

Revista

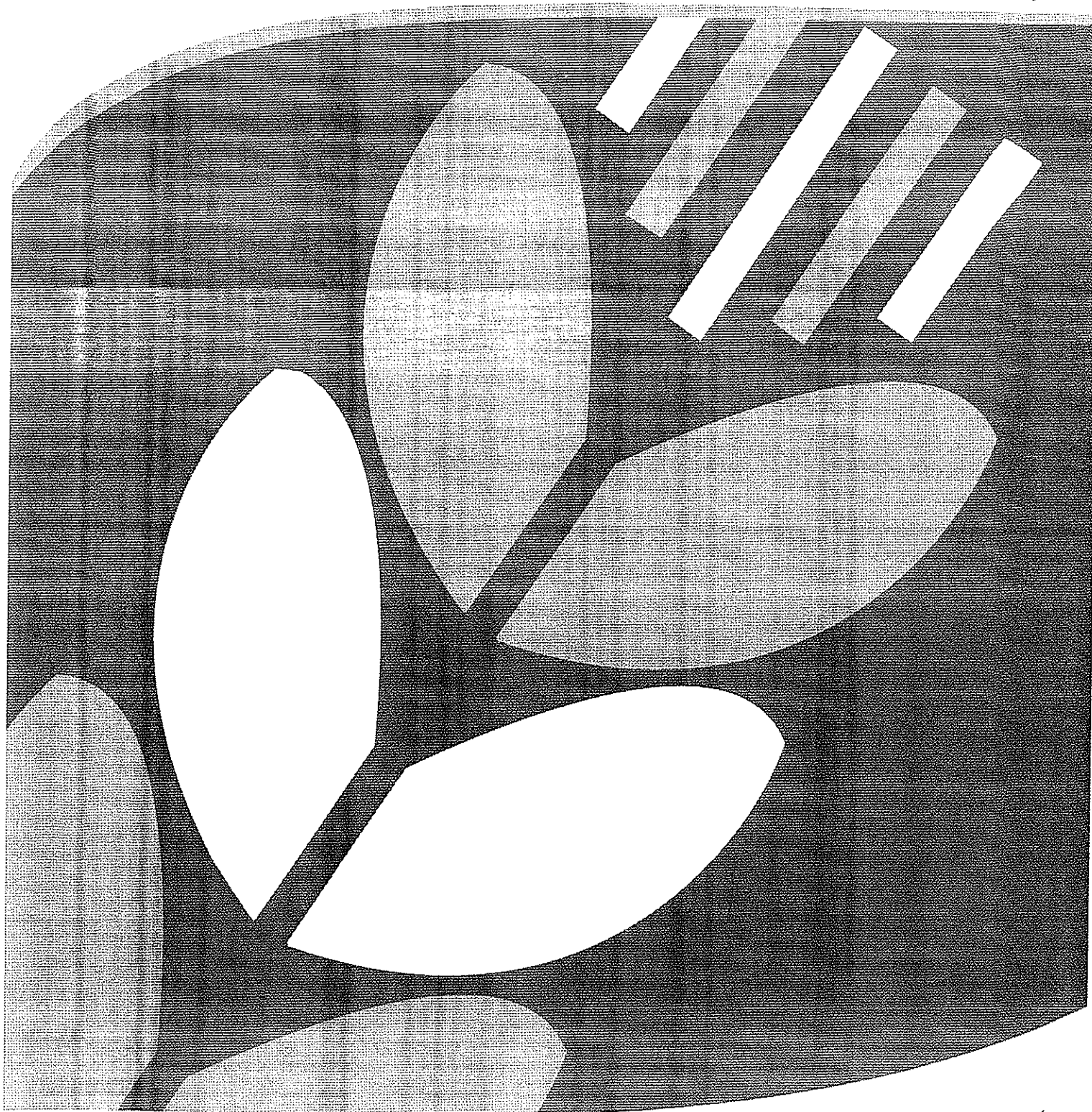
APNEP

Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

Volume VII

Número 1

ABRIL 2013



www.apnep.pt

Órgão Oficial da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

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

Revista

APNEP

Órgão Oficial da
Associação Portuguesa
de Nutrição Entérica
e Parentérica

Vol. 7 • N.º 1
abril 2013



CONTACTOS

www.apnep.pt

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

Presidente
Aníbal Marinho
anibalmarinho@gmail.com

Secretária
Ana Barros
sf@hgsa.min-saude.pt



EDIÇÃO
Associação Portuguesa de Nutrição
Entérica e Parentérica

PREÇO
20 euros

EXECUÇÃO GRÁFICA
Europress, Lda.

ISSN
1646-7183

DEPÓSITO LEGAL
257743/07

TIRAGEM
1000 exemplares

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
fernandoprosperoluis@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

MARÍLIA CRAVO
Hospital Beatriz Ângelo, Loures
marilia.cravo@sapo.pt

MARISA CEBOLA
Escola Superior Tecnologia Saúde Lisboa, Lisboa
marisa.cebola@estesl.ipl.pt

SÓNIA VELHO
Hospital Beatriz Ângelo, Loures
soniavelho@hotmail.com

P 53

Refeições nas cantinas escolares: relação com antropometria

Lídia Marrão¹, Patrícia Dias¹, Isa Viana², Vera Ferro-Lebres¹

1 – Departamento das Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica • Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança

2 – Euresst

Correspondência: vferrolebres@ipb.pt

Introdução: As cantinas escolares têm sido alvo de vários estudos na sua relação com a obesidade infanto-juvenil. Não existe consenso sobre o sentido desta relação, por vezes são mencionadas como exercendo papel preventivo, sendo também frequentemente acusadas da causa desta doença.

Objetivo: Estudar a relação entre os dados antropométricos e o local de refeição em estudantes do ensino secundário.

Materiais e métodos: Estudo com 338 adolescentes, submetidos a uma avaliação antropométrica (peso, estatura, perímetro abdominal e percentagem de massa gorda). Os dados foram correlacionados com o local de refeição dos adolescentes. Os dados obtidos foram tratados estatisticamente com recurso ao software PASW Statistics versão 19.

Resultados e discussão: Verificou-se que 43% dos jovens almoçam na cantina e 57% não o fazem. Pode ainda verificar-se que a maior parte dos jovens que não almoça na cantina escolar tem um valor inadequado de classe de percentil, Perímetro Abdominal e % de Massa Gorda. A realização deste estudo vai de encontro a anteriores publicações, que tal como este evidenciam também que a ingestão de refeições excessivamente calóricas influenciam o aumento do Perímetro Abdominal, da % de Massa Gorda e do Percentil dos adolescentes.

Conclusão: Os resultados obtidos são concordantes com estudos anteriores que revelam que as cantinas escolares podem ser parte da solução e não do problema na obesidade infanto-juvenil.

P 54

Síndrome do intestino curto na criança. Um desafio nutricional

Lígia Paulos^{1,2}, Inês Asseiceira², Sara Azevedo², Helena Loreto², Paula Mourato², Ana Isabel Lopes²

1 – Centro Hospitalar Leiria-Pombal I Dep. Pediatria

2 – Departamento de Pediatria • Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Hospital Universitário de Santa Maria – CHLN e Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: A Síndrome do Intestino Curto (SIC) consiste numa condição malabsortiva na sequência de ressecção extensa do intestino delgado (ID), cuja gravidade depende da extensão e do nível intestinal ressecado bem como da capacidade adaptativa e funcional residual. A patologia malformativa neonatal e a enterocolite necrotizante constituem as principais etiologias da SIC em idade pediátrica. As conseqüentes repercussões sobre o estado nutricional impõem a necessidade de nutrição complementar entérica (NE) específica e parentérica (NP) para otimização nutricional e promoção de um crescimento e desenvolvimento global adequados. Apresenta-se um caso de SIC secundária a malformação congénita do tubo digestivo, ilustrativa de um curso clínico particularmente complicado e do desafio no plano nutricional associado a esta patologia.

Caso clínico: RN, sexo masculino, com diagnóstico pré-natal de atresia intestinal tipo IV (atresias múltiplas do ID), parto às 35s de gestação; peso ao nascer 2225g (p<5), comprimento 42cm (p<5). Submetido a intervenção cirúrgica ao 3º dia de vida com ressecção ileal extensa, anastomose termino-terminal e SIC conseqüente. Re-intervencionado aos 2 e 4 meses de idade por estenose e compromisso funcional do intestino, persistindo com 6 cm de duodeno, 28cm de ID, válvula ileocólica e cólon. Foi instituída intervenção nutricional com NP total durante 3 dias, associando-se subsequentemente NE. A NE foi inicialmente instituída por sonda nasogástrica em débito contínuo com redução progressiva, passando a bólus. Os aportes por NP foram gradualmente reduzidos a par do incremento muito lento e gradual do aporte entérico mediante tolerância gastrointestinal (padrão de dejeções: inicial 8 dejeções líquidas/dia; atual 4 dejeções pastosas/dia). O plano nutricional entérico consistiu essencialmente em papa láctea elementar com amido de milho, sopa de cenoura com arroz e frango e suplementação calórica com triglicéridos de cadeia média. Obteve-se uma eficaz recuperação nutricional (peso 5,9Kg (p<5) aos 6 meses, peso 7,4Kg (p10) aos 12meses), com reajustes diários do aporte hidroelectrolítico, calórico e nutricional mediante a lenta evolução clínica e ponderal. Ao longo do período de internamento teve múltiplas intercorrências graves, nomeadamente no plano infeccioso, traduzidas por inúmeros episódios de sepsis relacionadas com cateter venoso central ou translocação bacteriana a agentes intestinais, apesar de terapêutica mantida de descontaminação intestinal. Foram efetuadas três tentativas de alta para o domicílio sob NP e NE, todas de curta duração, com re-internamento por sepsis. Efetuou trânsito intestinal aos 15 meses mostrando significativo alongamento e crescimento do mesmo, com rápida progressão do contraste. Aos 16 meses de idade, foi suspensa a NP, mantendo-se em NE exclusiva com boa tolerância e seguimento em regime de ambulatório; atualmente com 17 meses de idade, estável do ponto de vista gastroenterológico e nutricional, sem intercorrências infecciosas e com desenvolvimento global adequado; antropometria: peso 9,880 (p10), comprimento 74 cm (p5), Índice Maclaren 136.

Discussão: Realça-se neste caso clínico a complementaridade entre a NP e NE para otimização nutricional na SIC. Embora o prognóstico permaneça ainda indeterminado no plano morfológico e funcional intestinal, salienta-se a contribuição determinante da NP numa primeira fase para reposição dos nutrientes não absorvidos a nível intestinal, a par da contribuição da via entérica para o trofismo e adaptação do intestino remanescente. Paralelamente às questões terapêuticas que a SIC impõe, salienta-se como grande desafio a necessidade de proporcionar um desenvolvimento global adequado.