

## P001

**SUCESSO DE UMA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NA DIABETES TIPO 2**

Oliveira A. <sup>1</sup>, Neves J. S. <sup>1</sup>, Pereira M. <sup>2</sup>, Redondo M. C. <sup>3</sup>, Costa A. <sup>3</sup>, Ar-teiro C. <sup>4</sup>, Correia F. <sup>4</sup>, Carvalho D. <sup>1</sup>

- 1 - Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar Universitário de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Endocrinologia, Porto
- 2 - Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar Universitário de São João, Psicologia, Porto
- 3 - Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar Universitário de São João, Enfermagem, Porto
- 4 - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Centro Hospitalar de São João, Nutrição, Porto

**Introdução:** De acordo com as novas recomendações para o tratamento da diabetes, a Educação Terapêutica é um elemento chave nas diferentes fases de orientação clínica. Existe pouca evidência científica do impacto destas intervenções a nível hospitalar em Portugal.

**Objetivos:** Avaliar o impacto no controlo glicémico de uma nova metodologia de sessões de educação terapêutica com uma importante componente motivacional realizada por uma equipa multidisciplinar que com conta com endocrinologia, enfermagem, nutrição e psicologia.

**Material e Métodos:** Foram avaliados 67 doentes com diabetes *mellitus* tipo 2 que completaram ciclo de sessões de educação terapêutica individuais e em grupo. Foram incluídos doentes enviados por descompensação glicémica de consulta de cuidados de saúde primários e de consultas hospitalares. Os doentes são avaliados em consulta de endocrinologia e são convidados a participar em programa multidisciplinar que inclui 3 sessões de grupo mensais seguidas de intervenção individual. Avaliamos o impacto da intervenção no controlo glicémico, número de hipoglicemias médias mensais e variação de IMC.

**Resultados:** Dos doentes analisados, 74,6% eram insulino-tratados, 9,0% estavam medicados com arGLP1 e 22,4% apenas com antidiabéticos orais. A média de idades era  $60,0 \pm 8,7$  anos, 59,7% eram homens e o tempo desde o diagnóstico da DM era de  $15,2 \pm 7,9$  anos. A HbA1c inicial era  $8,8 \pm 1,1\%$ , reduzindo no final para  $7,5 \pm 1,1\%$  ( $p < 0,001$ ), sem agravamento do IMC ( $30,7 \pm 4,3$  kg/m<sup>2</sup> inicial vs.  $30,6 \pm 4,1$  kg/m<sup>2</sup> no final,  $p = 0,51$ ). Observámos uma tendência para redução das hipoglicemias mensais de  $1,7 \pm 5,2$  para  $0,9 \pm 3,5$  ( $p = 0,337$ ) sem registo de hipoglicemias graves durante o período das sessões. Terminaram com insulina 83,6%, com arGLP1 23,9% e apenas com antidiabéticos orais 11,9%. Dos doentes que dispomos de HbA1c 6 meses após o término da intervenção observa-se uma tendência para redução da HbA1c de 7,7% para 7,5% embora sem significado estatístico.

**Conclusões:** A educação terapêutica pode ser implementada com excelentes resultados em apenas 4 consultas médicas quando apoiada numa intervenção multidisciplinar. As sessões de educação terapêutica melhoraram significativamente o controlo glicémico e o seu benefício manteve-se a longo prazo. As intervenções multidisciplinares em grupo aliadas a intervenções individualizadas são uma forma eficaz de melhorar o controlo glicémico na DM tipo 2.

## P002

**NEM TODA A HIPERGLICEMIA É (APENAS) DE STRESS! - PREVALÊNCIA DE PRÉ-DIABETES E DIABETES MELLITUS NÃO DIAGNOSTICADA NUMA UCI PORTUGUESA NÍVEL C (II/III)**

Emídio A. C. <sup>1</sup>, Faria R. <sup>2</sup>, Messias A. <sup>2</sup>, Meneses-Oliveira C. <sup>2</sup>

- 1 - Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo, Medicina Interna, Setúbal
- 2 - Hospital Beatriz Ângelo, Medicina Intensiva, Loures

**Introdução:** A hiperglicemia de *stress* (HS) pode surgir no doente crítico como uma expressão da disfunção multiorgânica ocorrendo frequentemente em doentes com tolerância normal à glicose e resolvido após a recuperação do quadro agudo. Estima-se que possa atingir cerca de 80% dos doentes críticos dependendo do limiar utilizado para diagnóstico. A Diabetes *mellitus* (DM) tipo 2 e a HS têm mecanismos em comum que contribuem para a hiperglicemia. Ocorre redução da depuração de insulina, menor sensibilidade à insulina e consequentemente uma secreção insuficientemente aumentada para suprir as necessidades.

Não é contudo de excluir que uma percentagem significativa dos doentes com hiperglicemia na admissão na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) apresentem não HS, mas PD ou DM não diagnosticada. A distinção entre HS e DM pré-existente pode ser feita pela determinação da hemoglobina A<sub>1c</sub> na admissão hospitalar, prática pouco habitual em Medicina Intensiva.

**Objetivos:** Determinar a prevalência de HS, PD e DM não previamente diagnosticados nos doentes admitidos numa UCI nível C (II/III); sinalizar/referenciar os doentes com diagnóstico *de novo* de DM ou PD.

**Métodos:** Durante 7 semanas, nas primeiras 48h de internamento, foi solicitada hemoglobina A<sub>1c</sub> a todos os doentes admitidos com hiperglicemia (2 glicemias > 180mg/dL) sem diagnóstico prévio de DM/PD. Foram excluídos doentes sob corticoterapia nos 2 meses prévios, grávidas, doentes com outras condições que pudessem afetar o controlo glicémico (exemplo: pancreatocomia). Utilizaram-se os critérios de diagnóstico da *American Diabetes Association* para definir PD/DM. Foi registado no processo clínico o diagnóstico de HS/DM/PD.

**Resultados:** Dos 22 doentes com hiperglicemia, 12 (54%) apresentavam PD/DM não previamente diagnosticados (4 e 8 respetivamente). Trata-se de um valor inferior ao observado em estudos de base populacional, mas ainda assim significativo. Entre os doentes com diagnóstico de DM, a média de hemoglobina A<sub>1c</sub> foi de 8,4%. Verificou-se que a prevalência de HS foi de 46%, um valor inferior ao descrito na literatura.

**Conclusão:** Apesar da nossa amostra ser reduzida, o período de doença aguda e a admissão na UCI constituem uma importante oportunidade para o diagnóstico de novos casos de PD/DM. Para isso, deve ser doseada Hgb A<sub>1c</sub> a todos os doentes com hiperglicemia e sem história prévia conhecida de DM, sendo o diagnóstico de PD/DM inscrito na nota de transferência dos doentes para a enfermaria.