gordura corporal média foi 40,5% no sexo feminino e 30,2% no sexo masculino. A prevalência de perda de peso foi 91,1%. A média de peso total perdido foi $3,9 \pm 3,7$ Kg, verificando-se maior perda de peso no sexo masculino. 33% dos participantes evoluíram positivamente na escala de Índice de Massa Corporal e, notou-se uma redução de 14% dos casos de obesidade. Dos participantes que efetivamente perderam peso, observou-se que a percentagem de perda de peso corporal média foi similar à recomendada como objetivo inicial, conforme a literatura. No fim do PPS, obteve-se uma redução total média no perímetro da cintura de 4,2 cm nas mulheres e 4,6 cm nos homens. Quanto à massa de gordura corporal média foi de 38,5% no sexo feminino e 28,3 % no sexo masculino. Conclusões: O desenvolvimento do Programa Peso Saudável e de outros programas que se centram na melhoria do estilo de vida de indivíduos que apresentam excesso de peso ou obesidade e, na sua maioria, com várias co-morbilidades associadas, são uma medida eficaz no tratamento da obesidade.

PALAVRAS CHAVES: Programa Peso Saudável, Obesidade, Excesso de peso.

CO.17

Outcomes da colocação de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG): Experiência de uma parceria com 10 anos

André Marçal¹, Carina Gomes¹, Fernando Próspero¹, Laura Carvalho², Nádia Tenreiro¹, Rita Marques¹

1 - CHTMAD, Serviço de Cirurgia Geral

2 - CHTMAD, Serviço de Gastroenterologia

Área de base de Estudo: Nutrição entérica

INTRODUÇÃO: A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é cada vez mais utilizada como uma via segura de alimentação em doentes com disfagia seja por obstrução ou por disfunção faringo-esofágica. Face às características da nossa instituição, surgiu há cerca de 15 anos uma parceria entre os serviços de Gastroenterologia e de Cirurgia Geral para a colocação de PEG. O nosso objectivo foi analisar todos os doentes submetidos a esta técnica e os seus outcomes. Foi realizada uma análise retrospectiva descritiva de todos os doentes admitidos para colocação de PEG num período de 10 anos. Foram consultados os processos clínicos dos doentes, bem como o Registo Nacional de Utentes, sendo avaliados os parâmetros demográficos, indicações para colocação de PEG, complicações precoces e tardias e a mortalidade. Foram incluídos 177 doentes, com uma idade média de 66,5 anos ($\sigma=15,18$), predominantemente do sexo masculino (68%). Quatro doentes (2,26%) foram perdidos no follow-up. Todas as PEG foram colocadas endoscopicamente através do método "pull-through". A principal indicação para colocação de PEG foi a disfunção faringo-esofágica de etiologia neurológica (64%). Os restantes doentes foram submetidos a este procedimento por obstrução mecânica resultante de doença oncológica. Em doze doentes (6,8%), foi possível remover a PEG por remissão da doença oncológica ou restabelecimento da via oral. Surgiram complicações precoces (≤ 30 dias) em 12 doentes (6,8%), sendo estas directamente responsáveis pela morte de 4 doentes (mortalidade relacionada com o procedimento: 2,2%). A taxa de mortalidade aos 30 dias foi de 15,8%. A sobrevida média após colocação de PEG foi de 439 dias [0-3602d]. Surgiram complicações tardias em 22 doentes, sendo a mais frequente o aparecimento de granulomas no local de inserção da sonda. A colocação de PEG é um método seguro para nutrição entérica de doentes sem via oral, associada a uma baixa taxa de complicações que são na sua maioria de fácil resolução. Contudo é importante avaliar o estado geral dos doentes e o potencial benefício desta técnica caso a caso.

PALAVRAS-CHAVE: PEG, nutrição entérica, disfagia.

CO.18

Agreement between Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment and the Mini Nutritional Assessment in long-stay nursing home residents: an exploratory study

Antónia Vigário¹, Faith D. Ottery², Harriët Jager-Wittenaar³, Isabel Santoalha¹, João Pedro Pinho¹, Paula Pinto¹

1 - CHMA, EPE / GNA

2 - Univ of Applied Sciences; Ottery & Associates, Vernon Hills (Chicago), United States

3 - Univ of Applied Sciences; Oral and Maxillofacial Surgery, University of Groningen, Univ Medical Center Groningen, Groningen, Netherlands

Área de base de Estudo: Nutrition Assessment

INTRODUÇÃO: The Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA ©FD Ottery, 2005, 2006, 2015) is a validated instrument to assess malnutrition and its risk factors. Little is known about whether the PG-SGA is suitable for use in institutionalized elderly. In this study, we aimed to assess agreement between the PG-SGA and the Mini Nutritional Assessment (MNA), in long-stay nursing home residents. Materials and Methods: 42 elderly (aged 84.0 ± 7.64 years; 83.3% female) in 2 nursing homes (long-stay) in Famalicão, participated. The PG-SGA was completed first in each subject, and then the MNA. By the PG-SGA, subjects were categorized as: well nourished (A), suspected/moderate malnutrition (B), or severely malnourished (C). By the MNA, subjects were categorized as: normal nutritional status, at risk of malnutrition, or malnourished. Agreement between PG-SGA and MNA was tested by weighted kappa (κ). Need for intervention was defined as ≥ 7 points by PG-SGA, and 'at risk for malnutrition and weight loss' or 'malnourished' by MNA. Results and discussion: By PG-SGA, 33.3%, 52.4%, and 14.3% were categorized as well nourished, suspected/moderate malnutrition, and severely malnourished, respectively. By MNA, 19.0%, 59.5% and 21.4% were categorized as well nourished, at risk of malnutrition, and malnourished, respectively. Agreement between PG-SGA and MNA participants was moderate ($\kappa=0.438$, $p=0.003$) (Table 1). 55% and 52% were categorized as in need for intervention by PG-SGA and MNA respectively, but the instruments were discordant in individual subjects. Conclusion: Our study in long-stay nursing home residents suggests that although on the group level there is moderate agreement between the PG-SGA and MNA, which elderly identified as in need for intervention were discordant. This lack of agreement mainly relates to differences in weighting of malnutrition risk factors and if recent weight change is included. Findings require confirmation in a larger sample of elderly living in a nursing home. 1. Marshall S, Young A, Bauer J, Isenring E. Malnutrition in Geriatric Rehabilitation: Prevalence, Patient Outcomes, and Criterion Validity of the Scored PGSGA and the MNA. J Acad Nutr Diet. 2015 Jul 24.

PALAVRAS-CHAVE: Nutrition assessment, PG-SGA, MNA, Malnutrition, Elderly..

CO.19

Feasibility of the Patient-Generated Subjective Global Assessment in long-stay nursing home residents

Antónia Vigário¹, Antónia Vigário¹, Faith D. Ottery², Harriët Jager-Wittenaar³, Isabel Santoalha⁴, João Pedro Pinho¹, Paula Pinto¹

1 - CHMA, EPE / GNA7 *

2 - University of Applied Sciences; Ottery & Associates, Vernon Hills (Chicago), United States⁵ *

3 - University of Applied Sciences; Oral and Maxillofacial Surgery, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, Netherlands⁴ *

4 - FCNAUP3 *

Área de base de Estudo: Nutrition Assessment

INTRODUÇÃO: The Scored PG-SGA (©FD Ottery, 2005, 2006, 2015) is a validated instrument to assess malnutrition and its risk factors in chronic catabolic diseases. The PG-SGA includes 4 on weight history, food intake, nutrition-impact symptoms and activities/function, which are designed to be completed by the patient. In addition, the professional completes the Worksheets on scoring weight loss, disease and its relation to nutritional requirements, metabolic demand, physical examination, and the rating of the PG-SGA Global Assessment Categories. Thus far it is unclear if nursing home residents are able to complete the patient-component of the PG-SGA. In this study, we aimed to assess feasibility of completing the PG-SGA in long-stay nursing home residents. **Materials and Methods:** 52 institutionalized elderly (aged 82.7±10.0 years; 80.7% female; 96.5% with ≤4th grade education level), in 2 nursing homes (long-stay) in Famalicão participated. Subjects were asked to complete the patient-component of the PG-SGA. If this was not feasible, the required information was given by a caregiver(s), family member(s), or the researcher. "Needed help with completion of the PG-SGA" (yes/no and reason) was recorded. 2 researchers completed the professional component of the PG-SGA. **Results and discussion:** The PG-SGA could be completed in all subjects. One of the subjects (university education level) was able to fully complete the patient-component independently. 51 subjects needed help with completing the form, of which 2 subjects needed help with interpreting, 3 with reading and writing, 3 with reading, interpreting and writing and 48 were done by nurse. Data on weight (history) were not available in 20 subjects. 5/20 subjects had already met the threshold of ≥9 points and in these subjects the lack of data did not impact triaging. The researchers successfully completed the professional-generated component in all 52 subjects. **Conclusion:** Our study shows that the PG-SGA can be applied in long-stay nursing home residents, but those with cognitive and/or educational issues may be unable to complete the patient component of the form themselves. Alternatively, the PG-SGA can be completed by the professional or family member.

PALAVRAS CHAVE: Nutrition Assessment, PG-SGA, malnutrition, elderly.

CO.20

Associação entre mortalidade em episódios de internamento de utentes com diagnóstico principal de desnutrição e variáveis sociodemográficas e de produção hospitalar, hospitais do SNS, Portugal continental, 2000-2014

Matilde V. Rosa¹, Paulo J. Nogueira¹, Rodrigo F. Santos¹, Telma Nogueira¹

1 - Unidade de Epidemiologia. Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa

Área de base de Estudo: Desnutrição

INTRODUÇÃO: A desnutrição resulta da insuficiente absorção ou ingestão de nutrientes, gerando alterações na composição corporal, com diminuição da função física e mental ou dificuldade em restabelecer a saúde após doença. Associa-se a pior desempenho dos cuidados, como maior probabilidade de morte, além da diminuição da qualidade de vida. **OBJETIVO** Identificar a associação entre mortalidade em episódios de internamento (EI) de utentes com diagnóstico principal de desnutrição e variáveis sociodemográficas e de produção hospitalar, dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal continental, entre 2000 e 2014. **MATERIAL E MÉTODOS** Estudo observacional, transversal, analítico, da base de dados de morbilidade hospitalar referente a EI nos hospitais do SNS de Portugal continental, de 2000 a 2014, com diagnóstico principal de desnutrição, codificado segundo a International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification. As taxas de desemprego (TD), analfabetismo (TA) e abandono escolar (TAE) da freguesia de proveniência dos utentes advêm do Censos cronologicamente mais próximo do EI (2001/2011). **RESULTADOS E DISCUSSÃO** Nos 15 anos estudados, registaram-se 3489 EI com diagnóstico principal de desnutrição, sendo 56,9% homens, média global de idade de 38,3 anos, pois crianças e idosos são os mais afetados. Em 7,6% dos EI o destino após alta (DAA) foi codificado como morte. A desnutrição calórico-proteica (DCP) ocorreu em 59,8% dos EI, dos quais 10,7% morreram, e a desnutrição por deficiência em micronutrientes em 40,2%, tendo morrido 3%. A DCP é mais prevalente em idosos, o que pode explicar o valor mais elevado de mortalidade. A maioria dos EI registou-se nos anos mais recentes (58%, 2010-2014), onde a mortalidade foi inferior. Nos EI com DAA terminados em morte, a média da TD (11,46%) foi superior à média nacional (10%) e as das TAE e TA (1,98%; 6,5%) foram inferiores (2,25%; 7,13%), pois existiram mais EI nos anos mais recentes, onde a TD foi superior e a TAE e a TA inferiores. **CONCLUSÕES** Em Portugal continental, nos EI por desnutrição registados nos hospitais do SNS, a ocorrência de óbito mostra-se associada com as variáveis idade, ano civil de admissão, tipo de desnutrição, TD, TAE e TA.

PALAVRAS CHAVE: Desnutrição, admissão hospitalar, mortalidade.

CO.21

Nutrição parentérica domiciliária

Ana Luísa Afonso

1 - Serviço de Cirurgia - Unidade 1 - CHPorto

Área de base de Estudo: Nutrição Parentérica

INTRODUÇÃO: Os catéteres venosos centrais são, nos dias de hoje, uma mais valia em contexto de doença aguda, para administração de fluidoterapia/fármacos, monitorização hemodinâmica, entre outros, e em situações em que é necessário um acesso venoso seguro de grande calibre, como é o caso de administração de quimioterapia e de nutrição parentérica. Podem ser usados para administração de terapêuticas de curta ou longa duração, existindo para tal uma ampla gama de catéteres. No âmbito da nutrição parentérica domiciliária, existem duas possibilidades de catéter venoso central: Catéter totalmente implantável (implantofix) ou catéter semi-implantado, (catéter tunelizado que se exterioriza na parede torácica na região intermamária) sendo que, o mais frequentemente utilizado, é o catéter semi-implantado. A manipulação destes catéteres é necessária e inevitável. Sendo uma porta de entrada no organismo, o risco de sépsis é elevado, o que requer a utilização de técnica asséptica em todos os procedimentos de manipulação do CVC. Neste contexto, o papel do enfermeiro torna-se fundamental. Cabe ao enfermeiro promover a segurança do doente, vigiar a eficiência e funcionamento do CVC, bem como o despiste de possíveis complicações. Assim, é essencial que preste cuidados de qualidade e de forma criteriosa, desde o tratamento ao local de inserção do catéter, heparinização do mesmo e manipulação de linhas de infusão e suas conexões, até ao ensino ao doente sobre cuidados a ter com o seu acesso venoso central, tendo como suporte procedimentos e protocolos institucionais. Os doentes em programa de nutrição parentérica domiciliária passam por um longo processo de ensino/aprendizagem, sendo treinados para cumprir com rigor todos os procedimentos desde a manipulação/manutenção ao despiste precoce de possíveis complicações de forma a preservar o seu catéter venoso central pois dependem dele para se nutrirem eficazmente.

PALAVRAS-CHAVE: CVC , Nutrição Parentérica.

CO.22

Estado Nutricional, Ingestão Alimentar e estilo de vida em pacientes com Doença Inflamatória Intestinal

Ana Luísa Afonso

1 - Centro Hospitalar do Porto

Área de base de Estudo: Nutrição parentérica

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: UO farmacêutico hospitalar tem um papel fundamental no controlo de qualidade da nutrição parentérica. É responsável por garantir a sua estabilidade, não só microbiológica, como também físico-química. Esta comunicação tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica de algumas recomendações publicadas relativas à preparação das soluções de nutrição parentérica. Espera-se que sejam criados as bases para o desenvolvimento de um documento com linhas orientadoras a nível nacional, para deste modo, otimizar e padronizar os procedimentos de todos os profissionais envolvidos nesta área.

PALAVRAS-CHAVE: Controlo qualidade, nutrição parentérica.

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO.23

Fenótipo da Doença, Estado Nutricional e Ingestão Alimentar em pacientes com Doença de Crohn

Vosé Bernardes-Correia

1 - HUC - CHUC EPE

Área de base de Estudo: Cirurgia Metabólica

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: O metabolismo fosfocálcico, está frequentemente alterado nos indivíduos portadores de obesidade mórbida, nos quais se verifica aumento da parathormona (PTH), da vitamina D 1,25-OH e redução da vitamina D 25-HO. Observa-se também, como consequência, diminuição da absorção intestinal de cálcio e aumento da sua mobilização do osso. Estas alterações metabólicas traduzem-se por hiperparatiroidismo secundário e são agravadas com a cirurgia bariátrica e metabólica, sobretudo as que envolvem elevado grau de mal absorção. Objectivos: Abordar o impacto da obesidade mórbida e da cirurgia bariátrica e metabólica no metabolismo fosfocálcico, isto é, avaliar as alterações metabólicas do osso na obesidade mórbida, antes e após a cirurgia bariátrica. Material e Métodos: Procedeu-se a busca sistemática da literatura em <http://pubmed.org> e <http://scholar.google.com> para identificação de publicações de relevo. Resultados e Discussão : Os parâmetros laboratoriais mais importantes a monitorizar são a albumina, o cálcio, a PTH e a vitamina D 25-OH e a vitamina D 1,25-HO, no caso se serem portadores de doença renal crónica. Por sua vez, deve proceder-se a suplementação principalmente com recurso a cálcio e vitamina D. De realçar que a suplementação com vitamina D se torna ainda mais relevante para o obeso, dado existir cada vez mais evidência científica de que o seu défice estará associado ao desenvolvimento de comorbilidades como : insulinoresistência, DMT2, doença cardiovascular e osteoartrites. Se tivermos em atenção que existem outros défices de micro e macronutrientes que foram e serão apresentados noutras palestras, temos obviamente que levar muito a sério a abordagem dos portadores de obesidade mórbida, sobretudo se submetidos a cirurgia bariátrica. Conclusões: Torna-se necessário alertar para a importância que tem a avaliação e monitorização das alterações metabólicas dos obesos antes e após a realização da cirurgia bariátrica, por forma a proceder à sua correcta caracterização e cuidadosa correcção.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade mórbida, metabolismo fosfocálcico, Cirurgia bariátrica.

CO.24

Fenótipo da Doença, Estado Nutricional e Ingestão Alimentar em pacientes com Doença de Crohn

Daniela Brandão¹, Oscar Ribeiro¹

1 - ICBAS - UNIFAI

Área de base de Estudo: Gerontologia

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: Viver para além dos 100 anos sempre pareceu ser uma meta inalcançável para a maioria das pessoas, mas está a tornar-se numa realidade cada vez mais comum. Os centenários são o grupo etário que regista um maior crescimento demográfico na maioria dos países desenvolvidos (Vaupel, 2010), sendo que para Portugal, dados oficiais de 2011 apontavam para a existência de 1526 idosos nessas circunstâncias (INE, 2011). Partindo da convicção de que existe muito a ser aprendido sobre o processo de envelhecimento através dos grupos mais velhos, mais recentemente começaram a surgir investigações específicas sobre centenários, nomeadamente nos países desenvolvidos, onde a sua prevalência é maior. As blue zones correspondem a cinco pontos no mundo onde existe a maior concentração desta população: Loma Linda (Califórnia), Nicoya (Costa Rica), Sardenha (Itália), Icaria (Grécia) e Okinawa (Japão). Pesquisas nestas zonas têm identificado os fatores associados à extensão da longevidade, nomeadamente a importância de uma alimentação e nutrição equilibrada (Poulain et al., 2004; Buettner, 2009). Dada a crescente representatividade desta população em Portugal, o PT100- Estudo de Centenários do Porto procurou analisar detalhadamente as características da população centenária, para uma melhor compreensão da longevidade humana no nosso país e das circunstâncias em que os centenários portugueses vivem. Este estudo, realizado na Área Metropolitana do Porto, contemplou a realização de 140 entrevistas a pessoas centenárias e aos seus elementos mais próximos (familiares e/ou técnicos). O presente trabalho procura analisar a percepção dos centenários acerca da sua longevidade e idade avançada. Assim, com base na questão "Como se tornar um centenário?", foram analisadas as respostas de 75 participantes, divididas em categorias e subcategorias por dois juizes. A saúde (ex.: ter boa saúde) e o estilo de vida (ex.: dieta saudável) surgem com dois dos factores associados à longevidade avançada. Também Freeman, Garcia & Marston (2013) e Patrício et al. (2008) verificaram a valoração do estilo de vida por parte dos próprios centenários, nomeadamente de uma alimentação rica em frutas, leite e alimentos bem selecionados e pobre em gordura.

PALAVRAS-CHAVE: Centenários; Longevidade; Estilo de Vida.

Posters

dia 11 e 12 de abril



P.01

Alimentação Parenteral no Domicílio em idade pediátrica – experiência do Hospital São João

António Guerra¹, Eunice Trindade¹, Joana Soares¹, Jorge Amil Dias¹, M^a Céu Espinheira¹

1 - Centro Hospitalar de S.João

Área de base de Estudo: Alimentação Parenteral

INTRODUÇÃO: A alimentação parenteral constituiu uma modalidade de suporte nutricional essencial para a sobrevivência de alguns doentes pediátricos, sendo a principal indicação a síndrome do intestino curto. Perante a necessidade de suporte nutricional a longo prazo, a alimentação parenteral domiciliária permite evitar internamentos longos, apesar de não estar isenta de complicações, nomeadamente as infeções relacionadas com o cateter venoso central.

OBJETIVOS: Caracterizar os doentes sob alimentação parenteral domiciliária de um centro de referência pediátrico e analisar as complicações associadas.

METODOLOGIA: Estudo descritivo retrospectivo, analisando os seguintes parâmetros: indicação para alimentação parentérica domiciliária, idade de início e duração da NPD, complicações associadas e evolução clínica dos doentes.

RESULTADOS: Neste centro hospitalar a prescrição domiciliária de alimentação parenteral em crianças iniciou-se em 1993, tendo até ao momento abrangido vinte e nove crianças. Atualmente mantêm-se em alimentação parenteral domiciliária dez doentes. A indicação mais frequente foi a síndrome do intestino curto, após ressecção intestinal por patologias como enterocolite necrotizante, gastrosquise, vólvulo intestinal e hérnia encarcerada. Em todos a alimentação parenteral é noturna, com ciclicização da parentérica até um mínimo de 10h diárias. Em todos os doentes foi promovida a alimentação entérica (trófica ou nutricional). O crescimento estaturo ponderal, nestes doentes, foi adequado. A infeção associada ao cateter foi a complicação mais frequente e as complicações mecânicas foram a principal causa de remoção do cateter. Ocorreram quatro óbitos, três dos quais na sequência de sépsis com ponto de partida no cateter venoso central, um após complicações associadas a transplante de medula óssea.

CONCLUSÕES: A alimentação parenteral é essencial no suporte nutricional na insuficiência intestinal crónica, sendo por vezes necessária após a alta hospitalar. Embora fundamental para a sobrevivência da criança, a alimentação parenteral domiciliária não está isenta de riscos, constituindo as complicações infecciosas associadas ao cateter venoso central a principal preocupação.

PALAVRAS-CHAVE: Nutrição parenteral, pediatria.

P.02

Adesão à Dieta Mediterrânica em Adolescentes – Realidade ou Ficção?

Cristina Cardoso¹, Diana Pereira¹, Filipa Carneiro¹, Mariana Almeida¹

1 - Instituto Politécnico de Bragança

Área de base de Estudo: Adesão à Dieta Mediterrânica

A dieta Mediterrânica traduz um estilo de vida considerado modelo de vida saudável. É caracterizada pela abundância de alimentos de origem vegetal, utilização do azeite, consumo moderado de peixes, aves, laticínios e ovos e de pequenas quantidades de carnes vermelhas. Este projeto tem como objetivos estudar a adesão à dieta mediterrânea em adolescentes do ensino básico e secundário e estudar a diferença do score entre grupos de variáveis sociodemográficas. Utilizaram-se como instrumentos de recolha de dados o KIDMED, uma ferramenta que permite estimar a adesão dos adolescentes à dieta mediterrânica e para a obtenção dos valores antropométricos a bioimpedância elétrica, estadiómetro portátil e fita métrica. Para atingir os objetivos delineados, realizou-se um estudo observacional, quantitativo, analítico e transversal. Foram inquiridos 449 alunos de uma escola do norte do país. Foi usado o SPSS 23.0 para tratamento estatístico dos dados. Calcularam-se frequências absolutas e relativas para verificar a adesão à dieta mediterrânica e utilizaram-se os testes Mann-Whitney Wilcoxon e Kruskal-Wallis para comparar as variáveis em estudo. Com este estudo verificou-se que existe uma adesão à dieta mediterrânica com média de 7,24 pontos ($\pm 2,05$), num máximo de 12 pontos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no score segundo os grupos de idade e género. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Martins, E. et al, onde a média da adesão pelos adolescentes de Lisboa e Viseu é de 7,19 ($\pm 1,96$). O estudo de associação entre as categorias de IMC; os percentis do perímetro da cintura e os níveis de adesão ao KIDMED, revelou a inexistência de correlações estatisticamente significativas. Os resultados indicam uma adesão à dieta mediterrânica moderada ou boa o que poderá justificar o facto de a adesão não variar segundo o sexo e a idade. No entanto, estes resultados poderão estar enviesados devido ao facto dos alunos que, visivelmente teriam excesso de peso e obesidade, se recusarem a participar no estudo. Conclui-se que a inexistência de diferenças significativas entre os grupos, talvez esteja relacionada com o facto de a adesão à dieta mediterrânica ser moderada-bom em todos.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão Dieta Mediterrânica, KIDMED, Adolescentes.

POSTERS

P.03

Implementação do Rastreo Nutricional em doentes internados

Cátia Teixeira¹, Paula Alves¹, Teresa Themudo¹

1 - Serviço de Nutrição e Alimentação - IPO-Porto3

Área de base de Estudo: Rastreo Nutricional em doentes internados

INTRODUÇÃO: A desnutrição em doentes oncológicos é multifatorial, como resultado de efeitos sistémicos do tumor, localização da neoplasia e efeitos colaterais da terapia antineoplásica, por alteração da ingestão, absorção e metabolização de nutrientes. O rastreo nutricional atempado é um instrumento essencial para identificar a desnutrição, minimizar complicações e reduzir custos. ¹Objetivos Aplicar a Ferramenta Universal para Rastreo da Malnutrição (MUST) de modo a identificar o risco nutricional dos doentes admitidos nos Serviços de Medicina Oncológica do IPO-Porto; avaliar o estado nutricional de pacientes identificados com elevado risco de desnutrição, através do PG-SGA, visando uma intervenção nutricional precoce. Material e Métodos Dos 272 doentes internados nos serviços de Medicina Oncológica, 168 foram rastreados pelo MUST e 32 foram avaliados pelo PG-SGA, por apresentarem alto risco de desnutrição. Resultados Dos doentes internados, 30.5% não foram rastreados por não terem condições para responder, encontravam-se ausentes ou em isolamento. 54,4% dos doentes tinham cancro em órgãos digestivos ou do sistema respiratório, 61,3% estavam metastizados e 82.8% tiveram um tempo de vida inferior a 180 dias desde a avaliação. 53,3% estavam a fazer QT, paliativa ou não. 63,1% tiveram um tempo de internamento inferior a 10 dias. Relativamente ao estado nutricional, 38.2% apresentavam perda de peso superior a 10% nos últimos 3-6M. 21,9% apresentavam um Alto Risco de malnutrição, dos quais 80% tiveram intervenção nutricional. Da avaliação pelo PG-SGA, o score médio foi de 16.5. Discussão É importante que o rastreo nutricional seja feito no momento da admissão, para que seja implementada uma terapia nutricional atempada. Atendendo ao curto tempo de internamento e à curta esperança de vida destes doentes, a intervenção nutricional passará por uma intervenção de conforto, melhoria da qualidade de vida e diminuição do risco de malnutrição, se não for possível reverter a situação. Conclusão A avaliação do estado nutricional do doente e cuidados alimentares específicos são fundamentais no decorrer do processo clínico, dado o risco nutricional em que estes doentes se encontram, numa fase sintomática.

PALAVRAS-CHAVE: Rastreo nutricional, estado nutricional, desnutrição, terapia nutricional, qualidade de vida.

P.04

Papel da hipovitaminose D na etiopatogenia da diabetes mellitus Tipo 1

João Vasco Barreira¹, Mariana Amaral² * Pedro Barreira³

1 - Serv Oncologia Médica do Hosp S. António dos Capuchos - CHLC

2 - USF Covelo - ACes Porto Oriental

3 - USF ALCAIS - ACeS CASCAIS

Área de base de Estudo: Diabetes Mellitus e Vitamina D

OBJETIVOS: Revisão do estado de arte existente com vista a promover discussão sobre o tema.

MATERIAL & MÉTODOS: Revisão da literatura, através de pesquisa de artigos em bases de dados científicos, nomeadamente MEDLINE-PubMed e UpToDate. Não foi restringida a pesquisa quanto a revistas ou língua de publicação. Foram realizadas síntese descritiva dos dados e análise narrativa dos resultados. As palavras-chaves foram: Vitamina-D; Diabetes Mellitus Tipo 1.

RESULTADOS/ DISCUSSÃO: A Diabetes Mellitus tipo 1 é uma doença auto-imune na qual as células beta do pâncreas, produtoras de insulina, são destruídas, resultando numa perda lenta e progressiva da secreção de insulina e para a qual contribuem fatores ambientais e factores de predisposição genética. Esta situação, prolongada no tempo, leva a graves consequências para a saúde. Afeta cerca de 20 milhões de pessoas em todo o mundo, e a sua incidência tem vindo a aumentar. A vitamina D é singular entre as vitaminas, e é também uma pró-hormona e pode ser sintetizada na pele a partir da exposição à luz solar. Além dos seus efeitos no metabolismo fosfocálcico, evidências correlacionam níveis insuficientes de vitamina D com um risco aumentado de desenvolvimento de outras patologias não ósseas. Vários estudos sugerem que a vitamina D tem um efeito protetor contra o desenvolvimento da diabetes mellitus tipo 1, através da modulação da resposta do sistema imunitário, assim como um efeito protetor contra o desenvolvimento de vários tipos de cancros, outras doenças auto-ímmunes, doenças cardiovasculares ou da diabetes mellitus tipo 2.

CONCLUSÃO: O papel da deficiência de vitamina D na etiopatogenia da DM1 poderá ser melhor explicado através dos resultados decorrentes de futuros estudos de investigação na área. Resultados esses que poderão ser benéficos na mudança de práticas preventivas / terapêuticas, em particular nos cuidados de saúde primários.

PALAVRAS-CHAVE: Vitamina-D; Diabetes Mellitus Tipo 1.

P.05

Caracterização do estado nutricional dos doentes oncológicos internados na admissão

Elsa Madureira¹, Joana Santana¹, Luciana Teixeira¹

1 - Centro Hospitalar de São João

Área de base de Estudo: Nutrição Oncologia

INTRODUÇÃO: A prevalência de desnutrição em doentes oncológicos é muito elevada tendo impacto negativo no tempo de internamento (TI), na tolerância aos tratamentos antineoplásicos, na qualidade de vida, no estado geral (performance status) e prognóstico. **Objetivo:** Avaliar o risco e o estado nutricional (EN) dos doentes oncológicos internados no Centro Hospitalar São João, aquando da admissão. **Métodos:** Foram aplicados o NRS-2002 e o PG-SGA nas primeiras 72h do internamento e recolhidos parâmetros bioquímicos (albumina) e antropométricos (peso, estatura, cálculo do IMC e da percentagem de perda de peso (%PP)). Foram considerados desnutridos os doentes com NRS 2002 >3, PG-SGA B ou C, IMC < 18,5kg/m², albumina <35mg/l e %PP >5% em 1 mês, >7,5% em 3 meses ou >10% em 6 meses. **Resultados:** A amostra foi constituída por 77 doentes oncológicos, com idade média de 62,6 anos, 52,3% homens e 68,4% com doença avançada. Encontravam-se em risco nutricional, 41,6% dos doentes, segundo o NRS-2002, e 66,2%, segundo o PG-SGA. Tendo como critério, a percentagem de perda de peso em 1, 3 e 6 meses foram identificados menos casos em risco, respetivamente, 20,8%, 18,2% e 17,1%. De acordo com o valor sérico de albumina, cerca de metade (47,4%) encontrava-se em risco nutricional. Quando se considerou o IMC apenas 9,1% se encontravam em risco.; Os doentes que tinham sido submetidos a tratamento antineoplásico prévio foram aqueles que apresentaram uma maior proporção de desnutrição severa (15,6%), enquanto aqueles que não tinham realizado qualquer tratamento apresentaram a maior proporção de doentes bem nutridos (14,3%). **Conclusão:** Dependendo do método utilizado para avaliação do risco ou do estado nutricional do doente oncológico em internamento, a prevalência de desnutrição da nossa amostra varia entre 17,1% e 66,2%. Segundo o método considerado gold standard para avaliação do estado nutricional desta população (PG-SGA), a maioria dos doentes encontra-se desnutrida (66,2%).

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição; PG-SGA; NRS-2002; Cancro.

P.06

Alimentar ou não alimentar em fim de vida, na demência

Cíntia Pinho-Reis¹, Fátima Pinho²

1 - Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa

2 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.; Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa

Área de base de Estudo: Cuidados Paliativos

INTRODUÇÃO: Alimentar e hidratar artificialmente constitui um meio de manter a vida de pessoas doentes cuja ingestão pela via oral se encontra impossibilitada. Na demência, frequentemente, ocorre a diminuição do apetite e, consequentemente, da ingestão alimentar. A disfagia torna-se também num sintoma preocupante que contribui para a diminuição do aporte alimentar. O suporte nutricional nestes Doentes é de extrema importância, pois está muitas vezes associado a um forte significado social, psicológico, espiritual e religioso. No entanto, iniciar ou suspender Nutrição e Hidratação Artificiais (NHA) em Doentes com demência em estadio avançado é uma decisão que não atingiu ainda consenso. **Objetivo:** Conhecer o estado da arte relativamente às questões que envolvem a NHA em Doentes com demência avançada. **Material e Método:** Revisão narrativa da literatura com pesquisas nas bases de dados PubMed, Medline, ISI, CINAHL e Academic Search Complete, no período de 2006-2016. Foram incluídos todos os artigos na língua inglesa com resumo e referências disponíveis e analisados por especialistas. Da pesquisa efectuada foram obtidos 45 artigos. **Resultados:** A decisão de não iniciar ou suspender NHA na demência em fase avançada levanta a questão ética sobre se a NHA deveria ser considerada um meio proporcionado ou desproporcionado de tratamento ou de cuidado. Por vezes, existe a crença de que a falta de alimentação e de fluidos pode resultar numa morte dolorosa com sensações pautadas pela fome e pela sede. Hoje em dia, os doentes competentes podem expressar a sua vontade de receber ou recusar NHA através das directivas antecipadas de vontade sob a forma de testamento vital e/ou de um procurador de cuidados de saúde. Contudo, o dilema ético surge quando este documento não existe, uma vez que, os artigos referem que ainda persiste a crença por parte dos familiares de que a falta de alimentação e de hidratação pode antecipar a morte, o que poderá gerar conflitos com a equipa multidisciplinar. **Conclusão:** A tomada de decisão deve ser fundamentada nos princípios éticos de autonomia, beneficência, não-maleficência, vulnerabilidade e integridade com envolvimento dos familiares, da equipa multidisciplinar e, se possível, do Doente.

PALAVRAS-CHAVE: "nutrition", "dementia", "terminal care".

POSTERS

P.07

Programa de redução de sal em refeições escolares das Escolas de 1º ciclo do concelho de Sintra - Monitorização

Carlos Damas¹, Lino Mendes², Raquel Ferreira³

1 - ICA, SA

2 - ESTeSL

3 - Câmara Municipal de Sintra

Área de base de Estudo: Ingestão de sal na infância

INTRODUÇÃO: O consumo excessivo de cloreto de sal provoca um aumento da pressão arterial, que representa um dos maiores fatores de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares e pode conduzir ao aparecimento de outras doenças. As escolas, locais de excelência na aprendizagem de hábitos alimentares saudáveis, apresentam uma grande influência nos padrões alimentares seguidos na vida adulta. Assim, torna-se importante que as refeições escolares tenham teores de sal adequados, para que haja uma ingestão adequada e uma habituação a quantidades mais baixas. O projeto Sal Q, implementado pela Câmara Municipal de Sintra em 2013, nas escolas de 1º ciclo e nos jardins-de-infância do concelho de Sintra, foi uma estratégia tomada para a redução da ingestão diária de sal pelas crianças. A monitorização do programa é fundamental, de forma a verificar o seu cumprimento ao fim de 3 anos. Objetivos: Verificar se os valores máximos de sal na refeição escolar, preconizados pelo projeto Sal Q, estão a ser cumpridos; Identificar qual dos componentes da refeição apresenta maior quantidade de sal; Metodologia: Para a quantificação de sal recorreu-se a um salinómetro digital portátil (PAL-ES2 Atago®). De uma amostra de conveniência de oito escolas básicas de 1º ciclo do concelho de Sintra, com confeção local, foram recolhidas e analisadas 136 amostras dos componentes das refeições escolares. Resultados: Os resultados demonstram que as refeições escolares disponibilizam, em média, cerca de 1,15±0,36g de sal por refeição servida, variando entre 0,7g e 1,9g. Este valor situa-se abaixo dos 1,4g de sal (máximo preconizado pelo projeto Sal Q). Demonstra-se, ainda, que a sopa é o componente em que o consumo de sal pelas crianças é maior, variando o teor em sal entre 0,23g/100g e os 0,74g/100g. Conclusão: A implementação de estratégias como o projeto Sal Q torna-se imperativa, uma vez que, o consumo de sal tem um impacto negativo na saúde. Com este estudo pode-se afirmar que, na maioria das escolas as quantidades de sal estipuladas foram cumpridas, sendo que, nas escolas em que os máximos foram ultrapassados, é necessário realizar uma reeducação para o cumprimento das quantidades.

PALAVRAS-CHAVE: Ingestão de Sal, Nutrição Infantil, Refeições Escolares, Monitorização, Quantificação de Sal.

P.08

Controlo glicémico no doente crítico, um imperativo da qualidade! - Análise à eficácia de um protocolo aplicado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Jorge Morais¹, Manuela Alves¹, Patrícia Sousa¹

1 - Centro Hospitalar VNGaia/Espinho EPE - UCIP

Área de base de Estudo: Controlo glicémico no doente crítico

O controlo glicémico no doente crítico é de fundamental importância (Stapleton, R. et, al., 2016) e a intervenção de enfermagem dirigida à estabilidade glicémica pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida e do out-come do internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI). O uso de protocolos é uma estratégia para facilitar o seu controlo. O protocolo usado numa UCI da região norte de Portugal, considera hiperglicemia valores ≥ 180 miligramas/decilitro (mg/dl). Prevê a administração por bólus EV de 5 UI (Unidades Internacionais) de insulina rápida se glicemia $> 180 \leq 250$ mg/dl, 10 UI se $> 251 \leq 350$ mg/dl, 15 UI se ≥ 351 mg/dl e administração de perfusão se mais de 6 avaliações consecutivas com hiperglicemia. Este estudo surge com o objetivo de analisar a eficiência no controlo glicémico deste protocolo. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo, com uma amostra não probabilística, sequencial, de 216 doentes admitidos numa UCI, entre 2.10.2015 a 29.02.2016. Realizou-se análise de dados demográficos e relativos às pesquisas de glicemia capilar realizadas neste período. A colheita de dados fez-se pela análise documental aos registos efetuados no programa informático B-ICU da B-Simple. Realizou-se tratamento estatístico, descritivo e inferencial, com margem de erro de 5% (grau de confiança de 95%). Da amostra, 58.8% dos doentes eram do sexo masculino. As idades variaram entre os 18 e os 91 anos, com média de 63 anos. O motivo de admissão mais frequente foi médico (47.7%), seguido de cirurgia programada (24,5%), cirurgia urgente (23,1%) e trauma (4,6%), com tempo de internamento médio de 6,35 dias. O valor médio da glicemia foi de 154mg/dl, variando entre os 50mg/dl e os 308mg/dl. Em 81,22% dos casos a média foi ≤ 180 mg/dl. Houve 65,7% de doentes com pelo menos 1 pico ≥ 180 mg/dL e em 14.8% dos casos pelo menos 1 valor < 70 mg/dl. Constatou-se relação entre maior média glicémica e mortalidade ($p < 0.05$), corroborando os estudos referidos por Stapleton, R. et, al., 2016. Conclui-se que a hiperglicemia é fator de risco para o aumento da mortalidade. O protocolo usado permite manter controlo sobre a glicemia na maioria dos casos, sugerindo-se a adoção de valores alvo de glicemia $> 150 < 180$ mg/dl.

PALAVRAS-CHAVE: Doente crítico, hiperglicemia, insulino terapia.

P.09

Avaliação do Risco da População Vimaranesa Desenvolver Diabetes Mellitus tipo 2 nos Próximos 10 Anos

Cátia Pereira¹, Cátia Silva¹, Helena Loureiro¹, João Paulo Figueiredo¹

1 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra
Área de base de Estudo: Diabetes Mellitus tipo 2

INTRODUÇÃO: A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) de interesse particular para este estudo, é o tipo de Diabetes Mellitus (DM) mais comum em todo o mundo, representado 90% da totalidade dos casos. É caracterizada por graus variáveis de resistência à insulina e défice de secreção desta hormona, bem como por uma evolução silenciosa. A sua prevalência tem vindo a aumentar em todo o mundo, e apesar de estar mais associada à idade adulta, têm se também assistido ao aumento da sua prevalência em idades pediátricas. Este aumento de prevalência está associado a rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, ao sedentarismo, e a hábitos e estilos de vida não saudáveis. **Objetivo:** Avaliar o risco da população vimaranense desenvolver DM2 nos próximos 10 anos. **Material e Métodos:** Realizou-se um estudo observacional transversal, onde participaram 184 vimaranenses com idades compreendidas entre os 18-79 anos de idade. Foi aplicado o Finnish Diabetes Risk Score (FRINDRISC) durante um rastreio realizado na cidade de Guimarães. **Resultados e Discussão:** A prevalência de "risco alto" ou "muito alto" (FRINDRISC \geq 15) de 16,9% obtida nesta população, revelou-se superior ao esperado quando comparado com o estudo de Gardete-Correia et al (2009), realizado a nível nacional e com o estudo de Valente e Azevedo (2012) realizado na cidade de Amarante. Num estudo realizado nos Açores por Viveiros et al (2014) esta prevalência foi de 23%, superior à prevalência observada na cidade de Guimarães. Em relação aos fatores de risco, 58% da população estudada apresentou excesso de peso e ou obesidade, 51% dos indivíduos do sexo masculino e 67% dos indivíduos sexo feminino apresentaram um perímetro abdominal (PA) aumentado, 54% referiram antecedentes familiares de DM, 14% referiram não ingerir fruta diariamente, 36% referem não praticar atividade física, 72% nunca fizeram terapêutica anti-hipertensora e 87,5% nunca apresentaram valores elevados de glicemia. **Conclusões:** Os resultados do estudo revelaram que 1 em cada 6 vimaranenses desenvolverão DM2 nos próximos 10 anos. Neste sentido é importante a implementação de estratégias, que foquem na alteração de estilos de vida, para a prevenção da DM2

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus tipo 2, Avaliação do Risco, Prevenção, Fatores de risco.

P.10

Avaliação do Risco de Desnutrição (através do Strongkids) e da Desnutrição em Crianças Hospitalizadas

Bela Franchini¹, Joana Lopes², Rita Carvalho², Rui César², Rui Poinhos¹

1 - FCNAUP
2 - HDES - Serviço de Endocrinologia e Nutrição
Área de base de Estudo: Desnutrição hospitalar

INTRODUÇÃO: A prevalência da desnutrição (DN) em crianças hospitalizadas (CH) é, segundo a literatura, de 6 a 30%, sendo mais elevada (44 a 64%) em crianças com patologia prévia (PP) associada a risco de desnutrição (RDN), e aumenta durante o tempo de internamento (TI). A identificação precoce da DN ou do RDN minimiza as consequências destas condições. O STRONGkids é uma ferramenta desenvolvida para identificar o RDN em idades pediátricas e que poderá ser útil no diagnóstico, prevenção e intervenção precoce da DN. **Objetivos:** Avaliar a DN e o RDN em CH; Relacionar o RDN com o TI, a idade, o estado nutricional (EN) [Z-Scores Peso para Estatura (P/E), Estatura para Idade (E/I) e Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I)] e com a presença de PP com RDN. **Materiais e Métodos:** A amostra foi constituída por 90 crianças (61,1% do sexo masculino) internadas. Foram consideradas as crianças com idade superior a 1 mês e inferior a 18 anos internadas no Serviço de Pediatria num período de 50 dias. Foi registado o sexo, idade, peso, estatura, diagnóstico de admissão, avaliação subjetiva do EN deficitário, aporte nutricional deficitário, incapacidade de se alimentar devido a dor, intervenção nutricional prévia, presença de vômitos e diarreias, perda ponderal ou não aumento de peso e o TI. A presença de DN foi avaliada de acordo com os critérios e classificação da OMS (2007) e o RDN pela aplicação da ferramenta STRONGkids. **Resultados e Discussão:** A idade média foi de 5,0 anos (mínimo = 0,1; máximo = 17,0) e o TI foi em média de 6 dias (mínimo = 2; máximo = 28). 5,5% das crianças apresentaram desnutrição aguda (DNA) e 16,8% desnutrição crónica (DNC). Dez por cento tinham uma PP com RDN. Metade das CH apresentava risco baixo de DN (47,8% risco moderado e 2,2% risco elevado). As CH com risco moderado/elevado de DN apresentaram Z-scores P/E e IMC/I significativamente mais baixos. Das CH com PP com RDN, 55,5% apresentaram DNC, 11,1% DNA e as restantes adequadas EN. **Conclusão:** Metade das CH avaliadas apresentavam RDN, segundo o STRONGKids, e mais de uma em cada 5 apresentava DN. O STRONGKids mostrou-se uma ferramenta de rastreio do RDN adequada, sendo a sua aplicação rápida, fácil e prática na identificação de crianças com risco de desenvolverem DN.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição, risco de desnutrição, crianças hospitalizadas, STRONGkids.

POSTERS

P.11

Alergénios alimentares: impacto da sua identificação numa unidade de restauração hospitalar

Alexandre Sousa Leitão¹, Helena Loureiro¹, Margarida Pocinho¹, Marta Loureiro Malho¹, Paula Felgueiras¹

1 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (EstesC)
Área de base de Estudo: Alergénios alimentares

INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS: A única hipótese de tratamento de reações adversas a alimentos (RAA) é a evicção total do alimento associado à reacção. O regulamento (EU) nº 1169/2011 torna obrigatória a menção clara de catorze alimentos/ produtos alimentares que podem causar reacção adversa nos rótulos dos alimentos. Este estudo tem como objetivo principal perceber o impacto da identificação dos alérgenos sobre a escolha alimentar de utentes de um refeitório hospitalar. **Material e Métodos:** O estudo é observacional, transversal. Foram identificados os alérgenos alimentares presentes nas ementas em dois locais diferentes. Posteriormente aplicou-se um questionário aos utentes, avaliando os seguintes parâmetros: relevância da disponibilização e do local da informação sobre a escolha alimentar, dificuldade e frequência de leitura de rótulos, entre outros. **Resultados e Discussão:** Existe diferença estatisticamente significativa no grupo de indivíduos que se apercebeu da disponibilização da informação no parâmetro frequência de procura de informações ($p=0.013$) e no grupo de indivíduos que considera ter RAA nos parâmetros: dificuldade da leitura dos rótulos ($p=0.032$), frequência de procura de informações ($p=0.027$) e relevância para a escolha alimentar da disponibilização da informação na entrada do refeitório ($p=0.006$). Entre o grupo de indivíduos que considera ter RAA e o grupo que não considera, não houve diferença estatisticamente significativa na relevância da identificação dos alérgenos para a escolha alimentar ($p=0.109$). O número de indivíduos com alergia alimentar que ignora a rotulagem dos géneros alimentícios poderá estar a aumentar o que poderá justificar os resultados obtidos neste trabalho. Apesar de não termos conhecimento de nenhum estudo semelhante em unidades de restauração, o local de acesso à informação nutricional é relevante para a compreensão e escolha alimentar dos consumidores. **Conclusão:** A disponibilização da informação não exerceu influência significativa sobre a escolha alimentar, mesmo no grupo de indivíduos com RAA reportadas. Para atingir o máximo de relevância sobre a escolha alimentar poderá ser benéfico um melhor estudo do local onde a informação é disponibilizada.

PALAVRAS-CHAVE: Alergénios, Reações adversas alimentos, Restauração hospitalar.

P.12

Dieta cetogénica como tratamento da epilepsia refratária – experiência em pediatria

Ana Raquel Faria¹, Carla Silva², Susana Vilar¹

1 - Estudante FCNAUP; Estagiária Centro Hospitalar do Porto3 *

2 - Nutricionista Centro Hospitalar do Porto2 *

Área de base de Estudo: Dieta Cetogénica

INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS: A epilepsia é um distúrbio em que descargas eléctricas anormais no cérebro são responsáveis por crises recorrentes de convulsões, sendo um dos problemas mais comuns entre os pacientes com paralisia cerebral, autismo e outras formas de deficiência intelectual. Na maioria dos casos a epilepsia pode ser controlada por terapêutica medicamentosa, contudo existem situações resistentes à mesma – epilepsia refratária – podendo recorrer-se a soluções como a dieta cetogénica. Esta dieta caracteriza-se por um elevado teor em gordura, moderado em proteína e restrição em hidratos de carbono, tendo como fim manter um estado de cetose. É objetivo deste trabalho descrever um grupo de crianças com epilepsia, seguidas no Centro Hospitalar do Porto (CHP), que efetuaram tratamento com dieta cetogénica, e avaliar a eficácia e complicações desta dieta nos doentes com tratamento por um período superior a 4 meses. **Material e métodos:** Recolheram-se dados dos doentes que iniciaram tratamento com dieta cetogénica desde 2007 até ao momento, que frequentavam a consulta de Nutrição do Serviço de Pediatria do CHP. **Resultados e discussão:** Analisaram-se dados de 12 crianças – 5 do sexo feminino e 7 do sexo masculino – que no início do tratamento apresentavam uma média de idade de 6,21 anos. Destes doentes, 5 já não fazem dieta cetogénica, sendo que o período de tempo médio de realização da mesma foi de 1,6 meses. Atualmente, os que realizam este tratamento fazem-no há uma média de 22,4 meses. Das desistências, os motivos mais relatados para tal foram a falta de obtenção de resultados, vômitos, recusa e falta de colaboração da família. As crianças a realizar tratamento apresentam eficácia do mesmo, sendo esta comprovada através da diminuição da frequência e duração das crises epiléticas, bem como evolução positiva do desenvolvimento motor e cognitivo. Apesar da eficácia demonstrada, esta dieta apresenta algumas complicações, como alteração de parâmetros analíticos. **Conclusão:** Uma vez verificada a eficácia do tratamento nas crianças que o realizaram por um período igual ou superior a 4 meses, seria importante aumentar a divulgação desta dieta, para que possa constituir solução para um maior número de doentes.

PALAVRAS-CHAVE: Dieta Cetogénica, Epilepsia refratária, Idade pediátrica, eficácia, complicações.

P.13

Caracterização da ingestão nutricional de uma população de idosos residentes na comunidade

Elisabete Carolino¹, Helder Pinto², Lino Mendes¹, Margarida Pombo², Marisa Cebola¹

1 - ESTeSL

2 - Nutricionista⁴ *

3 - Holmes Place² *

Área de base de Estudo: Ingestão nutricional de idosos

INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS: O processo biológico de senescência, típico dos idosos, provoca alterações nos seus hábitos alimentares (quantidade e qualidade dos alimentos e nutrientes consequentemente ingeridos). Estas influenciam diretamente o estado nutricional do idoso, pelo que a avaliação do seu padrão alimentar deve fazer parte integrante da atuação do profissional de nutrição. Por ser simples e de fácil aplicabilidade, a European Food Safety Authority (EFSA), recomenda o questionário recall 24 horas como método de avaliação da ingestão alimentar e nutricional. O objetivo é caracterizar a ingestão nutricional de uma população de idosos residentes na comunidade, utentes de um centro de dia da área da grande Lisboa. Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional, transversal e descritivo. A avaliação e caracterização da ingestão nutricional da população idosa foi realizada através da aplicação do questionário recall 24 horas e contabilização dos macro e micronutrientes na tabela da composição de alimentos – Instituto Doutor Ricardo Jorge. Resultados e discussão: Foram avaliados 42 idosos, dos quais 26 do género feminino. Através da aplicação do recall 24 horas verificou-se baixo aporte de macronutrientes (fibra e glícidos) e de alguns micronutrientes, dos quais se destacam a vitamina D e E, o folato, o cálcio e o magnésio e elevado aporte essencialmente de sódio e fósforo. A anorexia associada ao processo de senescência poderá ser um dos fatores na origem da ingestão deficitária de macronutrientes. Já ao nível dos micronutrientes, os valores encontra-se de acordo com os estudos relevantes - o défice de vitamina D e de cálcio, como revelado pela Modified MyPyramid for Older Adults – e o aumento do consumo de sódio, pela sua elevada presença nos alimentos bem como pela sua adição. Conclusão: A população estudada apresenta uma alimentação deficitária, tanto ao nível de macro como de micronutrientes, que potencia o risco de desenvolvimento de desnutrição. Neste sentido, é crucial realizar uma correta avaliação dos hábitos alimentares dos idosos, que permita caracterizar as necessidades específicas de cada um.

PALAVRAS-CHAVE: Ingestão nutricional, recall 24horas, idosos, comunidade.

P.14

Avaliação do Risco de Desnutrição de Doentes Recém-Admitidos no HFAR- Pólo de Lisboa

Ana Catarina Alves

1 - Hospital das Forças Armadas

Área de base de Estudo: Desnutrição/ Aplicação da ferramenta MUST

INTRODUÇÃO: TA desnutrição é uma causa e consequência comum da doença, com um impacto negativo no prognóstico e qualidade de vida dos doentes, bem como para a instituição hospitalar, com o aumento de custos de internamento. Como principais objetivos enuncio, caracterizar o risco de desnutrição dos doentes das enfermarias do Hospital das Forças Armadas – Pólo de Lisboa e determinar a prevalência de risco nutricional e de presença de desnutrição. Identificar os factores que contribuíram para o risco de desnutrição. Estudo transversal realizado nas enfermarias do Hospital das Forças Armadas – Pólo de Lisboa a doentes recém-admitidos (primeiras 24 a 48 horas) durante 4 semanas. O risco do estado nutricional foi determinado utilizando o protocolo MUST. A prevalência de risco de desnutrição determinado (33%) nos doentes recém-admitidos nas enfermarias do HFAR- Pólo de Lisboa corresponde aos valores encontrados na literatura. Na população rastreada o género não parece ser factor determinante para desenvolver risco nutricional. Pelo contrário, o IMC, percentagem de perda de peso recente e a “severidade da doença”, associada à diminuição de ingestão alimentar, parecem estar associados ao aumento deste risco. Faixas etárias mais elevadas estão associadas a maior predisposição para o aumento do risco nutricional. Ao avaliar a relação entre as diferentes patologias que motivaram o internamento e o risco de desnutrição constatou-se que apenas a doença oncológica aumenta este risco de forma significativa. A prevalência de risco nutricional/desnutrição encontrada justifica a aplicação rotineira do protocolo MUST em meio hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição, Hospital, MUST.

POSTERS

P.15

Adequação do Suporte Nutricional Enteral em Pacientes Críticos em uma Unidade de Trauma

Carolina Lane Alves Farias¹, Mary Evelin Pistori¹
1 - Universidade Federal do Paraná
Área de base de Estudo: Terapia nutricional enteral

OBJETIVOS: Uma das preocupações com a nutrição enteral é a discrepância entre a quantidade prescrita e ofertada. A inadequação da dieta contribui para a desnutrição e consequentemente maior morbi-mortalidade. O objetivo do trabalho foi avaliar a infusão da nutrição enteral, comparando a dieta prescrita versus a infundida em pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital público de Curitiba-PR. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, realizado com 46 pacientes maiores de 18 anos em uso de terapia nutricional enteral exclusiva por no mínimo três dias consecutivos. Os dados secundários coletados incluem dados clínicos e demográficos, o volume da dieta prescrita (VP) e infundida (VI), as Kcal prescritas (Kcal P) e infundidas (Kcal I), o motivo de interrupção da infusão e adequação calórico-proteica na alta da UTI. A comparação de médias de variáveis entre grupos foi realizada por meio de Teste T utilizando o software Graphpad Prism 5.0. **Resultados:** 79,5% da amostra eram do sexo masculino. A média de idade foi de 44,4±19 anos e a média de dias de internação foi de 16,7±10,3. O tempo para iniciar a TNE foi em média de 1,1±0,7 dias. A principal causa da internação foi Traumatismo Crânio Encefálico decorrente de acidentes automobilístico (25%). O volume médio de dieta prescrito foi de 1088 ± 326,4 mL e o volume médio infundido foi de 804±269,2 (p<0,001). Apenas um paciente (2,2%) recebeu 100% do volume prescrito. 15,9% receberam acima de 90%, 29,5% receberam volume inferior a 70% do total prescrito e 6,8% receberam abaixo de 50%. Em 66,2% dos casos em que ocorreu interrupção da infusão da dieta, não constava o motivo desta interrupção na evolução do paciente. Em 12,9% dos casos, a interrupção foi decorrente de episódios de êmese e em 9% devido ao jejum para realização de traqueostomia. A média de Kcal prescritas foi de 1070±345,4 e infundida foi 855,2±309,3 (p=0,02). No momento da alta da UTI, a média de adequação de calorias recebidas pelo paciente foi de 94,05% e de proteínas 83,05%. **Conclusão:** Evidencia-se a necessidade de medidas que minimizem os fatores envolvidos na administração inadequada da dieta, otimizando assim o aporte nutricional.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Nutricional, Nutrição Enteral, Paciente Crítico.

P.16

Frequência de contacto com alimentos e risco de diabetes tipo 2 em formandos da área hoteleira: estudo piloto

Andreia Costa¹, João PM Lima², Maria do Carmo SA Carvalho¹
1 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra3 *
2 - Escola de Hotelaria e Turismo de Coimbra - Turismo de Portugal; Faculdade de Nutrição e Alimentação do Porto - Universidade do Porto
Área de base de Estudo: Diabetes mellitus tipo 2

INTRODUÇÃO: A incidência de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em jovens está a aumentar a nível mundial, principalmente devido às escolhas alimentares erradas e ao sedentarismo. Pelo grau de exposição a alimentos, os estudantes de hotelaria podem apresentar desvios da alimentação saudável, verificando-se entre eles diferenças devido à área específica de formação. **Objetivo:** Avaliar o risco de desenvolver DM2 em alunos da Escola de Hotelaria e Turismo de Coimbra. **Material e Métodos:** Foi efetuado um estudo observacional analítico transversal, com recurso ao questionário FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score). Selecionaram-se ao acaso 3 turmas: com elevado (ECA), médio (MCA) e sem contacto com alimentos (SCA). **Resultados e Discussão:** Inquiriu-se 38 alunos, em igual percentagem de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 18 e os 27 anos. Das turmas já em formação, 28,6% dos alunos com ECA apresentam risco ligeiro de desenvolver DM2, seguido dos SCA com risco ligeiro (13%) e elevado (5.7%). 62% dos alunos com MCA referem praticar atividade física diariamente e 75% deles não têm nenhum caso de diabetes na família, o que poderá estar relacionado com o baixo risco, tendo por base estes fatores protetores. Os alunos com ECA são os mais sedentários e 14% deles já apresentaram glicemia elevada. Apesar disso são os que ingerem vegetais e/ou fruta com maior regularidade (71%). 30% dos alunos SCA apresentam IMC superior a 25Kg/m² e 69% referem apresentar familiares como avós, ou tios com DM2 e nenhum refere ter pais ou irmãos com a doença. Nenhum aluno refere ter tomado algum medicamento para a hipertensão arterial. **Conclusões:** Os alunos com ECA parecem apresentar um maior risco quando comparados com os SCA. Nenhum dos alunos com MCA, apesar disso, apresenta risco de desenvolver DM2, podendo estar protegido pela atividade física e hereditariedade.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus tipo 2, Avaliação do risco, Contacto com alimentos.

P.17

Comparação entre a avaliação subjetiva global produzida pelo paciente (ASG-PPP) e avaliação subjetiva global (ASG) na avaliação nutricional de pacientes oncológicos

Carolina Lane Alves Farias¹, Maria Eliana M. Schieferdecker¹

1 - Universidade Federal do Parana - Brasil

Área de base de Estudo: Oncologia

INTRODUÇÃO: A ASG é um método tradicionalmente utilizado para a avaliação do estado nutricional de pacientes hospitalizados. Entre suas adaptações, encontra-se a ASG-PPP desenvolvida para pacientes oncológicos. A desnutrição em pacientes oncológicos pode alcançar 80%, levando ao aumento da morbi-mortalidade. O objetivo do trabalho foi comparar o diagnóstico no estado nutricional obtido pela ASG-PPP e ASG. Foram avaliados 22 pacientes com neoplasia hematológica, sendo 13 homens (59,1%) e 9 mulheres (40,9%), com média de idade $37,28 \pm 18,5$ anos. Segundo a ASG-PPP, 27,2% dos pacientes foram considerados bem nutridos, 40,9% moderadamente e 31,8% gravemente desnutrido, enquanto que a ASG classificou 22,7% como bem nutridos, 54,5% moderadamente desnutridos e 22,7% gravemente desnutridos. 13 pacientes apresentaram pontuação > 9 na ASG-PPP o que indica necessidade de intervenção nutricional. Pacientes classificados como nutridos pela ASG tiveram menor pontuação da ASG-PPP ($5,2 \pm 3,1$), enquanto que os classificados como moderadamente e gravemente desnutridos apresentaram maior pontuação ($11,5 \pm 5,5$ e $13,2 \pm 6,6$ respectivamente). Foi observado correlação negativa entre a pontuação da ASG-PPP e o IMC ($r = -0,44$ e $p = 0,03$) e correlação positiva entre frequência de sintomas gastrointestinais ($r = 0,766$, $p < 0,001$). A frequência de sintomas gastrointestinais relatada foi alta, sendo que a maior parte dos pacientes relataram sentir gosto estranho na comida, frequentemente encontrado em pacientes oncológicos. O coeficiente Kappa demonstrou fraca concordância entre ASG-PPP e ASG (0,394). A ASG-PPP demonstrou ser mais sensível para identificar pacientes gravemente desnutridos, tendo a vantagem de identificar pacientes que necessitam de intervenção nutricional precoce. Além disso, leva em consideração características peculiares desta população, como sintomas gastrointestinais característicos.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação nutricional, desnutrição, cancer

P.18

Perfil nutricional de pacientes oncológicos segundo diferentes indicadores

Carolina Lane Alves Farias

1 - Universidade Federal do Parana - Brasil

Área de base de Estudo: Oncologia

INTRODUÇÃO: A desnutrição é uma complicação frequente encontrada em pacientes oncológicos, propiciando maior tempo de hospitalização, menor resposta ao tratamento e menor sobrevida. O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional no momento da internação de pacientes oncológicos por meio de diferentes indicadores. Foram avaliados de maneira retrospectiva 50 pacientes internados em um hospital universitário de ambos os sexos. O estado nutricional foi avaliado por meio da Avaliação Subjetiva Global (ASG), Índice de Massa Corporal (IMC), prega cutânea tricipital (PCT), circunferência muscular do braço (CMB) e porcentagem de perda de peso (%PP). A amostra foi constituída de 64% dos pacientes do sexo feminino. A mediana de idade foi de 43,5 anos (17 a 84 anos). 62% eram portadores de neoplasias hematológicas e 40% dos pacientes estavam em tratamento quimioterápico. Segundo a ASG, 48% dos pacientes foram classificados como desnutridos graves, 28% como moderadamente desnutridos e 24% como eutróficos. A desnutrição foi encontrada em 10% dos pacientes segundo o IMC; 44% segundo %CMB e 66% segundo %PCT. No momento da internação, 40% dos pacientes apresentaram perda grave de peso. Não foi observado alteração significativa de peso corporal durante a internação ($p > 0,05$). O presente trabalho demonstrou que a desnutrição foi encontrada em grande parte da população estudada, independente do indicador utilizado. Isto reforça a importância de uma intervenção nutricional precoce, a fim de melhorar o prognóstico e qualidade de vida destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição, cancer, estado nutricional.

POSTERS

P.19

Relação entre o estado nutricional de pessoas idosas institucionalizadas com o risco de úlcera por pressão

Anica Mahendra¹, Bruno Marques¹, Elisabete Carolino¹, Lino Mendes¹, Marisa Cebola¹

1 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Área de base de Estudo: Avaliação do estado nutricional e úlceras por pressão

INTRODUÇÃO: As pessoas idosas constituem um grupo etário sujeito a uma série de alterações que podem comprometer estado nutricional, o que em situação de internamento pode contribuir para o seu agravamento. O risco de úlcera por pressão aumenta em consequência do internamento com agravamento do estado nutricional. Objetivo: Avaliar a relação entre o estado nutricional e o risco de úlcera por pressão em pessoas idosas institucionalizadas no serviço de Medicina num hospital da grande Lisboa. Material e Métodos: Para avaliação e caracterização do estado nutricional da pessoa idosa recorreu-se à aplicação do Mini Nutritional Assessment (MNA®), parâmetros antropométricos: Índice de Massa Corporal (IMC), Perímetro Braquial (PB), Perímetro Geminal (PG), Prega Cutânea Tricipital (PCT), Área Muscular Braquial (AMB); parâmetros laboratoriais: albumina, hemoglobina, hematócrito, linfócitos T e Proteína C-Reativa (PCR). O risco de úlcera por pressão foi classificada pela Escala de Braden. Resultados e Discussão: Foram avaliadas 57 pessoas idosas, das quais 19,3% apresentavam alto risco de desenvolver úlcera por pressão. O risco de úlcera por pressão correlacionou-se de forma negativa com a hemoglobina ($rs=-0,476, p=0,000$), hematócrito ($rs=-0,469, p=0,000$), linfócitos ($rs=-0,408, p=0,002$) e positivamente com a PCR ($rs=0,408, p=0,003$). Relativamente ao questionário, o risco de úlcera por pressão apresentou correlação negativa com o MNA Short Form® ($rs=-0,312, p=0,018$) e MNA Long Form® ($rs=-0,330, p=0,012$). Verificou-se que o risco de desenvolver úlcera por pressão é menor em doentes que apresentam parâmetros hematológicos em valores adequados, e maior em doentes com maior nível de inflamação. Os doentes desnutridos têm maior risco de desenvolver úlcera por pressão, segundo o MNA Short Form® e MNA Long Form®. Conclusões: O estado nutricional deve ser avaliado em todos os idosos hospitalizados, permitindo identificar situações de risco de desnutrição e de desenvolvimento de úlceras por pressão.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoa idosa, úlceras por pressão, MNA®.

P.20

Relação entre função motora, competências alimentares e peso de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral

Maria Antónia Campos¹, Vânia Gomes¹

1 - APPC

Área de base de Estudo: Nutrição em Paralisia Cerebral

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A Paralisia Cerebral (PC) é a causa mais comum de deficiência motora na infância. As alterações do movimento e postura conduzem frequentemente a dificuldades alimentares e estas parecem relacionar-se com a gravidade da função motora. Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a função motora, competências alimentares e peso de crianças e adolescentes com PC. Métodos Foram avaliadas 73 crianças e adolescentes. A função motora foi avaliada através do Gross Motor Function Classification System (GMFCS) e as competências alimentares através do Eating and Drinking Classification System (EDACS). Os percentis de peso para a idade (P/I) foram determinados através das curvas de crescimento específicas para esta população. Resultados/Discussão Das 73 crianças e adolescentes, 54,8% eram do sexo feminino sendo a mediana de idades igual a 8 anos. No que diz respeito à função motora, o nível V foi o mais representativo (60,3%) e, no que toca às competências alimentares, o nível I do EDACS foi o mais encontrado (46,6%). Mais de metade da amostra (57,5%) revelou ser totalmente dependente na realização da alimentação. Relativamente aos percentis de P/I, 50,7% dos indivíduos foram classificados como tendo peso normal para a idade, 17,8% com risco de baixo peso para a idade, 27,4% com risco de excesso de peso para a idade e 4,1% como tendo excesso de peso para a idade. Foi encontrada uma associação entre uma maior gravidade motora e maiores dificuldades alimentares. Verificou-se ainda uma correlação positiva entre o nível de EDACS e a dependência para realizar a alimentação, ou seja, quanto maiores as dificuldades alimentares apresentadas por um indivíduo, mais dependente de terceiros ele estará para se alimentar. Verificou-se que quanto maior a gravidade da função motora, as dificuldades alimentares e o nível de dependência para realizar a alimentação, menor o percentil de P/I. Conclusões Uma maior gravidade da função motora está associada a maiores dificuldades alimentares. A existência destas dificuldades na população com PC é bastante significativa e condicionam o seu peso e, provavelmente, o seu estado nutricional e de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Paralisia Cerebral, Nutrição, Função motora, Competências Alimentares, Peso.

P.21

Cancro Cabeça Pescoço: Intervenção nutricional durante o tratamento de RT no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

Isabel Lourenço¹, Mafalda Miranda¹, Paula Alves

1 - IPO - PORTO

Área de base de Estudo: Radioterapia e Cancro Cabeça Pescoço

INTRODUÇÃO: O Cancro Cabeça Pescoço (CCP) é um grupo de neoplasias malignas do trato aerodigestivo superior, sendo a radioterapia (RT) a modalidade de terapêutica standard. Os doentes com CCP apresentam desnutrição no momento do diagnóstico e prévio ao tratamento, sendo agravada durante a RT pelos efeitos secundários, afetando a ingestão alimentar, estado nutricional e qualidade de vida (QoL). A terapia nutricional e instituição de suplementação são importantes para melhorar a ingestão alimentar, minimizar a perda ponderal e melhorar tolerância ao tratamento, devendo ser iniciada o mais precocemente possível. As vias de alimentação alternativas mais usadas são a gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) e a sonda nasogástrica (SNG). Objetivos Avaliar a intervenção nutricional dos doentes com CCP submetidos a RT no IPO Porto. Metodologia Análise retrospectiva dos doentes com CCP sob RT seguidos na consulta de nutrição entre janeiro e junho de 2015. Resultados Foram avaliados 138 doentes dos quais 83% eram do sexo masculino, com idade média de 57.8 ± 11.2 . A localização mais frequente foi a faringe (39.9%). O estádio T4 e T3 corresponderam a 39.9% e 34,1% respetivamente. Do total de doentes, 66.7% faziam QT concomitante. O número médio de dias entre a 1ª e última observação foi de 28. Em termos ponderais apresentaram média de 64.6 kg na 1ª observação, com perda superior a 10% verificada em 38.1% dos doentes. Efeitos adversos foram verificados em 96.1% da amostra sendo a disfagia a mais frequente. No início do tratamento 15.2% dos doentes tinham PEG profilática e 19, 6% tiveram que colocar PEG reativa no decorrer da RT, dos quais 7% como via alimentar exclusiva. Foi prescrita suplementação nutricional a 59.4% dos doentes. Após término da RT, 52.7% dos doentes mantiveram seguimento na consulta de Nutrição, com uma média de 25 dias entre consultas. Conclusão Os doentes de CCP sob RT constituem um grupo de risco nutricional, sendo a nutrição uma parte essencial nos cuidados. Os doentes no IPO são observados semanal ou quinzenalmente com reavaliação até 6 semanas pós RT. A terapia nutricional precoce e personalizada diminui o impacto dos efeitos colaterais, minimizam a perda de peso, e contribuem para a melhoria de QoL.

PALAVRAS-CHAVE: Nutrição, Cancro, Cabeça Pescoço, Radioterapia, Desnutrição.

P.22

Estado Nutricional, Funcionamento Cognitivo e Depressão em Utentes Idosos de um Serviço Móvel de Saúde

Ana Cristina Paredes¹, Mariana Costa¹

1 -Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses

Área de base de Estudo: Envelhecimento

INTRODUÇÃO: A desnutrição e a depressão são duas condições frequentes nos idosos, tendo vindo a ser demonstrada uma relação entre as duas. Objetivos: Este estudo descreve uma amostra de utentes de um Serviço Móvel de Saúde, que presta apoio de saúde multidisciplinar ao domicílio, no concelho de Marco de Canaveses. Os objetivos foram: 1) avaliar o peso, IMC e estado nutricional; 2) avaliar a presença de depressão e défice cognitivo; 3) compreender a relação entre estado nutricional, funcionamento cognitivo e depressão; e 4) avaliar as diferenças nas variáveis nutricionais em função do sexo e idade. Métodos: Estudo transversal com uma amostra (n=100) de utentes idosos (idade>65 anos), submetidos a avaliação antropométrica através da aferição direta ou indireta do peso e estatura, e posterior cálculo do Índice de Massa Corporal. Foram preenchidos os questionários Mini-Nutritional Assessment, Mini-Mental State Examination e Geriatric Depression Scale. Foi usado o teste de Spearman para avaliar a relação entre as variáveis e o teste-t para amostras independentes para avaliar as diferenças nas variáveis em estudo. Os dados foram analisados recorrendo ao software SPSS versão 22. Resultados: A maioria dos utentes apresenta estado nutricional normal e excesso ponderal. Os resultados mostram que há uma associação entre estado nutricional, funcionamento cognitivo e depressão, sendo que maiores níveis de depressão e maior défice cognitivo se associam a pior estado nutricional. O IMC não está relacionado com os níveis de depressão nem de défice cognitivo. Não foram encontradas diferenças nas variáveis nutricionais em função do sexo ou idade. Conclusões: Este estudo mostra a importância de considerar a presença de depressão e de défice cognitivo nos idosos, já que estes fatores se associam a maior risco de baixo peso e desnutrição e poderão ser um fator a considerar na intervenção com esta população. São necessárias futuras investigações para discriminar a natureza destas relações.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, Estado Nutricional, Desnutrição, Déficit Cognitivo, Depressão.

POSTERS

P.23

Avaliação dos níveis de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico dos Alunos da Escola Superior de Saúde de Coimbra

Alunos do 3º ano da Licenciatura em Dietética e Nutrição da ESTeSC¹, Carmo Carvalho¹

1 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra
Área de base de Estudo: Dieta mediterrânica

INTRODUÇÃO: Há um reconhecimento generalizado da importância do padrão alimentar mediterrânico na promoção da saúde. Mas como sugerido em alguns trabalhos, nas últimas décadas verificou-se um gradual abandono desta prática particularmente nas gerações mais jovens pelo que foi objetivo deste trabalho avaliar a adesão ao padrão alimentar mediterrânico (PAM) dos estudantes do Ensino Superior Politécnico da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC) Material e Métodos: Estudo observacional de coorte transversal. A recolha de dados decorreu durante o mês de Dezembro de 2015. Foram incluídos no estudo estudantes da ESTeSC independentemente da idade e do sexo. O instrumento de recolha de dados foi o inquérito PREDIMED que avalia a adesão ao PAM num score de 0 a 14 pontos, considerando-se boa adesão a partir de 10. Os testes estatísticos utilizados foram Qui-Quadrado da independência, Teste T-Student para amostras independentes, Análise da variância de um factor e o Mann-Whitney. Resultados: Dos 542 estudantes inquiridos (104 do género masculino com uma média de idades de 20,86±4,08 anos e 392 do género feminino com idade média de 19,54±2,13 anos) verificamos que 77,7% mostraram uma má adesão ao PAM (p<0,05). Ao analisar a adesão aos grupos de alimentos propostos no PREDIMED o consumo de mais do que 3 porções de oleaginosas por semana foi o parâmetro menos cumprido (81,7%) seguido pelo consumo de mais que 3 colheres de azeite por dia (63,3%). A premissa que mais alunos cumprem é a utilização do azeite como gordura principal (93%), a confecção através de refogados ≥ 2 vezes por semana (89,5%) e o consumo de carnes brancas em detrimento das vermelhas (81,2%) (p<0,05). Conclusão: Os nossos resultados mostraram uma baixa adesão ao PAM dos estudantes das várias licenciaturas em saúde da ESTeSC tornando necessário uma intervenção nutricional urgente nesta comunidade estudantil.

PALAVRAS-CHAVE: Dieta mediterrânica, PREDIMED, estudantes.

P.24

Suplementação terapêutica com ómega 3 em paciente com adenocarcinoma de pâncreas metastizado

Nuno Couto¹, Patrícia Sofia Menezes Ramalho², Paula Pereira², Renata Ramalho²

1 - Fundação Champalimaud, Centro Clínico Champalimaud – Unidade de Digestivo. Médico oncologista
2 - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Consulta de Nutrição – Clínica Dentária Egas Moniz
Área de base de Estudo: Nutrição oncológica

INTRODUÇÃO: Os tumores do pâncreas exócrino encontram-se entre os 12 mais frequentes e representam a 4ª causa de morte associada ao cancro. Nestes doentes, a perda de peso e a perda de massa muscular (MM) é frequente e associa-se a redução da ingestão/apetite e hipermetabolismo, constituindo um fator de mau prognóstico. A suplementação com ómega 3, particularmente EPA (ácido eicosapentaenóico) e DHA (ácido docosahexaenóico), tem demonstrado resultados positivos na manutenção da MM e aumento da qualidade de vida dos doentes. Objetivo: Discutir o interesse clínico da utilização de EPA+DHA em doente com adenocarcinoma do pâncreas metastizado (APM). Materiais e métodos: Apresentação e discussão de caso clínico. Resultados e discussão: Doente do sexo masculino, 66 anos, enviado em 04/2015 à consulta de nutrição (CN) pelo seu médico assistente, com diagnóstico de APM com carcinomatose peritoneal desde 08/2014. Apesar da boa resposta à quimioterapia (QT), com diminuição de marcadores tumorais, a perda acentuada de peso e os mitos alimentares constituíram os motivos da referenciação à CN. Na 1ª CN observou-se a toma de 7 produtos não regulados com hepato e nefrotoxicidade conhecidas e depleção de MM sobretudo nos membros inferiores. Suspenderam-se os produtos e liberalizou-se a dieta, com o intuito de promover o ganho de peso. Em 07/2015 iniciou suplementação diária com 320mg EPA+160mg DHA e suplemento hipercalórico hiperproteico enriquecido em EPA e fibra (200kcal/11g proteína/746mg EPA/2,6g fibra), num total de 1,066g EPA+160DHA/dia. A evolução foi positiva e em 5 meses normalizou a MM. Em 12/2015, foi internado de urgência por oclusão intestinal, tendo perdido após 4 dias de internamento 15% do peso. Contudo, 1 semana após alta, observou-se a manutenção da MM e apenas gasto de massa gorda. Atualmente mantém QT com ajuste de dose e resposta bioquímica favorável. Conclusões: A suplementação terapêutica com EPA e DHA e a orientação nutricional acompanharam-se de aumento de MM e de melhoria do estado geral do doente. A boa resposta à QT pode ser coadjuvada pela intervenção nutricional; reforçando a importância de uma equipa multidisciplinar na prestação de cuidados individuais ao doente oncológico.

PALAVRAS-CHAVE: Ómega 3, adenocarcinoma de pâncreas, massa muscular, metastase, quimioterapia.

P.25

Risco Nutricional em doentes críticos e outcome; Comparação do Nutric Score, Must e Albumina Sérica

Ivone Machado¹, Manuela Henriques¹, Maria João Eleutério¹, Rita Carvalho¹

1 - Hospital Divino Espírito Santo

Área de base de Estudo: Risco Nutricional - Doentes críticos

INTRODUÇÃO: A doença crítica está associada a uma rápida deterioração do estado nutricional, mesmo em doentes que na admissão na Unidade Cuidados Intensivos (UCI) se encontram bem nutridos. A desnutrição está fortemente associada a um aumento do tempo de internamento (TI) hospitalar e UCI, da incidência de infeções e risco de mortalidade. Várias ferramentas rastreiam o risco nutricional mas a maioria considera todos os doentes na UCI como tendo risco alto. O NutricScore (NS) é uma nova ferramenta proposta para melhor identificar os doentes críticos com risco de desnutrir e que mais beneficiariam com o suporte nutricional. **OBJETIVO** Comparar as ferramentas de avaliação do risco nutricional NS e Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) assim como a albumina sérica (AS) com o outcome, avaliado através do TI na UCI e mortalidade ao 28º dia. **MATERIAL E MÉTODOS** Num estudo observacional retrospectivo foram avaliados todos os doentes admitidos na UCI no período de 6 meses com TI superiores a 72 horas. Foram recolhidos os dados para inclusão nas ferramentas de avaliação; idade, IMC <20, MUST, APACHE II, SOFA, número de co-morbilidades, dias de internamento hospitalar prévia á admissão na UCI e AS. Os outcomes foram recolhidos no dia 28 e incluíram o TI na UCI e mortalidade. A análise estatística foi realizada com o Studentst-test, Mann-Whitney e Fisher's test e consideradas significativas se os p-values inferiores a 0.05. Todas as análises utilizaram o SPSS 21.0 software. **RESULTADOS** 70 doentes foram incluídos com idade média de 65.9 ± 9 anos, IMC 27.8± 6.6, TI-UCI 12.1 ± 9.36 dias. Ao 28º dia 15.7 % dos doentes tinham falecido. Os principais diagnósticos foram, a doença pulmonar, 32.9 %, sepsis 24.3 %, e doença cardiovascular 17.1%. Na ferramenta NS, 7.1% e 8.5 % doentes faleceram no score de baixo e alto risco respetivamente; na ferramenta MUST 1.4% e 14.3% dos doentes faleceram no score de baixo e alto risco respetivamente e através da AS 4.3% e 11.4% doentes faleceram nos scores de depleção moderada e severa respetivamente. Não se verificaram diferenças significativas entre o TI-UCI e mortalidade aos 28 dias entre os scores das ferramentas NS, MUST e AS. **CONCLUSÃO** No presente estudo não encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre sobreviventes e não sobreviventes e entre o TI-UCI nas categorias de alto ou baixo risco nutricional através do NS, MUST e AS.

PALAVRAS-CHAVE: Risco Nutricional, NutricScore, Doentes Críticos.

P.26

Triagem do risco nutricional em doentes com comprometimento funcional numa Unidade de Convalescência

Henrique Henriques¹, Joana Marta Breda Caeiro¹, Luisa Cardoso¹, Maria do Carmo Carvalho¹, Rui Teixeira¹, Sara Vilão¹

1 - Hosp. N. Senhora da Assunção de Seia da ULS da Guarda EPE

Área de base de Estudo: Risco Nutricional e comprometimento funcional

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: As unidades de Convalescência visam a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia mas potencialmente recuperável. A incapacidade motora dos doentes internados nestas unidades pode comprometer a execução das atividades de vida diária nomeadamente a ingestão alimentar contribuindo para o aumento do risco nutricional. Pretendeu-se avaliar o risco nutricional dos doentes com comprometimento funcional internados na Unidade de Convalescência do Hospital de Seia da ULS da Guarda EPE (UCHS). **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo prospetivo que incluiu 24 doentes admitidos consecutivamente por múltiplas patologias na UCHS no período de 15 de Fevereiro a 10 de Março de 2016. O risco nutricional foi avaliado pelo Nutritional Risk Screening (NRS-2002). Para avaliar o nível de funcionalidade foi utilizada a Escala de Barthel Modificada (EBM). A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS 17.0. **RESULTADOS:** Foram avaliados 24 doentes (75,71±12,58 anos), 53,8% do género feminino e 41,7% do género masculino. Através da aplicação do NRS-2002 verificou-se que 12,5% dos doentes tinham estado nutricional satisfatório, pelo que não prosseguiram no preenchimento do inquérito e 62,6% encontrava-se em risco nutricional. A média do score do NRS-2002 foi de 3,14±0,91 pontos. Quando associamos doentes em risco nutricional com o nível de mobilidade proposto na EBM obtivemos uma pontuação média de 19,27±16,34 pontos, valor mais baixo que o apresentado pelos doentes sem problemas nutricionais 29,17±18,03 pontos. Quando associamos doentes com risco nutricional com o nível de autonomia pessoal da EBM encontramos uma pontuação média de 28,07±20,28 pontos, comparativamente com os doentes sem problemas nutricionais que apresentam uma pontuação de 35,17±18,59 pontos. A média total do score da EBM foi de 53,92±32,02 pontos sugerindo um grau de dependência funcional moderada. **CONCLUSÃO:** A avaliação do risco nutricional em doentes internados na UCHS com comprometimento funcional deve ser precocemente instituída de modo a identificar situações de risco e proporcionar uma intervenção nutricional adequada.

PALAVRAS-CHAVE: DRisco Nutricional, Comprometimento Funcional, NRS-2002, Escala de Barthel Modificada.

POSTERS

P.27

Avaliação dos níveis de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico dos funcionários de um Hospital do Interior do país

Helena Figueiredo¹, Joana Marta Breda Caeiro¹, Maria do Carmo Carvalho¹

1 - Hosp. Nossa Senhora da Assunção de Seia da ULS Guarda EPE
Área de base de Estudo: Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A Dieta Mediterrânica, Património Imaterial da Humanidade pela UNESCO propõe um padrão alimentar que reúne com grande evidência científica elevados benefícios para a saúde, pelo que deve ser presença assídua nas refeições dos portugueses. Pretendeu-se avaliar os níveis de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM) dos funcionários do Hospital Nossa Senhora da Assunção de Seia (HNSAS) da ULS Guarda EPE. **MATERIAL E MÉTODOS:** Foram avaliados 143 funcionários do HNSAS. A recolha de dados decorreu de 14 a 17 de Março de 2016. Foram critérios de inclusão estar de serviço e querer participar voluntariamente no estudo. A adesão ao PAM foi avaliada através do questionário PREDIMED (PREvenición com Dieta MEDiterránea). De acordo com o resultado obtido: <10 pontos: insuficiente adesão ao PAM e ≥10 pontos: boa adesão ao PAM. A análise estatística foi efetuada pelo programa SPSS 17.0. **RESULTADOS:** Os 143 participantes tinham uma média de 43,03±9,96 anos de idade, 72,7% do género feminino e 27,3% do género masculino. Dos inquiridos 30,1% Assistentes Operacionais, 28% enfermeiros, 16,1% Técnicos Administrativos, 9,8%, médicos 9,1% Técnicos Diagnóstico Terapêutica e 5,6% Técnicos Superiores de Saúde. A média da pontuação PREDIMED foi 9,57±1,88 pontos. Como respostas positivas, significância estatística ($p < 0,05$) e uma boa adesão ao PAM destacamos o elevado consumo de azeite (74,4%), hortícolas (91,5%), peixe/mariscos (86,6%), carnes brancas (95,1%), refogados (97,6%), frutas (63,4%) e oleaginosas (45,1%). Encontrámos baixos consumos de carnes vermelhas (92,7%), manteiga/margarina/natas (95,1%), sumos (96,3%) e produtos de pastelaria (72,0%). Como aspetos não positivos, sem significância estatística ($p > 0,05$) destacamos baixa ingestão de vinho com moderação (17,1%) e leguminosas (58,5%). **CONCLUSÃO:** Os nossos resultados evidenciam que os funcionários do HNSAS mostram alguma sensibilidade para a prática de um PAM, contudo o baixo consumo de leguminosas e de vinho com moderação sugere que é necessário maior investimento na promoção e divulgação destes alimentos e dos seus benefícios na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Padrão Alimentar Mediterrânico, PREDIMED.

P.28

Desnutrição na admissão hospitalar de doentes idosos com Diabetes tipo2 num Serviço de Medicina

Graça Branquinho⁴ * Helena Figueiredo³ * Joana Marta Breda Caeiro² * Maria do Carmo Carvalho¹ *

1 - Hosp. N. Senhora da Assunção de Seia da ULS da Guarda EPE
Área de base de Estudo: Diabetes tipo2 e desnutrição

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A população idosa é vulnerável ao desenvolvimento de problemas nutricionais. Quando hospitalizada, o risco de desnutrição aumenta, assim como as complicações associadas. A Diabetes tipo2 é uma doença com elevada prevalência na população idosa e também contribui para o aumento do risco de desnutrição. Pretende-se avaliar o risco de desnutrição dos doentes idosos com diabetes tipo2 (DIDT2) internados por múltiplas patologias no Serviço de Medicina (SM) do Hospital de Seia da ULS Guarda EPE. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo que decorreu de 1 de Junho de 2009 a 15 de Março de 2016. Critérios de inclusão: idade ≥65 anos, tempo de internamento <72 horas, ausência de edemas, próteses metálicas e amputações. Foram avaliados 536 DIDT2 e um grupo de controlo constituído por 719 doentes idosos. O instrumento de recolha de dados foi o Mini Nutritional Assessment (MNA®). O diagnóstico de Diabetes tipo2 foi retirado do processo clínico. **RESULTADOS:** Dos 536 DIDT2 46,1% do género masculino apresentavam uma idade média de 81,46±7,36 anos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao grupo controlo constituído por 719 doentes idosos, 47,8% do género masculino ($p=0,568$), com uma idade média de 80,58±7,54 anos ($p=0,335$). Contudo a média do score de triagem do risco nutricional MNA® dos DIDT2 foi significativamente mais baixa com 16,15±5,66 pontos, quando comparada com a do grupo de controlo: 19,18±5,32 pontos ($p=0,000$). Os DIDT2 16,3% não apresentavam problemas nutricionais, 22,8% tinham risco de desnutrição e 60,9% estavam desnutridos. Dos doentes idosos do grupo de controlo 29,7% não tinham problemas nutricionais, 35,5% tinham risco de desnutrição e 34,8% desnutrição ($p=0,000$). Os DIDT2 com maior IMC ($IMC \geq 23$) apresentavam uma maior prevalência de desnutrição (33,9%) ($p=0,000$). **CONCLUSÃO:** Os nossos resultados evidenciam que a desnutrição tem maior prevalência no grupo constituído pelos DIDT2. São também os DIDT2 desnutridos que apresentam valores de IMC mais elevados. A necessidade da triagem do risco nutricional aquando da admissão hospitalar deve ser instituída o mais precocemente possível para que a intervenção nutricional e o seu seguimento sejam eficazes.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes tipo2, Risco Nutricional, Doentes Idosos internados.

P.29

Caracterização dos hábitos nutricionais e composição corporal de jovens futebolistas da Associação Desportiva de São Romão

Adriana Filipa dos Santos Marques¹, Melanie Sobrado Araújo¹
1 - Coimbra Health School
Área de base de Estudo: Nutrição Desportiva

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: Caracterizar os hábitos de ingestão nutricional e o perfil antropométrico de jovens atletas futebolistas. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal. Decorreu de Novembro de 2014 até Maio de 2015 e incluiu jovens adolescentes do sexo masculino, da modalidade de futebol 11 da equipa de juniores B Sub17 da Associação Desportiva de São Romão. A amostra resultou num total de 15 participantes. Para a avaliação da composição corporal utilizou-se uma Balança Seca com estadiómetro incorporado, um medidor de pregas cutâneas "The Harpenden Skinfold Caliper by Fitness Assist" e uma fita métrica flexível. Para a avaliação da ingestão nutricional utilizou-se um registo alimentar de três dias. **Resultados** Quanto à composição corporal, o IMC médio da amostra foi de 23,4kg/m², conclui-se assim que estes jovens atletas se encontram entre o percentil 75 e 85 estando portanto dentro dos valores normais. A percentagem média de massa gorda da amostra foi de 11,9%, estando portanto dentro dos valores recomendados. Verificámos que existe diferença estatisticamente significativa entre a ingestão energética média, 2087kcal, e o valor que seria recomendado, 2750kcal. Relativamente à ingestão nutricional de macronutrientes, de um modo geral, não se observaram grandes discrepâncias entre a ingestão e as recomendações, estando assim dentro dos valores desejados. Por último, em termos de micronutrientes a nossa amostra apenas atingiu os valores recomendados de Vitamina C ficando os outros parâmetros abaixo das recomendações das DRI's. **Conclusão** Tendo em conta estes resultados, podemos concluir que os atletas, de um modo geral, apresentam uma composição corporal e uma ingestão nutricional adequada. No entanto, é evidente a necessidade de uma intervenção nutricional como objetivo de adequar a ingestão alimentar, aumentando a ingestão energética e de vitaminas

PALAVRAS-CHAVE: Nutrição; Desporto; Adolescência; Macronutrientes; Micronutrientes; Composição corporal; Jovens atletas futebolistas.

P.30

A influência da nutrição no Refluxo Gastroesofágico em Cantores e Instrumentistas de Sopro

Carla Correia¹, Helena Loureiro¹, Rafaela Melo¹
1 - ESTeSC
Área de base de Estudo: Refluxo Gastroesofágico

INTRODUÇÃO: A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é mais prevalente em cantores e instrumentistas de sopro do que na população em geral pois utilizam o diafragma - músculo importante anti-refluxo - para controlarem a respiração, de uma forma abrupta e persistente, enfraquecendo-o. Pretende-se, com este estudo, compreender os mecanismos associados ao RGE e ao uso do diafragma nestes músicos, a influência da nutrição no desenvolvimento de sintomas, bem como a prevalência desta patologia nesta população, relacionando-a com o padrão alimentar e condição física. **METODOLOGIAS:** Foram inquiridos 91 cantores e instrumentistas de sopro dos 15 aos 50 anos de vários níveis de prática musical. A avaliação consistiu numa sessão de esclarecimento inicial, seguida de uma avaliação nutricional e antropométrica e da realização de um inquérito sintomático da DRGE – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (DRGE-QVRS) e de um inquérito de frequência alimentar. **RESULTADOS:** Verificou-se uma maior prevalência de DRGE e de sintomas típicos de RGE em cantores do que em instrumentistas de sopro, sendo esta prejudicial para a sua performance. Os inquiridos identificaram associações entre alguns alimentos e os sintomas (café, leite, álcool e gorduras). Foi ainda verificada uma associação direta entre a obesidade e os sintomas de RGE. **CONCLUSÕES:** A DRGE é mais prevalente nesta população, sendo considerada por alguns como uma doença profissional, identificando-se diferenças estatisticamente significativas para uma maior prevalência no sexo feminino. Identificou-se ainda que uma parte da amostra que não está diagnosticada com DRGE possui sintomas e, por isso, carece de uma intervenção nutricional e clínica atenta. Verificou-se também a existência de alguns alimentos potenciadores de sintomas coincidentes com a literatura existente. São necessárias mais investigações nesta população, para que seja possível alcançar a melhor performance possível, aliada a um pleno bem-estar físico.

PALAVRAS-CHAVE: Nutrição, Refluxo Gastroesofágico, Cantores, Instrumentistas de Sopro.

POSTERS

P.31

Alimentação em fim de vida: Perspetiva através do olhar de uma criança

Carla Pinho¹, Cíntia Pinho-Reis², Fátima Pinho³, Patrícia Coelho⁴

1 - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

2 - Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa

3 - Unid Local de Saúde de Matosinhos E.P.E.; Hospital-Escola da Univ. Fernando Pessoa

4 - Instituto de Ciências da Saúde da Univ. Católica Portuguesa

Área de base de Estudo: Alimentação em Fim de Vida

INTRODUÇÃO: As crianças, desde uma idade precoce, são capazes de experienciar sentimentos de perda e de luto quando um ente querido possui uma doença crónica e evolutiva sem possibilidades de cura. A alimentação dos doentes paliativos é frequentemente muito alterada no decorrer da doença, pelo que, uma das modificações na alimentação que as crianças mais percecionam em familiares doentes no domicílio é a alteração da via oral para a via artificial de alimentação. **Objectivo:** Compreender a problemática da alteração da via de alimentação através do ponto de vista de uma criança em relação à sua mãe. **Material e Método:** Estudo de caso com uma criança, sexo feminino, 12 anos, que cuidava da mãe, de 46 anos, a quem foi diagnosticado neoplasia maligna da laringe com metastização pulmonar, tendo como principais sintomas: dor e caquexia. Por impossibilidade de ser alimentada por via oral, foi-lhe colocada gastrostomia percutânea endoscópica em Dezembro de 2014 e traqueostomia em Janeiro de 2015. A recolha de dados baseou-se na observação direta e na entrevista semi-estruturada no domicílio da criança com a presença e o consentimento dos pais. **Resultados e Discussão:** Para a criança as perdas com a alimentação da mãe, pela passagem da alimentação para a nutrição artificial, era encarado como um processo de luto. Ocorreu a perda dos momentos de convivência social e familiar. De acordo com a criança, a mãe apresentava tendência para se isolar no horário das refeições. Ocorreu também a perda do papel e do laço mãe/filha pois a criança passou de filha a cuidadora, sendo que era esta que administrava à mãe a alimentação por via entérica sempre que o pai se encontrava ausente. Alimentar a mãe artificialmente mantinha-a ligada à vida mas também significava que a doença não tinha cura, pelo que foi identificada a perda da saúde em contraste com a finitude da vida. **Conclusões:** Encarar as perdas relacionadas com a alimentação como parte integrante do processo de luto é um tema que carece de investigação, especialmente na área da pediatria e dos cuidados paliativos no domicílio. Perante a filosofia dos cuidados paliativos, o papel da equipa interdisciplinar seria fundamental no acompanhamento e explicação de todo o processo.

PALAVRAS-CHAVE: "home palliative care", "family", "children", "enteral nutrition".

P.32

Pica

Carolina Coelho

1 - Universidade Fernando Pessoa

Área de base de Estudo: Pica

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A pica insere-se nos comportamentos alimentares atípicos que descreve o consumo de substâncias não nutritivas e não alimentares (papel, giz, terra, sabão, etc), em que a sua prática pode causar efeitos pejorativos à vida, sendo diagnosticada com recurso aos critérios descritos no DSM-V. Responsável por diversas complicações intestinais, intoxicações, toxoplasmoses e deficiências nutricionais, a pica torna-se difícil de diagnosticar pelo relato individual e familiar do doente, surgindo em meio hospitalar com consequências já graves. Grávidas e pessoas institucionalizadas são os grandes grupos de risco para o desenvolvimento deste comportamento, sendo necessário um maior cuidado, tornando-se a suplementação nutricional essencial. A equipa multidisciplinar, a educação alimentar com o acompanhamento do nutricionista, o enriquecimento ambiental, o reforço positivo, fármacos e suplementos revelam ser o melhor conjunto para o tratamento desta patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamentos alimentares atípicos, diagnóstico, tratamento, nutrição.

P.33

Nutrition Day no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Cova da Beira

Helena Loureiro¹, Margarida Proença², Maria Armada Marques¹, Tatiana Fernandes²

1 - Escola Superior Tecnologia da Saúde de Coimbra

2 - Centro Hospitalar Cova da Beira

Área de base de Estudo: Desnutrição hospitalar

INTRODUÇÃO: O Nutrition Day é uma iniciativa internacional que pretende combater a desnutrição nas instituições de saúde, com o objetivo de alertar para esta situação e, sobretudo, melhorar a qualidade dos cuidados de nutrição prestados. **Objetivo:** Avaliar os cuidados de saúde prestados no Serviço de Medicina Interna, a nível nutricional, e comparar com os cuidados prestados a nível mundial. **Métodos:** O Nutrition Day consiste numa auditoria através da aplicação de 5 questionários relativos à estrutura do serviço, informação médica, história clínica, história alimentar e outcome clínico dos doentes. **Resultados:** Os doentes internados no Serviço de Medicina Interna apresentam uma média de idades de 78 anos (mínimo 47, máximo 91), com um IMC de 27,1 kg/m². A média de dias de internamento é de 15 (mínimo 2, máximo 38), encontrando-se acima da média mundial (10 dias). Quanto ao número de nutricionistas no serviço, verificamos que, se considerarmos o número total, nos encontramos acima da média mundial (1,62 ± 1,48). Relativamente à perda de peso nos últimos 3 meses, verificamos 68,4% apresenta perda de peso, sendo que a maioria (42,1%) perdeu entre 0 a 4 kg. Em relação ao apetite, a maioria (42,1%) refere manter o seu apetite habitual, com 31,6% a reportar uma redução ligeira do mesmo. **Conclusão:** O Nutrition Day permite-nos aferir os cuidados nutricionais prestados e comparar com as unidades semelhantes, a nível mundial. Em termos de nutricionistas/dietistas afetas ao serviço de Medicina, verificamos que nos encontramos acima da média mundial. Porém, devemos ter em conta que o número de nutricionistas é afeto a todos os serviços do hospital (incluindo consultas externas), e não apenas ao Serviço de Medicina Interna. O Nutrition Day permite-nos caracterizar a população de doentes do serviço, facilitando futuramente a intervenção nutricional e alertando para a problemática da desnutrição em meio hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição, nutrition day.

P.34

Perceção dos alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico e seus encarregados de educação sobre os alimentos promotores de saúde

Francisco Sousa¹, Leandro Oliveira²

1 - Universidade dos Açores / Departamento de Ciências da Educação

2 - Universidade dos Açores/ Departamento de Ciências Agrárias

Área de base de Estudo: Nutrição

INTRODUÇÃO: Os alimentos promotores de saúde (APS) ou alimentos funcionais apresentam um efeito fisiológico benéfico para a saúde e/ou redução do risco de doenças crónicas. Sabendo que a perceção do consumidor é muito influenciada pelo marketing alimentar, torna-se importante avaliar a sua perceção sobre os APS de modo a delinear estratégias de educação alimentar mais efetivas com vista a promover a sua saúde. **Objetivo:** Avaliar a influência do conhecimento do conceito de APS na perceção sobre os mesmos pelos alunos do 3º ciclo do ensino básico da ilha Terceira e respetivos encarregados de educação (EE). **Métodos:** Utilizou-se um questionário de aplicação direta numa amostra não probabilística de 3 turmas por ano de escolaridade do 3º ciclo do ensino básico em 5 escolas da ilha Terceira. Este possuía questões de carácter sociodemográfico, avaliação dos conhecimentos sobre APS e, questões para avaliar a perceção, atitudes e crenças sobre APS baseados na literatura consultada. Na análise estatística utilizou-se o software IBM SPSS versão 23.0 para Windows. **Resultados e discussão:** A amostra final contou com 355 alunos com 14±1,2 anos, na maioria do sexo feminino (57,3%), a frequentar o 9º ano (39,8%); e 315 EE com 42,1±5,9 anos, maioritariamente do sexo feminino (92,7%), casados / em união de facto (83,2%), com o 2.º ciclo do ensino básico (29,2%). A maioria dos alunos e EE vivia em Angra do Heroísmo, em meio rural, e possuía uma horta em casa. Os alunos (36,5%) e EE (45,7%) associaram o conceito de APS a alimentos saudáveis e só 38,1% dos alunos e 44,4% dos EE selecionaram corretamente APS e/ou alimentos funcionais. Alunos e EE consideram os APS necessários mas revelaram desconfiança em relação a estes, ademais mostraram ter atitudes positivas em relação aos APS. Em relação à perceção dos inquiridos sobre os APS, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre alunos e EE, e quem tinha conhecimento prévio sobre o conceito de APS e quem não tinha. **Conclusão:** Os alunos e os EE possuem atitudes positivas em relação aos APS. Porém, existem algumas crenças que necessitam de ser desmitificadas, pelo que se realça a necessidade de intervenção nestas populações a fim de melhorar a sua perceção sobre os APS.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentos funcionais, Alimentos promotores de saúde, escola, literacia alimentar, perceção.

POSTERS

P.35

Adequação da Ingestão Calórica-Proteica e do aumento ponderal em grávidas seguidas num Hospital Provado

Ana Rita Lopes¹, Joana Bernardo¹, Susana Paulino², Tânia Furtado¹, Vânia Costa¹, Vânia Costa¹, Vânia Costa¹, Vânia Costa¹

1 - Hospital Lusíadas Lisboa

2 - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Área de base de Estudo: Nutrição durante a gravidez

INTRODUÇÃO: A ingestão calórico-proteica e o aumento ponderal adequados durante a gestação são determinantes para a saúde da mãe e do bebé e para diminuição de complicações durante gravidez, no parto e pós-parto. **Objetivo:** Caracterização da evolução ponderal e da ingestão calórico-proteica durante a gestação, de puérperas seguidas numa Unidade Hospitalar Privada. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo retrospectivo. Foram aplicados um questionário estruturado para caracterização da gravidez e um questionário de frequência alimentar relativo à dieta praticada durante o 3º trimestre de gestação, ambos no pós-parto imediato. **Resultados / Discussão:** Obteve-se uma amostra de 34 puérperas com idade média de 33.2±3.9 anos. Constatou-se que 88,2% iniciaram a gravidez com peso normal (IMC médio inicial=22.5±3.5kg/m²), tal como o estudo de Domingos I. Em média, durante a gravidez verificou-se um aumento de 13±3,7kg. 44,1% das puérperas teve um aumento ponderal de acordo com as guidelines, contudo 29,4% não atingiram o peso e 26,5% superaram o aumento ponderal recomendado. A ingestão energética média foi de 2279±883kcal e a ingestão proteica média foi de 1,7±0.7g, à semelhança do estudo de Domingos, I. Em relação às guidelines atuais, 50% das puérperas não atingiram as necessidades de energia, 20,6% superaram em 10% a ingestão energética e 8,8% das puérperas superaram em 50% a ingestão energética recomendada. Apenas 20,6% apresentaram uma ingestão energética de acordo com o recomendado. Relativamente à ingestão proteica, constatou-se que apenas 5,9% das puérperas têm uma ingestão adequada de proteína, sendo que 14,7% não atingem as necessidades e 89,4% superaram a ingestão proteica, das quais 23,5% superaram em dobro. A ingestão de macronutrientes foi semelhante à apresentada por Pinto et. Al. Não se verificaram associações entre as variáveis estudadas. **Conclusão:** Dada a importância do papel da nutrição adequada durante a gestação para a mãe e para o bebé, é fundamental que seja disponibilizado aconselhamento alimentar na fase pré-gestacional e durante a gravidez.

PALAVRAS-CHAVE: Nutrição, gestação, ingestão alimentar, aumento ponderal.

P.36

Perfil de Ácidos Gordos de sementes: Benefícios para a saúde

Helena S. Costa¹, M. Beatriz P. P. Oliveira², Mafalda Alexandra Silva³, Tânia Gonçalves Albuquerque¹

1 - Inst N. Saúde Doutor Ricardo Jorge / REQUIMTE-LAQV / Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto⁴

2 - REQUIMTE-LAQV/Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

3 - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Área de base de Estudo: Nutrição e saúde

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: Nos últimos anos tem-se verificado um aumento na procura de sementes oleaginosas, sobretudo de girassol, sésamo, linhaça e pevides de abóbora, porque o seu consumo está associado a efeitos benéficos para a saúde. Recentemente, surgiram no mercado “novas” sementes que agora fazem parte da nossa alimentação, como por exemplo, as sementes de chia e de papoila. Normalmente, este tipo de produtos são adicionados a outros alimentos como batidos, iogurtes, sumos de fruta, ou são usados como ingredientes na produção de produtos de padaria e/ou pastelaria. O objetivo deste trabalho foi determinar o perfil de ácidos gordos de diferentes tipos de sementes que estão frequentemente disponíveis no mercado Português. **Material e Métodos:** Foram adquiridas em 2015, nas superfícies comerciais e ervanárias da região de Lisboa, oito tipos de sementes. Determinou-se o perfil de ácidos gordos por cromatografia gasosa das seguintes amostras: Papoila (*Papaver somniferum* L.), chia (*Salvia hispanica* L.), alpista (*Phalaris canariensis* L.), cânhamo (*Cannabis sativa* L.), abóbora (*Cucurbita* L.), girassol (*Helianthus annuus* L.), sésamo (*Sesamum indicum* L.) e linhaça (*Linum usitatissimum* L.). **Resultados e Discussão:** Verificou-se que para as sementes de linhaça e chia o principal ácido gordo foi o ácido alfa-linolénico (C18:3, n3), com valores que variaram entre 45,9% e 64,4% do total de ácidos gordos, para sementes de linhaça e sementes de chia, respetivamente. Para as restantes amostras o principal ácido gordo foi o ácido linoleico (C18:2, n6). As sementes de papoila apresentaram o maior teor de ácido linoleico (71,6% do total de ácidos gordos), e as sementes de sésamo apresentaram o teor mais elevado de ácido oleico (39,6% do total de ácidos gordos). **Conclusões:** Todas as sementes analisadas apresentam um perfil de ácidos gordos saudável, sendo estes sobretudo ácidos gordos insaturados relacionados com efeitos benéficos na prevenção de doenças cardiovasculares. Este estudo fornece novos dados sobre o perfil de ácidos gordos de sementes oleaginosas amplamente disponíveis, que poderão ser úteis para avaliar o padrão alimentar da população Portuguesa, mas também para o desenvolvimento de futuras recomendações e orientações

PALAVRAS-CHAVE: Sementes, ácidos gordos, doenças cardiovasculares, ómega-3.

P.37

Recomendações Alimentares no Cancro da Próstata

Jorge Oliveira¹, Paula Alves², Susana Irving³,

1 - Serviço de Urologia do IPOFG, E.P.E

2 - Diretora do Serviço de Nutrição e Alimentação do IPOFG, E.P.E

3 - Translational Clinician/Scientist-London, UK

Área de base de Estudo: Cancro da próstata, prevenção secundária, alimentação

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: O Cancro da Próstata (CaP) é das neoplasias mais frequentes em Portugal. Com a identificação da obesidade como um fator de risco de progressão tumoral, renovou-se o interesse nas recomendações alimentares no contexto da manutenção da massa muscular, dinâmica hormonal e redução da resistência à insulina e stress oxidativo. Simultaneamente, um diagnóstico de CaP localizado poderá aumentar a motivação para a adoção de hábitos saudáveis e a inclusão nos protocolos de Vigilância Ativa a oportunidade para reforçar atitudes e comportamentos. Por este motivo apreciaram-se as recomendações alimentares e linhas de orientação baseadas na evidência na prevenção da progressão do CaP localizado. **Material e Métodos:** Pesquisa em Pubmed / Medline com os termos: recomendações alimentares, linhas de orientação, CaP. Foram selecionados artigos de língua inglesa desde 2011 a 2016. **Resultados e Discussão:** Da bibliografia analisada, a alimentação e a atividade física apresentam-se como temas recorrentes nos determinantes de risco de cancro. São também parte importante da narrativa do papel da obesidade na carcinogénese. Assim, e à semelhança das recomendações existentes para a prevenção cardiovascular, as recomendações atuais focam-se nas escolhas alimentares. O último relatório do WCRF/AICR (2007) abandona as indicações específicas a nutrientes e recomenda evitar alimentos densos em calorias, refrigerantes, "fast food" e carnes processadas. A complexidade inerente aos padrões alimentares e a heterogeneidade tumoral, aliada à dificuldade de interpretação das necessidades em micronutrientes (curvas em U) dificultam a análise robusta da evidência disponível. A grande exceção, será o licopeno, ao qual é sugerido um efeito protetor no CaP. **Conclusões:** Tendo em conta a miríade de abordagens na literatura que relaciona alimentos e nutrientes com o CaP, pode-se concluir que as recomendações alimentares têm-se mantido estáveis. Encontraram-se linhas orientadoras de escolha alimentar, em muito sobreponíveis com as de prevenção de outras doenças crónicas. No entanto, as recomendações alimentares para a prevenção do cancro parecem menos estabelecidas e mais permeáveis a erosão causada pela disseminação de mensagens nutricionais inconsistentes.

PALAVRAS-CHAVE: Cancro da próstata, prevenção secundária, alimentação.

P.38

Instrumentos de avaliação da Anorexia em Doentes Paliativos

Cíntia Pinho-Reis¹, Fátima Pinho²

1 - Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa

2 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E; Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa

Área de base de Estudo: Anorexia em Cuidados Paliativos

INTRODUÇÃO: Em Cuidados Paliativos, a anorexia é um sintoma muito comum na doença oncológica, pelo que, torna-se fundamental avaliar este sintoma com o objectivo de proporcionar um acompanhamento da pessoa doente, da forma mais holística possível. **Objectivo:** Identificar na literatura quais os instrumentos utilizados na avaliação da anorexia em cuidados paliativos. **Material e Método:** Revisão sistemática da literatura no período de 2000 a 2015, com pesquisas nas bases de dados ISI, PubMed e EBSCO, utilizando as palavras-chave "anorexia", "terminally ill", "terminal care", "palliative care". Foram incluídos apenas artigos originais em língua portuguesa, inglesa, francesa e espanhola com resumo e referências disponíveis e analisados por especialistas. **Resultados e Discussão:** Foram selecionados 10 artigos que identificam e caracterizam instrumentos de avaliação da anorexia em cuidados paliativos. Em relação à origem dos estudos, podemos concluir que três dos estudos foram realizados no Reino Unido, três nos Estados Unidos da América, três na Europa e um no Japão. Os estudos foram essencialmente desenvolvidos em contexto hospitalar, seguido de unidades de internamento. A sua aplicação revelou-se escassa no âmbito domiciliário. Os instrumentos utilizados foram na sua maioria aplicados a doentes oncológicos, sendo que apenas três foram aplicados em doentes paliativos independentemente da patologia. Os instrumentos tinham por base escalas unidimensionais, não tendo por isso em consideração a componente holística que deve acompanhar o doente paliativo. **Conclusões:** Não há instrumentos padronizados para a avaliação da anorexia nem a sua utilização é realizada frequentemente. Ao nível nacional, não existem ainda instrumentos uniformizados para a avaliação deste sintoma.

PALAVRAS-CHAVE: "anorexia", "terminally ill", "terminal care", "palliative care".

POSTERS

P.39

Cancro da Próstata e Obesidade: Parceiros no Crime

Dr. Jorge Oliveira¹, Paula Alves², Susana Couto Irving³

1 - Serviço de Urologia IPO Porto³ *

2 - Diretora do Serviço de Nutrição e Alimentação do IPOPF, E.P.E

3 - Translational Clinician/Scientist- London, UK¹ *

Área de base de Estudo: Cancro da Próstata e obesidade

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A gestão clínica do Cancro da Próstata (CaP) encontra-se condicionada pela dinâmica do "Prostate Specific Antigen" (PSA) sérico. Neste contexto, existe o risco de diagnósticos redundantes já que se expõe um número excessivo de indivíduos a tratamentos que causam impacto na função e qualidade de vida. As recomendações atuais sugerem protocolos de Vigilância Ativa (VA) que monitorizam os tumores indolentes, salvaguardando a intenção curativa. No entanto, os profissionais de saúde deparam-se com a falta de definição dos riscos que precipitam a progressão tumoral. A Obesidade emergiu como um desses fatores. Sendo o excesso de peso modificável via intervenções alimentares/estilo de vida, esta opção é atrativa para doentes e sistema de saúde, já que pode prevenir tratamentos agressivos e dispendiosos. Para compreender a relação efectuou-se revisão bibliográfica do papel da obesidade na progressão do CaP localizado ou em VA. Material/Métodos Pesquisa em Pubmed /Medline. Selecionados artigos e referências em inglês posteriores a 2012. Resultados/ Discussão A obesidade parece aumentar o tamanho tumoral, a agressividade patológica e estadios mais avançados. Os mecanismos moleculares envolvidos são a hiperinsulinemia, inflamação, dos fatores de crescimento, das hormonas sexuais e a desregulação do tecido adiposo no microambiente periprostático/sistémico. A interrogação da evidência mostrou a crescente associação epidemiológica entre obesidade e risco de carcinogénese e alguns estudos que sugerem uma redução da sobrevida no CaP. São limitadas as linhas de orientação baseadas na evidência, que otimizem a atuação clínica em indivíduos obesos com CaP. Conclusões A relação perniciosa entre a obesidade e o risco de progressão do CaP encontra-se apoiada em mecanismos biológicos descritos na literatura. A qualidade da evidência é limitada pelo tipo de estudos, retrospectivos e ensaios clínicos não representativos. Considera-se urgente a adequada translação da evidência existente e o investimento na gestão de risco de progressão do CaP associado a obesidade, nomeadamente no estudo do impacto na progressão e sobrevida das estratégias terapêuticas alimentares/estilo de vida que facilitem a manutenção de um peso corporal saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade, Cancro da Próstata, Vigilância Ativa, progressão tumoral, mecanismos biológicos.



APNEP

Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

S ó c i o

Informação a ser preenchida pela APNEP

N.º de Sócio da APNEP: _____

Data da inscrição: ____/____/____

Rubrica: _____

Ficha de Inscrição

Nome _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ - _____

Telefone _____

Telemóvel _____

E-mail _____ (Obrigatório)

Local trabalho _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ - _____

Serviço _____

Profissão _____

Por favor assinale qual a inscrição pretendida:

APNEP – Quota anual 15€

APNEP e ESPEN – Quota anual 15€ + 80€ = 95€ (até fevereiro)

Estudante (APNEP) – Quota anual 5€

Forma de pagamento (por favor assinale a modalidade escolhida):

Cheque n.º _____

Banco _____

À ordem de: APNEP

Transferência bancária (enviar comprovativo)

Dados da conta APNEP:

NIB: 0033/0000/45321629228/05

Banco Millennium BCP

Por favor envie este formulário, devidamente preenchido, por correio ou por e-mail:

Direcção: APARTADO 4408
4007-001 PORTO

E-mail: apnepsecretariado@gmail.com

Para qualquer esclarecimento por favor contactar:

E-mail: apnepsecretariado@gmail.com

