

ESCULÁPIO

REVISTA CIENTÍFICA DE SAÚDE DA MISERICÓRDIA DO PORTO

N.º 3 | Ano 4 (2023)

**CULTURA DE SEGURANÇA - UM PERCURSO,
UM COMPROMISSO**

SAFETY CULTURE - A JOURNEY, A COMMITMENT

Filomena Maia

**PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO INTENSIVA DE FASE
SUBAGUDA: RESULTADOS DE TRÊS ANOS DE ATIVIDADE
DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO
DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

SUB-ACUTE PHASE INTENSIVE REHABILITATION PROGRAMMES:
THREE YEARS OF ACTIVITY RESULTS OF A SPECIALIZED CENTRE
IN STROKE REHABILITATION

Renato Nunes, Sofia Amorim, Marta Azevedo, João Dias,
Andreia Silva, Luísa Pinto, Maria João Silva, Janina Fontoura,
Bianca Volta, Sofia Pereira, Luísa Silva, Pedro Cunha, Sérgio
Lobo, Cristina Carvalho, João Carvalho

A DOENÇA HEPÁTICA ESTEATÓSICA - NOVA NOMENCLATURA

STEATOHEPATITIS - NEW NOMENCLATURE

Isabel Pedroto

DESPORTO APÓS PROTESE TOTAL DA ANCA

SPORT AFTER TOTAL HIP REPLACEMENT

Tiago Pato

HERNIOPLASTIA LAPAROSCÓPICA

LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY

Marco Santos, Paulo Baldaque, Luciana Costa

**MISSÃO E VISÃO DA REVISTA CIENTÍFICA DE SAÚDE
DA MISERICÓRDIA DO PORTO**

MISSION AND VISION OF THE HEALTH SCIENTIFIC
JOURNAL OF MISERICÓRDIA DO PORTO

Renato Nunes



MISERICÓRDIA
DO PORTO

ÍNDICE

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL | EDITORIAL

António Tavares

7

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

CULTURA DE SEGURANÇA - UM PERCURSO, UM COMPROMISSO

SAFETY CULTURE - A JOURNEY, A COMMITMENT

Filomena Maia

8

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

**PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO INTENSIVA DE FASE
SUBAGUDA: RESULTADOS DE TRÊS ANOS DE ATIVIDADE
DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO
DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

SUB-ACUTE PHASE INTENSIVE REHABILITATION PROGRAMMES:
THREE YEARS OF ATIVITY RESULTS OF A SPECIALIZED CENTRE
IN STROKE REHABILITATION

Renato Nunes, Sofia Amorim, Marta Azevedo,
João Dias, Andreia Silva, Luísa Pinto, Maria João Silva,
Janina Fontoura, Bianca Volta, Sofia Pereira, Luísa Silva,
Pedro Cunha, Sérgio Lobo, Cristina Carvalho,
João Carvalho

12

ARTIGO DE REVISÃO | REVIEW ARTICLE

A DOENÇA HEPÁTICA ESTEATÓSICA - NOVA NOMENCLATURA

STEATOHEPATITIS - NEW NOMENCLATURE

Isabel Pedroto

23

ARTIGO DE REVISÃO | REVIEW ARTICLE

DESPORTO APÓS PROTESE TOTAL DA ANCA

SPORT AFTER TOTAL HIP REPLACEMNT

Tiago Pato

32

ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE

HERNIOPLASTIA LAPAROSCÓPICA

LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY

Marco Santos, Paulo Baldaque, Luciana Costa

34

**MISSÃO E VISÃO DA REVISTA CIENTÍFICA DE SAÚDE
DA MISERICÓRDIA DO PORTO**

MISSION AND VISION OF THE HEALTH SCIENTIFIC JOURNAL
OF MISERICÓRDIA DO PORTO

Renato Nunes

36

REVISTA BIANUAL

BI-ANUAL MAGAZINE

Ano 4

EDITOR

EDITOR

Misericórdia do Porto

DIRETOR | EDITOR CHEFE

DIRETOR | EDITOR-IN-CHIEF

Renato Nunes

Médico Fisiatra, Diretor do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital da Prelada, Porto, Portugal

EDITORES ASSOCIADOS

ASSOCIATE EDITORS

Frederico Branco

Médico Urologista, Hospital da Prelada, Porto, Portugal

Isaura Carvalho

Enfermeira, PhD, Hospital da Prelada, Porto, Portugal

Janina Fontoura

Neuropsicóloga, Hospital da Prelada, Porto, Portugal

João Belchior

Psicólogo, PhD, Serviços Partilhados e Corporativos, Porto, Portugal

Joaquim Pires

Médico Ortopedista, Hospital da Prelada, Porto, Portugal

José Pedro Bragança

Médico Anestesiologista, Hospital da Prelada, Porto, Portugal

Paulo Baldaque

Médico Cirurgião Geral, Hospital da Prelada, Porto, Portugal

Marta Salgueiro

Médica Cirurgiã Plástica, Hospital da Prelada, Porto, Portugal

Nuno Trovão

Médico Psiquiatra, PhD, Centro Hospitalar Conde Ferreira, Porto, Portugal

CONSELHO EDITORIAL

EDITORIAL COUNCIL

Alexandre Castro Caldas

PhD, Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

Artemisa Dores

PhD, Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, Portugal

Ana Moreira

PhD, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra/ICNAS

Catarina Aguiar Branco

PhD, Presidente da SPMFR, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Portugal

Fátima Barros

Hospital da Prelada, Porto, Portugal

Filomena Maia

Hospital da Prelada, Porto, Portugal

Gonçalo Borges

Hospital da Prelada, Porto, Portugal

Isabel Pedroto

PhD - Hospital da Prelada, Porto, Portugal

José Tulha

Hospital da Prelada, Porto, Portugal

Paulo Torres

PhD - Hospital da Prelada, Porto, Portugal

Sandra Guerreiro

PhD - Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, Portugal

Sobrinho Simões

PhD - Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, Portugal

Varejão Pinto

Hospital da Prelada, Porto, Portugal

NORMAS DE SUBMISSÃO

SUBMISSION RULES

Esculápio - Revista Científica de Saúde da Misericórdia do Porto | n.º 0 | Ano 1 (2016)

COORDENAÇÃO | REVISÃO

COORDINATION | REVIEW

Florbela Guedes

Coordenadora da Unidade de Gestão da Comunicação e Desenvolvimento do Hospital da Prelada

Isabel Carvalho

Inovação e Ciência do Gabinete de Marketing e Comunicação do Hospital da Prelada

PAGINAÇÃO

PAGINATION

B+ Comunicação

IMPRESSÃO

PRINTING

Artes Gráficas e Serviços de Imprensa da Scmp
agsi@scmp.pt

CONTACTOS

CONTACTS

Esculápio - Revista Científica de Saúde da Misericórdia do Porto

Rua Sarmento de Beires, 153

4250-449 Porto

T. Geral +351 228 330 600

Email inovacaoeciencia@hospitaldaprelada.pt

ISSN 2183-7457

Depósito Legal 404817/16

Tiragem 50 exemplares

Distribuição gratuita



EDITORIAL

EDITORIAL

António Tavares¹



ESCULÁPIO é o deus da Medicina e da Cura na mitologia greco-romana. A tradição médica derivada de Esculápio foi assimilada por Hipócrates, considerado o pai da Medicina ocidental. O principal símbolo de Esculápio é um bastão com uma serpente enrolada, tendo-se tornado, ele próprio, um símbolo da Medicina. ESCULÁPIO foi o título escolhido para a Revista Científica de Saúde da Misericórdia do Porto.

As revistas científicas, principal veículo da comunicação científica formal, são relevantes em todas as áreas do conhecimento; contudo, no âmbito das ciências da saúde assumem uma importância ainda maior, pelo seu papel na descoberta de novos saberes, aplicados à inovação e tecnologia, fundamentais para a evolução do setor. Na área da saúde, as revistas científicas desempenham um papel fundamental na difusão dos resultados da investigação científica, contribuindo para o avanço da medicina, para a

formação dos investigadores e ainda para a melhoria dos cuidados de saúde.

Com 525 anos de história e provas dadas na área da saúde, a Santa Casa da Misericórdia do Porto pretende ir mais longe com esta publicação. Atenta ao estado da arte nas diversas áreas do saber em matéria de prestação de cuidados de saúde, a Misericórdia do Porto tem como objetivo contribuir e participar na produção de ciência em Portugal. Não nos basta saber fazer. Queremos incentivar a investigação científica que norteie a prática diária dos nossos Médicos, Enfermeiros, Terapeutas e Técnicos de Saúde em geral.

¹Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto

CULTURA DE SEGURANÇA – UM PERCURSO, UM COMPROMISSO

SAFETY CULTURE - A JOURNEY, A COMMITMENT

Filomena Maia ¹

A qualidade em saúde define-se como “o grau com que os serviços de saúde disponíveis para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (Institute of Medicine, 2000). É um conceito multidimensional, que integra as dimensões da segurança, eficiência, efetividade, acessibilidade, equidade, oportunidade, cuidados centrados no doente, satisfação e a continuidade de cuidados, entre outras. A OCDE, no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, “*garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todas as idades*”, salienta, na meta 3.8, a importância de serviços de prestação de cuidados de saúde essenciais e de qualidade (ODS, 2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, regulamentada pelo Despacho n.º 5613/2015, tem como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

A segurança do doente é um pilar fundamental da qualidade da prestação de cuidados de saúde, uma prioridade de saúde pública e constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI (OMS, 2017).

De acordo com a OMS, um em cada dez doentes é vítima de um evento adverso nos cuidados hospitalares, sendo 50% destes evitáveis. A nível mundial, a ocorrência de eventos adversos devido à prestação de cuidados de saúde inseguros é, uma das dez principais causas de morte e de incapacidade. Estudos recentes demonstram que,

anualmente, ocorrem 134 milhões de eventos adversos nos hospitais dos países em desenvolvimento, dos quais resultam 2,6 milhões de mortes.

Num estudo realizado em Portugal, com o objetivo de avaliar a frequência e o impacto dos eventos adversos nos doentes internados, recorreu-se à análise do registo de todos os episódios de internamento ocorridos nos hospitais públicos portugueses entre 2000 e 2015. Os resultados demonstraram que 5,8% dos episódios de internamento tiveram associado o registo de, pelo menos, um evento adverso. Estes conduziram a um aumento do número médio de dias de internamento e dos custos de hospitalização.

Nas organizações hospitalares, caracterizadas pela complexidade de processos, de acordo com a OMS, só é possível construir ambientes de cuidados seguros através da promoção de uma cultura de segurança positiva, caracterizada por uma cultura justa, de notificação, onde a segurança do doente faz parte dos objetivos estratégicos, os erros são discutidos abertamente e utilizados como fonte de aprendizagem e melhoria do processo de cuidados, onde todos estão conscientes do seu papel e contributo para a organização e são responsáveis pelas consequências das suas ações.

A cultura de segurança é uma cultura “justa”, se responsabilizar sem culpabilizar, deixando a culpabilização exclusivamente para os casos em que exista negligência consciente, violação de normas ou de protocolos.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, determina no pilar 1 - *Cultura de Segurança*, a

¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Enfermeira Geral do Hospital da Prelada. Curso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Doutoranda do programa Doutoral de Investigação Clínica e em Serviços de Saúde. Docente convidada do ensino superior nas áreas de qualidade e segurança do doente.

avaliação da cultura de segurança nas instituições do sistema de saúde e o desenho de ações de melhoria na sequência dos resultados desta avaliação.

Para o diagnóstico da cultura de segurança e consequente identificação de áreas de melhoria, a DGS recomenda a utilização do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) desenvolvido e validado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), o qual é utilizado em 90 países, tendo sido traduzido, adaptado e validado para o contexto português em 2014.

Metodologia

Aplicado no Hospital da Prelada o HSPSC em julho de 2021 e 2023, sendo o público alvo todos os profissionais que prestam cuidados de saúde diretos ou indiretos (auxiliares, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, técnicos de farmácia).

Os inquéritos foram entregues em todos os serviços (piso 6, ortopedia, ambulatório cirúrgico, medicina física, Unidade de AVC, Unidade de Queimados, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intermédios, Consulta Externa, Fisiatria Ambulatório, Farmácia), em formato manuscrito, numa lógica de uniformização do acesso, atendendo a que os auxiliares não têm correio eletrónico profissional. Atribuído o período de trinta dias para devolução do mesmo ou deposição deste nas caixas de sugestões dos doentes (as quais se encontram fechadas e de abertura controlada).

Em 2021 foram distribuídos 292 inquéritos, recolhidos 185, dos quais 18 foram inutilizados por preenchimento incompleto ou resposta igual em todas as secções. Desta

análise resultou uma amostra de 167 questionários em condições adequadas para integrar o estudo, o que representa 57,1% dos entregues.

Em 2023 foram distribuídos 295 inquéritos, recolhidos 216, dos quais 37 em branco e 18 foram inutilizados por preenchimento incompleto ou resposta igual em todas as questões. Desta análise resultou uma amostra de 161 inquéritos, em condições adequadas para avaliação da cultura de segurança, os quais significam 54,5% dos entregues.

Os dados foram submetidos na ferramenta Excel da AHRQ, a qual processa automaticamente os dados, fator facilitador da sua análise.

Resultados

A taxa de adesão foi de 57,1% em 2021 e de 54,5% em 2023. Em 2023 foi realizada a segmentação dos respondentes por grupo profissional, com o objetivo de identificar focos de intervenção: Enfermeiros - 56%; auxiliares - 29%; médicos - 8%; outros - 6,7%. Em 2021 esta segmentação não foi realizada intencionalmente, com o objetivo de contribuir para a disponibilidade individual de cada profissional para responder ao HSPSC.

De acordo com a AHRQ, da aplicação do HSPSC, uma determinada dimensão evidencia a existência de cultura de segurança positiva quando o seu resultado é superior a 75%. Do mesmo modo, a existência de resultados inferiores a 50% revelam dimensões de fragilidade da cultura de segurança.

O quadro seguinte mostra a evolução da cultura de segurança do doente no Hospital da Prelada e compara-a com os resultados de hospitais portugueses, datados de 2018.

DIMENSÕES	HP 2021	HP 2023	Dados DGS 2018
Trabalho em equipa	65%	68%	72%
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	61%	66%	63%
Apoio à segurança do doente pela gestão	47%	66%	54%
Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	61%	65%	68%
Perceções gerais sobre a segurança do doente	57%	55%	55%
Feedback e comunicação acerca do erro	50%	60%	58%
Abertura na comunicação	35%	41%	54%
Dotação de profissionais	42%	45%	32%
Transições	56%	59%	56%
Resposta ao erro não punitiva	20%	23%	31%
Trabalho entre unidades	53%	47%	Sem dados
Frequência da notificação de eventos	49%	46%	Sem dados

Verifica-se que não existe qualquer dimensão de, no mínimo 75%, o que traduz, globalmente, uma cultura de segurança do doente não positiva, ou seja, com múltiplas oportunidades de melhoria.

Apesar de se verificar, em 2023, a melhoria de 80% das dimensões de cultura de segurança, comparativamente a 2021, existem ainda várias dimensões de fragilidade, as quais configuram prioridade de intervenção. São estas a abertura na comunicação, a dotação de profissionais, a resposta não punitiva ao erro, o trabalho entre unidades e a notificação de eventos.

No que concerne à comparação com os dados de hospitais portugueses, sendo que os existentes disponíveis remontam a 2018, fica visível que, em 2023, o Hospital da Prelada, não representa globalmente uma diferenciação positiva, o que merece também reflexão acerca do nível de conhecimento e envolvimento dos profissionais na segurança do doente.

Discussão

Da análise dos dados, várias incoerências ficam visíveis e carecem de trabalho de proximidade aos profissionais:

- a dimensão *aprendizagem organizacional*, que pressupõe que se aprenda com o erro e que existem estratégias de melhoria contínua implementadas, é uma dimensão de 65%, valor perto do positivo, e a *resposta não punitiva ao erro*, que pressupõe as mesmas condições, é uma

dimensão de intervenção prioritária por ser a de maior fragilidade. Esta constatação exige a análise da perceção e envolvimento individual na cultura organizacional, a identificação dos valores partilhados pelos profissionais, e do modo como estes influenciam a perceção individual da segurança do doente, e a necessidade de reforço da estratégia de formação, sobre esta temática.

- a dimensão *feedback e comunicação acerca do erro* subiu 10%, o que significa que existiu melhoria no processo de comunicação nos serviços/ equipas e na organização e, a dimensão *abertura na comunicação*, surpreendentemente, situa-se num nível de fragilidade.
- a dimensão *apoio à segurança do doente pela gestão*, foi a dimensão com a melhoria mais significativa o que está em concordância com as medidas tomadas pelo Conselho Executivo desde o início do mandato 2021 - 2023:
 - Criação da Comissão da Segurança para os Cuidados de Enfermagem;
 - Auditoria Mensal às Precauções Básicas de Controle de Infecção;
 - Programa de Vigilância Microbiológica de Superfícies;
 - Melhoria da a dotação de enfermeiros nos serviços de MFR e URAVC;
 - Programa de Melhoria Contínua *Cirurgia Segura* no Bloco Operatório;
 - Programa de Melhoria Contínua *Reabilitar para a Casa regressar* no serviço de Ortopedia
 - Ferramenta DGS - *ISBAR* nos momentos de transição de cuidados em todos os serviços;

- Auditoria ao processo de gestão de medicamentos;
- Carta de Alta de Enfermagem entregue a todos os doentes;
- Estímulo à notificação de TODOS os incidentes e análise dos mesmos em equipa;
- Produzidos e divulgados nas redes sociais, vários filmes relativos à segurança do doente;
- Organizado, em 2022, o 1º Congresso Internacional da Segurança do Doente;
- Definida e implementada Estratégia da Direção de Enfermagem para redução de IACS no HP;
- Operacionalizados todos os feixes de intervenções de prevenção de infeções (ILC, ITU, ICVC, Pneumonia por TET) e implementadas auditorias;
- Construído, no **Guia Orientador da Prática Clínica dos Enfermeiros**, o capítulo *Segurança do Doente*;
- Produzidos vários instrumentos formativos disponibilizados na plataforma moodle relativos às seguintes temáticas: Segurança do Doente; Prevenção de Quedas; Precauções Básicas de Controle de Infeção; Segurança Transfusional, Resíduos Hospitalares e Ambiente; Medicação Segura; Ferramentas de Avaliação do Risco;
- Utilização do Robot UV, na desinfecção de alto nível de espaços, em todos os serviços;
- Monitorização do número de utilizações de batas cirúrgicas reutilizáveis;
- Realizado curso de Reprocessamento de Dispositivos Médicos;
- Criação do Gabinete de Qualidade e Segurança em 2023.

Este significativo investimento organizacional, a diferentes níveis, na melhoria da segurança do doente, não está traduzido nos resultados da aplicação do HSPSC em 2023. Deste modo urge redefinir, para 2024, a estratégia de comunicação interna.

Conclusão

A promoção e defesa da qualidade e da segurança dos serviços de saúde prestados, são um imperativo ético pois contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, para as escolhas da inovação, da equidade e para o respeito com que esses cuidados são prestados

A construção de uma cultura de segurança alinhada com um processo de melhoria contínua, através da comunicação, formação e sensibilização, não é uma escolha indivi-

dual ou coletiva. É uma obrigação dos órgãos máximos de gestão, das lideranças intermédias e de todos os profissionais nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsabilidade de todos (PNSD 2021 - 2026).

O tempo é de transparência, comunicação clara e honesta, investimento no desenvolvimento profissional individual e coletivo, de capacitação do doente para a sua segurança, de modo a que este se posicione como um agente ativo da sua segurança - *Patients for Patient Safety*.

O doente é o ator mais importante no sistema de cuidados de saúde e tem VOZ - *"Nothing about the patient, without the patient"*.

Este é o compromisso organizacional para o percurso de melhoria das diferentes dimensões da cultura de segurança do Doente no Hospital da Prelada.

Referências bibliográficas

Barroso F., Sales L., Ramos S. *Guia Prático para a Segurança do Doente*. Lidel. 2021.

DGS. Norma 005/2018. Avaliação da Cultura de Segurança do doente nos hospitais.

DGS. Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. 2021.

Diário da República, 2.ª série – N.º 102. Despacho 5613/2015. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Sousa-Pinto B, Marques B, Lopes F, Freitas A. *Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015*. J.Med Syst. 2018 Jan 26;42(3):48.

OMS. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/patient-safety>

OMS. Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. 2020.

PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO INTENSIVA DE FASE SUBAGUDA: RESULTADOS DE TRÊS ANOS DE ATIVIDADE DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

SUB-ACUTE PHASE INTENSIVE REHABILITATION PROGRAMMES: THREE YEARS OF ATIVITY RESULTS OF A SPECIALIZED CENTRE IN STROKE REHABILITATION

Renato Nunes¹, Sofia Amorim², Marta Azevedo³, João Dias⁴, Andreia Silva⁵, Luísa Pinto⁶, Maria João Silva², Janina Fontoura⁷, Bianca Volta⁸, Sofia Pereira⁹, Luísa Silva¹⁰, Pedro Cunha⁸, Sérgio Lobo⁸, Cristina Carvalho¹¹, João Carvalho²

Resumo

Introdução: O acidente vascular cerebral é uma das principais causas de morte e incapacidade permanente na Europa. A reabilitação dos sobreviventes de AVC deve ser orientada por equipas multiprofissionais, coordenadas por médico especialista em medicina física e de reabilitação. **Materiais e métodos:** Foi desenvolvido um estudo observacional longitudinal e retrospectivo ao longo de 3 anos para avaliar os resultados clínicos de uma população de sobreviventes de AVC sujeitos a um programa de reabilitação intensivo e multimodal de fase subaguda, em regime de internamento. Todos os doentes admitidos na URAVC foram avaliados na admissão e alta hospitalar nos seguintes domínios: cognição, comunicação, disfagia, recuperação neuromotora do membro superior, marcha, autonomia e funcionalidade. As intercorrências e complicações foram avaliadas como indicadores de qualidade. **Resultados:** na admissão, os 158 doentes apresentavam: alterações cognitivas em 81%, alterações da comunicação em 46%, disfagia em 57%, hemiplegia em 97%, alterações da marcha em 94%. A maioria dos doentes

melhorou em todos os domínios. As intercorrências e complicações foram pouco frequentes. **Discussão:** Os programas de reabilitação devem ser precoces e intensivos segundo a tolerância. Verificou-se que a evolução motora é de maior amplitude que a evolução cognitiva. **Conclusão:** Os sobreviventes de AVC candidatos a programas de reabilitação de fase subaguda devem ter acesso a cuidados organizados, especializados e multiprofissionais.

Abstract

Introduction: stroke is one of the main causes of death and permanent disability in Europe. Stroke survivors' rehabilitation program should be provided by multiprofessional teams, coordinated by a physical medicine and rehabilitation physician. **Materials and methods:** this observational, longitudinal and retrospective study aims to evaluate the clinical results of subacute inpatient stroke survivors who received intensive rehabilitation, in a 3 years period. All inpatients of our stroke unit we evaluated upon admission and discharge regarding: cognition,

¹ Médico Fisiatra, Diretor do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital da Prelada. / ² Médico Fisiatra, Hospital da Prelada. / ³ Médico, IFE de MFR, Hospital da Prelada. / ⁴ Médico, IFE de MFR, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. / ⁵ Médico, IFE de MFR, Centro Hospitalar de Tondela Viseu. / ⁶ Médico, IFE de MFR, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga. / ⁷ Neuropsicóloga, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital da Prelada. / ⁸ Terapeuta da Fala, Unidade de Reabilitação do AVC, Hospital da Prelada. / ⁹ Terapeuta Ocupacional, Unidade de Reabilitação do AVC, Hospital da Prelada. / ¹⁰ Fisioterapeuta, Unidade de Reabilitação do AVC, Hospital da Prelada. / ¹¹ Enfermeira de Reabilitação, Enfermeira-Chefe, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital da Prelada.

communication, dysphagia, upper limb motor function recovery, gait, autonomy and functionality. Clinical complications were evaluated as quality indexes. **Results:** upon admission, the 158 inpatients presented: cognitive impairment - 81%, communication impairment - 46%, dysphagia - 57%, hemiplegia - 97%, walking disorders - 94%. Most patients improved in all domains. Clinical complications were rare. **Discussion:** stroke patients need early and intensive rehabilitation programs. Motor impairment recovery was greater than cognitive. **Conclusion:** subacute stroke patient survivors should have access to multiprofessional and specialized rehabilitation programs.

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacidade permanente na Europa^{1,3}. Prevê-se que a sua incidência não diminua na próxima década, sendo um dos fatores mais determinantes para este facto o envelhecimento da população. A iniciativa *European Stroke Action Plan 2018-2030* identificou metas globais para implementar em todos os países medidas que visam controlar a sua incidência, prevalência e a suas consequências².

Há cerca de 20.000 novos sobreviventes de AVC por ano em Portugal⁴, dos quais 35-40% necessitam de programas de reabilitação especializados em que a precocidade, a intensidade e a especialização, são determinantes para o sucesso da intervenção terapêutica orientada para as sequelas motoras, cognitivas, da comunicação, da deglutição e sensoriais⁵. A reabilitação após AVC em programas especializados após a alta hospitalar, traduz-se em maior esperança de vida ajustada pela qualidade⁵.

A reabilitação dos sobreviventes de AVC deve ser orientada por equipas multiprofissionais coordenadas por médico especialista em medicina física e de reabilitação e devem incluir todos os profissionais (terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiro de reabilitação, neuropsicólogo, nutricionista, assistente social, médico fisiatra)⁵. Estes cuidados devem estar organizados desde a fase aguda, com cuidados de reabilitação desde o primeiro dia. As equipas são responsáveis por definir o circuito do sobrevivente de AVC, o seu destino após a alta, a tipologia de cuidados mais adequada para a gravidade e quadro clínico e garantir a continuidade de cuidados até ao regresso à comunidade⁶.

Materiais e métodos

Objetivos

Este trabalho teve como objetivo primário avaliar os resultados clínicos de uma população de sobreviventes de AVC sujeitos a um programa de reabilitação intensivo de fase subaguda, tendo sido desenvolvido um estudo observacional longitudinal e retrospectivo, que decorreu entre setembro de 2019 e outubro de 2022. Para tal, foram consultados os registos clínicos de todos os doentes com diagnóstico de AVC, admitidos na Unidade de Reabilitação de AVC (URAVC) do Hospital da Prehada, no período definido. Foram excluídos os doentes que não completaram o programa por alta prematura ou transferência para outra instituição hospitalar por agravamento clínico.

Metodologia

Todos os doentes admitidos na URAVC foram submetidos a avaliação clínica formal de vários domínios na admissão e alta hospitalar, sendo alvo de análise neste estudo: 1) Avaliação cognitiva, registando-se a avaliação de rastreio realizada pela escala *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), na sua versão portuguesa⁷, pontuada de 0-30, com distribuição dos défices segundo o desvio padrão apresentado em relação ao normativo para a idade e escolaridade; os doentes com alterações identificadas foram sujeitos a avaliação subsidiária com instrumentos específicos; 2) Avaliação da capacidade de comunicação, e de acordo com os achados na entrevista, a identificação e classificação de afasia através da Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa⁸; 3) Avaliação clínica da disfagia e pontuação do instrumento *Food Oral Intake Scale* (FOIS)⁹, graduada de 1-7, segundo a gravidade da disfagia e via de alimentação utilizada; 4) Avaliação da recuperação neuromotora do membro superior através da Escala de Enjalbert¹⁰; 5) Avaliação observacional da capacidade de marcha com categorização da sua autonomia; 6) Avaliação da autonomia e funcionalidade através da escala Medida de Independência Funcional (MIF)¹¹; usada também como forma de monitorizar os resultados da intervenção da reabilitação, em termos de ganhos específicos e de atingimento dos objetivos definidos. A MIF é uma escala com amplitude de pontuação total de 18-126, com uma parte motora (13-91 pontos) que inclui atividades relacionadas com os autocuidados, transferências e marcha, e uma parte cognitiva (5-35 pontos), que inclui parâmetros de comunicação e cognição social.

Foram registados dados sociodemográficos e parâmetros de caracterização clínica relativos ao tipo de AVC, o território vascular atingido pela lesão encefálica e, no caso dos AVC isquémicos, a classificação segundo o *Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP)*², assim como o tempo de evolução. A incapacidade funcional inicial resultante do AVC pode graduar-se de ligeira a grave com dependência total, classificando-se em três níveis consoante a avaliação funcional (MIF e/ou Índice de Barthel (IB)). Foram ainda registados dados clínicos como comorbilidades e autonomia premórbida. Além dos elementos clínicos de recuperação funcional, sobre o período de internamento foram registadas as intercorrências e complicações, a duração do internamento e o destino após alta, assim como indicadores de qualidade como o número de úlceras de pressão, episódios de queda e pneumonias de aspiração.

Todos os doentes foram submetidos a um programa de reabilitação individual definido para cada doente elaborado por equipa multiprofissional de reabilitação, tendo em conta a avaliação clínica, a avaliação funcional e a gravidade, orientado para objetivos definidos específicos, mensuráveis, realistas e atingíveis em tempo determinado, realizado 5-7 dias/semana, por 3-6 horas/dia, em contexto de sessão e atividade, bidirário, multimodal, com todas as valências terapêuticas indicadas em cada caso, integradas e com utilização de tecnologias de reabilitação diferenciadas, e programado para uma duração prevista entre 40 a 60 dias, segundo as normas de orientação internacionais^{13,14}.

A análise estatística foi realizada com recurso à ferramenta *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 27.0.

Resultados

Amostra

No período de 3 anos, estiveram internados 172 doentes, mas apenas 162 tiveram alta nesse período. Consideraram-se para o presente estudo apenas os 158 doentes que completaram o programa definido na admissão. Os quatro doentes excluídos tiveram o programa interrompido por agravamento do estado clínico e consequente transferência para outro hospital.

Caracterização sociodemográfica

Em relação à idade das doentes, a média é de 66,5 anos. Analisando a distribuição em faixas etárias, e considerando o limite de 55 anos, abaixo do qual se considera AVC no jovem, verifica-se que 20% dos doentes se encontram neste grupo, e que a maioria tem idade igual ou inferior a 75 anos (73%). Relativamente ao sexo existe um predomínio masculino (56%). A tabela 1 resume estes dados.

	Média	66,5
	Mínimo	31
	Máximo	91
Idade (anos: %)		
	≤ 55	20%
	56-75	53%
	> 75	27%
Sexo	Feminino	44%
	Masculino	56%

A maioria dos doentes (82%) foi admitida diretamente a partir de Hospital de Cuidados Agudos, pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde, havendo também doentes admitidos a partir de Hospitais dos Setores Privado e Social, do domicílio ou da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Caracterização clínica

Segundo esta classificação da gravidade categorizada pela escala MIF, e considerando apenas os doentes admitidos em fase pós-aguda imediata (n=137), em que a avaliação é mais sensível, considera-se que a URAVC teve em internamento maioritariamente doentes com AVC grave (54%).

Relativamente à etiologia da lesão vascular, a maioria é isquémica (67%). Os AVC hemorrágicos são exclusivamente hemorragias intraparenquimatosas. Os quadros isquémicos são mais frequentemente de origem cardioembólica e, em termos de topografia lesional, maioritariamente da circulação cerebral anterior (77%),

de acordo com a classificação OSCP para os défices neurológicos na fase aguda. Em 56% a lesão vascular afetou o hemisfério esquerdo, sendo bilateral em 4% dos casos.

Relativamente ao tempo desde o AVC até à admissão na URACV, a grande maioria (95%) foi admitido em fase subaguda, nos primeiros 6 meses de lesão, 82% dos quais nos primeiros 3 meses.

Cerca de 98% dos doentes apresentava múltiplas comorbilidades, nomeadamente fatores de risco cardiovascular. Destaca-se neste contexto a hipertensão arterial, presente em 79% dos doentes, a dislipidemia (40%) e a diabe-

tes mellitus (32%). De referir ainda que 23% dos doentes tinha diagnóstico de fibrilhação auricular.

Foi registado o nível de autonomia prévio ao AVC, verificando-se que 82% dos doentes era completamente autónomo em atividades de vida diária (AVD).

No que respeita aos défices apresentados, além da transversalidade dos défices motores e do compromisso funcional, presentes com diferentes manifestações em todos os doentes, realça-se a elevada frequência das alterações das funções nervosas superiores (cognitivas e da comunicação) e da disfagia (Tabela 2).

TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Etiopatologia (AVC)	Isquémico	67%
	TACI	41%
	PACI	21%
	LACI	16%
	POCI	24%
	Hemorragico	33%
Lado da lesão (AVC)	Esquerdo	56%
	Direito	40%
	Bilateral	4%
Tempo de evolução (AVC)	1-3 Meses	82%
	3-6 Meses	13%
	> 6 Meses	5%
Gravidade (AVC)	Grave	54%
	Moderado	39%
	Ligeiro	7%
Défices	Funções neuropsicológicas	85%
	Comunicação	46%
	Deglutição	57%
	Funções neuromotoras	100%
	Autonomia e funcionalidade	100%
Estado premórbido	Independente	82%
Comorbilidades	Sim	98%

TACI (total anterior circulation) | PACI (parcial anterior circulation) | LACI (lacunar anterior circulation) | POCI (posterior circulation)

Resultados da evolução clínica

Os resultados referentes às funções cognitivas, comunicação, deglutição, funções neuromotoras, autonomia e funcionalidade apresentam-se de seguida, especificando-se com a aplicação instrumentos específicos a evolução entre a admissão e a alta hospitalar.

Todos os doentes foram avaliados por Nutrição, e 38% necessitaram de intervenção, na maioria orientada para défices nutricionais globais ou específicos. Da mesma forma, todos os doentes foram avaliados por Serviço Social e a intervenção em 42% dos casos relacionou-se com a integração após a alta, em alguns casos para RNCCI.

Funções neuropsicológicas

Registaram-se 85% (n=135) de doentes com alterações neuropsicológicas, dos quais, 81% (n=128) com alterações cognitivas e 42% com alterações psicoemocionais, sendo que destes, 36% com diagnóstico de depressão e 22% com ansiedade. Excluíram-se da avaliação cognitiva as alterações da linguagem.

Os 128 doentes identificados com alterações cognitivas na admissão apresentavam na sua maioria alterações cognitivas pós-AVC (*Post Stroke Cognitive Impairment*), registadas em 75% dos doentes (n=96). Nos restantes doentes foram identificadas alterações neurocognitivas em 7 doentes, mais frequentemente associadas a síndrome demencial prévia, e não foi possível realizar avaliação cognitiva formal em 21 doentes, facto relacionado com a reduzida colaboração, alterações confusionais, compromisso severo da linguagem ou alteração do estado de consciência. Em 4 doentes com rastreio cognitivo normativo, considerou-se haver perda de funcionamento cognitivo comparativamente com o premórbido, estando igualmente indicada a reabilitação.

No rastreio cognitivo foi utilizada a escala MoCA. Alguns doentes necessitaram de uma avaliação mais aprofundada para identificar défices específicos. O défice mais frequente foi o de funções executivas (67%), sendo que em 32 destes doentes se identificou alteração específica da memória de trabalho, logo seguido da atenção (40%), velocidade de processamento (32%), memória (16%) e funções visuoperceptivas (8%). Em 11% dos doentes foi registada a presença de disfunção cognitiva global.

Dos 128 doentes que realizaram intervenção cognitiva (farmacológica e/ou reeducação), a evolução permitiu re-

gistar uma melhoria em 63%. A evolução monitorizada pela escala MoCA (n=96) revela adicionalmente que existe uma diminuição do estado de gravidade dos défices cognitivos e que na alta há recuperação total do funcionamento cognitivo em 32% dos doentes (Tabela 3).

TABELA 3 - EVOLUÇÃO DAS ALTERAÇÕES COGNITIVAS (MOCA N= 96)

	ADMISSÃO	ALTA
>2DP	70%	31%
2DP	13%	10%
1-2DP	9%	4%
1DP	7%	22%
<1DP	1%	1%
Normativo	0%	32%

DP (desvio padrão)

Comunicação

Todos os doentes foram avaliados em relação à capacidade de comunicação, registando se uma alteração desta capacidade em 46% dos doentes. Nos 72 doentes com alterações da comunicação verificou-se a presença das seguintes alterações isoladas ou em associação: afasia (52%), disartria (47%), disфонia (10%), apraxia do discurso (3%), alterações cognitivo-linguísticas (3%) e disfémia (1%).

Dos 38 doentes com afasia, na sua maioria dos tipos afasia global (32%) e afasia transcortical motora (34%), submetidos a treino de comunicação, 72% evoluíram favoravelmente, para normalidade (16%) ou para um tipo menos grave de afasia (54%) (Tabela 4).

TABELA 4 - EVOLUÇÃO DA AFASIA (BAAL N= 38)

	ADMISSÃO	ALTA
Afasia global	32%	13%
Afasia de Broca	16%	18%
Afasia de Wernicke	0%	0%
Afasia transcortical mista	5%	5%
Afasia transcortical motora	34%	24%
Afasia transcortical sensitiva	0%	0%
Afasia de condução	2%	0%
Afasia anómica	11%	24%
Sem afasia	0%	16%

Os 34 doentes com disartria, maioritariamente com disartria flácida (88%) evoluíram favoravelmente, contribuindo para o resultado global em que 83% dos doentes melhoraram as suas competências comunicativas, com 21% a apresentar um discurso inteligível e funcional sem alterações no momento da alta.

Deglutição

Todos os doentes foram avaliados em termos de capacidade de deglutição, o que ocorre por protocolo na primeira refeição após a admissão. Registou-se um quadro de disfagia em 57% dos doentes internados, e em 99% destes tratava-se de disfagia orofaríngea neurogénea, com apenas um doente com disfagia mecânica.

Dos 89 doentes com disfagia orofaríngea neurogénea, cerca de 21% foram admitidos com alimentação por via entérica (13 com sonda nasogástrica e 6 com PEG (*Per-cutaneous Endoscopic Gastrostomy*)), sendo os restantes alimentados exclusivamente por via oral (79%).

Além da avaliação clínica, 6 doentes realizaram avaliação complementar por videofluoroscopia da deglutição, exame disponível na URAVC.

A via de alimentação e severidade da disfagia foi classificada pela escala FOIS, na admissão e alta e como forma de monitorizar a evolução ao longo do internamento. Registou-se uma evolução favorável com treino de deglutição em 78% dos doentes, atingindo-se uma deglutição por via oral e com dieta não modificada (FOIS 6-7) em 58% dos doentes, sendo que 41% dos doentes com disfagia na admissão tem alta sem qualquer alteração da deglutição (FOIS 7). Dos 19 doentes admitidos com via entérica, doze (63%) adquiriram a via oral como forma exclusiva de alimentação, em quatro destes doentes para um nível sem modificação da dieta (FOIS 6-7). Seis doentes admitidos com via entérica tiveram alta com o mesmo regime alimentar, e um doente sofreu agravamento da capacidade de deglutição por via oral durante um período de intercorrência ativa.

A funcionalidade da deglutição pela escala FOIS registou um aumento na grande maioria dos doentes com disfagia, em média de 3,7 para 5,6 (Tabela 5).

	ADMISSÃO	ALTA
FOIS (Média 1-7)	3,7	5,6
FOIS (Nível)		
Via entérica (1-2-3)	21%	8%
Via oral modificada (4-5)	74%	34%
Via oral não modificada (6-7)	4%	58%

Funções neuromotoras

Em todos os doentes existe algum tipo de compromisso da função motora. Foram registados especificamente as alterações da força muscular e do tónus muscular, e a evolução da função do membro superior e da capacidade para a marcha. As restantes funções neuromotoras são avaliadas segundo o desempenho motor traduzido pela capacidade de realização de atividades de vida diária.

Relativamente à distribuição do défice motor, a hemiplegia foi registada em 97% dos doentes, com diferentes padrões e graus de força muscular segundo a localização da lesão encefálica e, os restantes doentes apresentaram défices bilaterais. A espasticidade foi a complicação motora do AVC mais frequentemente identificada, tendo-se registado em 28% dos doentes. Em todos os doentes a espasticidade era foco-regional e 25 doentes realizaram tratamento dirigido aos músculos espásticos com toxina botulínica do tipo A.

Em relação à funcionalidade do membro superior, a avaliação objetiva é feita com recurso à Escala de Enjalbert, pontuada de 0-6 segundo o padrão de recuperação da função proximal-distal do membro superior e atividade da mão. Dos 158 doentes, cerca de 23% tinham função normal (Enjalbert 6) na admissão e em 20% do total de doentes a função do membro superior era ausente (Enjalbert 0) no momento da admissão. Registou-se melhoria da função do membro superior em 57% dos doentes, tendo um quarto destes recuperado o membro superior para um nível de funcionalidade normativa. A evolução da cotação total da escala dos 121 doentes com alterações do membro superior em média de 2 para 3,1 (Tabela 6).

	ADMISSÃO	ALTA
Enjalbert (Média 0-6)	2,0	3,1

Em relação à capacidade de marcha, foram descritas alterações em 94% dos doentes, excluindo-se da análise da evolução os 9 doentes que apresentavam um nível de funcionalidade de autonomia total para esta função (MIF-Marcha 7) no momento da admissão. Para avaliação estatística os doentes foram divididos em 2 grupos: Grupo I - Sem marcha na admissão (MIF 1) com uma expressão de 50,4% (n=75); Grupo II - Com marcha na admissão (MIF 2-6), representando 49,6% dos doentes (n=74).

No Grupo I, doentes admitidos sem capacidade para marcha, 76% evoluiu favoravelmente e adquiriu esta

capacidade (MIF-Marcha 2-7), mas apenas 21% tiveram alta com autonomia (MIF-Marcha 6-7). Dos 16 doentes (12%) que tiveram alta sem capacidade para marcha, em cinco atingiu-se um nível de deambulação autónoma em cadeira de rodas.

No Grupo II, doentes admitidos com capacidade para marcha, registou-se uma evolução favorável desta capacidade em 89% dos doentes, com 64% dos doentes sem autonomia a conseguir otimizar esta capacidade para um nível independente. Na alta regista-se um valor de marcha autónoma em 50,4% de todos os doentes com alterações da marcha admitidos na URAVC (Tabela 7).

TABELA 7 - EVOLUÇÃO DA MARCHA (MIF-MARCHA N= 149)

	ADMISSÃO	ALTA
Grupo I - Sem marcha na admissão (n=75) Sem marcha (MIF-Marcha 1)	50,4%	12%
Grupo II - Com marcha na admissão (n=74) Marcha dependente (MIF-Marcha 2-3-4-5)	45%	45%
Marcha independente (MIF-Marcha 6-7)	12%	50,4%

Autonomia e funcionalidade

Para avaliação global da autonomia e funcionalidade e também como forma de monitorizar os resultados da intervenção da reabilitação, em termos de ganhos e de atingimento dos objetivos definidos, foram registados para todos os doentes o instrumento MIF.

Avaliando a evolução da pontuação total da MIF entre a alta e admissão, verifica-se que 91% dos doentes modifica favoravelmente o seu estado funcional, com base no aumento da cotação da MIF total (18-126).

Avaliando a evolução da MIF total, verifica-se uma evo-

lução média favorável da amostra total de doentes de cerca de 22,8 pontos, o que significa uma melhoria em média de 21% do estado funcional desde a admissão. Separando a escala MIF na sua componente MIF motora (13-91 pontos) e MIF cognitiva (5-35 pontos), verifica-se que em geral, a evolução motora é de maior amplitude que a evolução cognitiva.

Quando analisada a MIF pelo nível de dependência dos doentes, a evolução favorável é notória na diminuição de casos de dependência grave (11% na alta) e no aumento de doentes independentes (42% na alta).

TABELA 8 - EVOLUÇÃO DA AUTONOMIA E FUNCIONALIDADE (MIF N= 158)

	ADMISSÃO	ALTA
MIF (Média)		
Score total (18-126)	69,6	91,4
Score motor (13-91)	43,4	62,3
Score cognitivo (5-35)	26,2	30,1
MIF (Nível)		
Dependência grave (MIF 1-2)	34%	11%
Dependência moderada (MIF 3-4-5)	56%	47%
Independência (MIF 6-7)	10%	42%

Resultados de indicadores de qualidade

Alguns indicadores clínicos permitem monitorizar a qualidade dos cuidados prestados e avaliar o cumprimento das normas de boas práticas e classificar o nível de desempenho e eficácia.

As intercorrências e complicações registadas durante o internamento são pouco frequentes, verificando-se um número reduzido de quedas (14 episódios), e a ausência de úlceras de pressão e pneumonias de aspiração.

A intercorrência mais frequente foi a infeção urinária, afetando 20% dos doentes, e a mais grave, uma estenose da traqueia. Cerca de 61% dos doentes apresentaram dor, na sua maioria nocetiva e relacionada com alterações do ombro no lado hemiplégico (77%). 21 doentes apresentaram clínica compatível com dor neuropática central. Durante os 3 anos em análise não se registaram óbitos.

A duração do internamento teve o valor médio de 51,2 dias, adequado para o valor médio definido para a tipologia de cuidados da URAVC, entre 40-60 dias.

Analisando a integração e continuidade de cuidados, após a alta a maioria dos doentes é integrada no domicílio (88%), incluindo doentes graves. Após a alta todos os doentes foram orientados para continuidade do plano de reabilitação numa tipologia diferente, quase sempre um ambulatório de proximidade na comunidade. Os restantes doentes foram orientados para a RNCCI ou outra modalidade de residência.

Discussão

O doentes que integram a amostra em estudo foram admitidos no programa de reabilitação em internamento da URAVC segundo as recomendações internacionais^{13,14} em que se define que, segundo a evidência que obteve os melhores resultados clínicos e assistenciais, a reabilitação deve ser precoce (Classe A) e intensiva segundo a tolerância (Classe B) e os sobreviventes de AVC candidatos a programas de fase subaguda devem ter acesso a cuidados organizados, especializados e multiprofissionais (Classe A).

O perfil do doente que integrou o programa vai de encontro às recomendações para o subgrupo de sobreviventes de AVC que necessita de programas intensivos

multimodais especializados, com grande complexidade clínica, com quadros predominantemente moderados e graves, com múltiplas comorbilidades, com múltiplos défices que afetam vários domínios e em fase subaguda do seu processo lesional.

A maioria dos doentes é admitido diretamente a partir de hospitais de cuidados agudos (82%), a maioria internados em Unidades de AVC, apontando para uma boa articulação entre instituições na transição e continuidade de cuidados, nos primeiros seis meses de evolução (95%). Este é o período de maior neuroplasticidade, em que a reabilitação pode ter mais impacto na reorganização do funcionamento encefálico, associando um melhor prognóstico neurológico e funcional¹⁵.

A caracterização da lesão aponta para diferenças em relação à população geral de sobreviventes de AVC, uma vez que o processo de referenciação identifica doentes mais graves e complexos, mas também com maior potencial de recuperação funcional. Apesar do franco predomínio de lesões isquémicas, há um número maior que o habitual de lesões hemorrágicas, o que pode contribuir para justificar a boa evolução em alguns domínios¹⁶. Por outro lado, o facto das lesões isquémicas serem maioritariamente quadros totais ou parciais da circulação anterior, aponta para apresentações mais graves e com maior probabilidade de associarem alterações da comunicação e do funcionamento cognitivo.

Os resultados referentes à evolução dos vários défices e podem considerar-se globalmente bons e apontam para o sucesso de cada valência na intervenção integrada que compõe o programa de reabilitação. A frequência de alterações cognitivas, da comunicação e deglutição apresentam uma prevalência acima do verificado em amostras mais representativas da população geral de sobreviventes de AVC devido às características específicas dos doentes referenciados para este tipo de programa.

As alterações cognitivas são frequentes após AVC, com uma incidência de 40-70%¹⁷⁻²⁰, contribuindo de forma significativa para aumentar a complexidade dos quadros funcionais, agravados muitas vezes por sequelas em múltiplos domínios. Estima-se que um terço dos sobreviventes de AVC persista com alterações cognitivas um ano após a lesão, com impacto importante na participação e qualidade de vida¹⁷. Na nossa amostra as alterações cognitivas pós-AVC (PSCI) foram identificadas em 75%

dos doentes, nos domínios reportado na literatura como mais frequentemente afetados, as funções executivas, a atenção e a memória. A nossa casuística tem dentro dos défices executivos uma percentagem relevante de doentes com alteração da memória de trabalho, o que está de acordo com as séries publicadas, e também de alteração da velocidade de processamento, défice frequentemente subestimado por surgir frequentemente associado ao défice de atenção e poder ser confundido com bradicinesia ou apatia. Em 11% dos doentes foi registada a presença de disfunção cognitiva global, o que, atendendo à idade da população, poderá significar a presença de alterações cognitivas premórbidas, frequentemente subdiagnosticadas, o desenvolvimento de um processo demencial vascular ou o natural processo de senescência cerebral. O valor de evolução favorável em 63% dos doentes é muito relevante, tendo em conta que mais de metade dos doentes tem alterações em mais que um domínio cognitivo, mas realça-se o potencial da reabilitação cognitiva, área com evidência científica crescente²¹, na recuperação para níveis de funcionamento normativo em cerca de um terço dos doentes. Pode contribuir para os bons resultados atingidos a frequência diária e a intensidade do treino cognitivo realizado no programa da URAVC. No âmbito das alterações neuropsicológicas, as alterações psicoemocionais, em especial a depressão é também frequente e com impacto potencial no funcionamento cognitivo e na recuperação de vários domínios. Na nossa amostra a incidência de depressão aproxima-se do descrito na literatura (29-36%)²².

As alterações da comunicação são comuns após AVC, podendo as alterações da linguagem afetar até 21-40% dos sobreviventes da AVC²³⁻²⁵. Na recuperação da afasia, os primeiros 6 meses são determinantes e as técnicas de terapia da fala continua a reunir a maior evidência neste período²¹. Na nossa amostra a afasia é mais prevalente porque se relaciona frequentemente à severidade global do quadro, surgindo frequentemente associada a outras alterações cognitivas, e porque existe um predomínio de lesões encefálicas esquerdas, lado em que, na maioria das pessoas a linguagem tem funções lateralizadas. Realça-se a frequência elevada de afasias mais graves e de pior prognóstico, como a afasia global e de Broca, cuja recuperação se traduz frequentemente na transição para formas de afasia menos graves e numa necessidade permanente de recurso a meios alternativos ou aumentativos de comunicação²⁶. Os resultados são muito positivos, não só pela maior frequência na alta hospitalar de quadros de afasia menos incapacitantes, como a afasias transcortical

motora e anómica, mas também porque contrariando as expectativas há 16% de doentes que têm alta com recuperação total da sua afasia.

A disfagia pode afetar mais de 50% dos sobreviventes de AVC, podendo ter diferentes formas de apresentação e gravidade, mas é uma condição de diagnóstico precoce obrigatório pelo risco de se associar a complicações graves como a infeção respiratória e a morte²⁶⁻²⁷. Na amostra analisada a grande maioria dos doentes com disfagia tinha na admissão funcionalidade para alimentação por via oral exclusiva, o que representa independentemente um maior potencial de recuperação. Os resultados superam as expectativas, não só porque a maioria dos doentes obtém algum tipo de melhoria com o treino de deglutição, mas sobretudo porque mais de metade dos doentes com disfagia na admissão (58%), tem alta com funcionalidade para deglutição sem modificação da dieta, representando um enorme sucesso terapêutico. Adicionam-se a estes resultados a excelente evolução registada nos doentes com via entérica, com níveis acima do esperado de aquisição de funcionalidade para alimentação por via oral exclusiva (63%).

O nível de recuperação motora e funcional após a ocorrência de um AVC está sujeito a grande variabilidade individual. Algumas funções motoras recuperam rapidamente, enquanto outras podem manter-se indefinidamente como défices permanentes. Uma grande parte do processo de recuperação motora ocorre nos primeiros três meses após a ocorrência do evento vascular e, após seis meses da instalação do quadro, são previsíveis apenas pequenos progressos. Para alguns doentes, no entanto, a recuperação da função motora pode continuar por um longo período²⁸⁻³⁰.

A recuperação motora espontânea do membro superior após um AVC limita-se geralmente aos primeiros seis meses de lesão, período em que a medicina de reabilitação poderia ter um papel interventivo no sentido facilitador. A reduzida evolução do membro superior é frequente nos quadros de AVC no território da artéria cerebral média, em especial quando o défice motor é severo desde o início, o que se confirma nos resultados da nossa amostra.

Relativamente à marcha, a boa evolução registada confirma o expectável relativamente a esta função, cumprindo-se os objetivos de aquisição de marcha, quando esta competência não está, presente na admissão, e otimização da marcha, quando esta capacidade já existe no início do programa. Um excelente indicador de recuperação é o

facto de apenas 12% dos doentes terminarem o programa sem capacidade para marcha.

O prognóstico funcional após um AVC é influenciado por múltiplas variáveis de carácter neurológico, funcional e psicossocial. A análise dos inúmeros fatores com potencial preditivo relativamente à evolução funcional permitiu concluir que apenas a idade do doente, a severidade do défice neurológico inicial, o lado da lesão, a história de um AVC prévio, a incontinência urinária e as escalas de avaliação funcional Medida de Independência Funcional e Índice de Barthel, reúnem evidências globalmente consensuais³⁰⁻³¹. Na amostra em estudo, o aumento de 22 pontos na escala MIF revela uma melhoria funcional significativa, sobretudo para os doentes graves, que podem modificar globalmente o seu nível de dependência. Considera-se um resultado relevante, 42% do total de doentes ter alta com um nível de independência funcional.

As intercorrências e complicações registadas durante o internamento são pouco frequentes, verificando-se um número reduzido de quedas, e a ausência de úlceras de pressão e pneumonias de aspiração, é um claro sinal de qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Conclusão

Com esta revisão pode-se verificar o benefício da admissão dos sobreviventes de AVC numa unidade de reabilitação especializada e multiprofissional.



Verifica-se evolução clínica e funcional favorável refletindo-se numa percentagem elevada de reintegração no domicílio.

O internamento neste tipo de unidade permite aos sobreviventes, principalmente aos de AVC grave, o acesso atempado e intensivo a múltiplas valências de reabilitação, sendo difícil em regime de ambulatório, nomeadamente a reabilitação cognitiva ainda pouco disseminada em Portugal.

Agradecimentos

Além dos autores deste trabalho, a todos os colaboradores da URAVC, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e áreas de apoio clínico durante os três primeiros anos de atividade, um agradecimento especial. *Enfermeiros*: Ana Catarina Ribeiro, Ana Dias, Ana Sofia Martins, Carina Gonçalves, Estela Zenha, Iolanda Castro, Isabel Brito, João Fidalgo, Maria Inês Machado, Mariana Machado, Mariana Vintena, Nuno Ribeiro, Otilia Ricardo, Sara Quintas; *Auxiliares de ação médica*: Alberto Coelho; Ana Ramos, António Moreira, António Oliveira, Cristina Figueiredo, David Silva, Daniela Meira, Diana Sousa, Elisa Ferreira, Fernanda Teixeira, Joana Alves, Joana Neves, João Silva, Joel Leite, Liliana Teixeira, Manuela Pedroto, Mara Santos, Paula Figueiredo, Pedro Correia, Sérgio Ribeiro; *Terapeutas*: Elisabete Costa, Fátima Albuquerque, Gisela Cunha, José Paraty, Luciana Silva, Mário Silva, Rafaela Cunha, Zita Vieira; *Ajudantes Técnicos de Fisioterapia*: Armanda Morais, Fátima Alves, José Soares, Laura Mota, Lurdes Coelho, Isabel Costa, Rosa Arménia Silva; *Médicos Fisiatras*: Diana Mesquita, Edgar Tamegão, Gonçalo Borges, Miguel Joana; *Médico Psiquiatra*: Ana Cordeiro; *Assistentes Sociais*: Deolinda Bessa, Patrícia Soares, Susana Ferreira; *Nutricionistas*: Mariana Marques, Rosário Martins; *Administrativas*: Corina Sousa; Paula Barreiros Valente.

Referências bibliográficas

1. Economic burden of stroke across Europe: A population-based cost analysis. European Stroke Organisation. *European Stroke J* (2020), Vol. 5(1) 17-25.
2. Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. European Stroke Organisation. *European Stroke J* (2018), Vol. 3(4) 309-336.
3. Kuçukdeveci A et al. Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional

- practice for persons with stroke. The European PRM position (UEMSPRM Section) *Eur J Phy Rehabil Med* (2018); 54:957-70.
4. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardio-vasculares. Direção Geral da Saúde (2017).
 5. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Física e de Reabilitação. ACSS (2017).
 6. Norma de Orientação Clínica 054/2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Direção Geral da Saúde (2011).
 7. Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 7.3. (2013). Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
 8. Caldas C. Laboratório de Estudos da Linguagem - Centro de Estudos Egas Moniz, FMUL. BAAL - Bateria de avaliação da afasia de Lisboa (1986).
 9. Crary MA, Carnaby-Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* (2005); 86:1516-1520.
 10. Wade DT et al. The hemiplegic arm after stroke: measurements and recovery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. (1983) ;46: 521-24.
 11. Lains, J. Medida de Independência Funcional. Guia para o sistema uniformizado de dados para reabilitação médica, versão para a língua portuguesa: Ed. SMFR/HUC e Research Foundation - State University of New York at Buffalo Oxford (1990).
 12. Winstein CJ et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association *Stroke* (2016) Jun; 47(6):e98-e16.9
 13. Teasell R et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. *Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke*; 6th Edition Update 2019. *Int J Stroke*. (2020) Oct;15(7):763-788.
 14. Caeyenberghs K et al. Evidence for Training-Dependent Structural Neuroplasticity in BrainInjured Patients: A Critical Review *Neurorehabil Neural Repair*. 2018; 1-16
 15. D'Souza C et al. Cognitive Impairment in Patients with Stroke. (2021) *Semin Neurol*. 2021 Feb;41(1):75-84.
 16. Paolucci S et al. Functional outcome of ischemic and hemorrhagic stroke patients after inpatient rehabilitation. A matched comparison. *Stroke* (2003); 34:2861-2865.
 17. Hickey A, Merriman NA, Bruen C, et al. Psychological interventions for managing cognitive impairment after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(8):CD013406.
 18. Mellon L, Brewer L, Hall P, et al. Cognitive impairment six months after ischaemic stroke: a profile from the ASPIRE-S study. *BMC Neurol*. 2015;15:31.
 19. Jokinen H, Melkas S, Ylikoski R, et al. Post-stroke cognitive impairment is common even after successful clinical recovery. *Eur J Neurol*. 2015; 22:1288-1294.
 20. Cicerone K et al. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Systematic Review of the Literature From 2009 Through 2014 *Arch Phys Med Rehabil* (2019) Aug;100(8):1515-1533.
 21. Towfighi A et al. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2017;48:e30-e43 .
 22. Fridriksson, J.; Hillis, A.E. Current Approaches to the Treatment of Post-Stroke Aphasia. *J. Stroke* 2021, 23, 183-201.
 23. McNeil, M.R.; Pratt, S.R. Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. *Aphasiology* 2001, 15, 901-911.
 24. Osa García, A et al. Predicting Early Post-stroke Aphasia Outcome From Initial Aphasia Severity. *Front. Neurol*. 2020, 11, 120.
 25. Hartwigsen, G.; Saur, D. Neuroimaging of stroke recovery from aphasia-Insights into plasticity of the human language network. *Neuroimage* 2019, 190, 14-31.
 26. Balcerak P et al. Post-stroke Dysphagia: Prognosis and Treatment-A Systematic Review of RCT on Interventional Treatments for Dysphagia Following Subacute Stroke. (2022)
 27. Galovic M, Stauber AJ, Leisi N, Krammer W, Brugger F, Vehoff J, et al. Development and Validation of a prognostic model of swallowing recovery and enteral tube feeding after ischemic stroke. *JAMA Neurol*. (2019) 76:561- 70.
 28. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet*. 2011; 377:1693-1702.
 29. Dentil L et al. . Outcome predictors of rehabilitation for first stroke in the elderly. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008; 44:3-11
 30. Shelton F et al. Effect of lesion location on upper limb motor recovery after stroke. *Stroke* 2001; 32:107-112.
 31. Thorper ER. Outcome Measure Scores Predict Discharge Destination in Patients with Acute and Subacute Stroke: A Systematic Review and Series of Meta-analyses. *J Neurol Phys Ther*. 2018 Jan; 42(1):2-11.

A DOENÇA HEPÁTICA ESTEATÓSICA – NOVA NOMENCLATURA

STEATOHEPATITIS- NEW NOMENCLATURE

Isabel Pedroto ¹

Resumo

No cenário dinâmico da ciência médica, a nomenclatura associada à esteatose hepática tem sido alvo de discussão e análise, refletindo a evolução da nossa compreensão desta complexa desordem metabólica. Neste artigo, revisitamos a sua importância clínica atual, percorremos a trajetória histórica da sua terminologia e apresentamos a nova nomenclatura.

Abstract

In the dynamic landscape of medical science, the nomenclature associated with liver steatosis has undergone transformations, following our evolving understanding of this complex metabolic disorder. In this article, we review its current clinical importance, cross the historical trajectory of its terminology and present the most recent nomenclature.

Palavras-chave: Fígado gordo não-alcoólico; fígado gordo associado a disfunção metabólica; NAFLD; MAFLD; esteatohepatite não-alcoólica; NASH; esteatose hepática.

Keywords: Non-alcoholic fatty liver disease; metabolic dysfunction-associated fatty liver disease; NAFLD; MAFLD; non-alcoholic steatohepatitis; NASH; liver steatosis.

Autor:

Isabel Pedroto MD,PhD

Diretora do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Santo António

Professora Catedrática Convidada do ICBAS

Gastroenterologista do Hospital da Prelada

Conflitos de interesse: O autor não tem conflitos de interesse a declarar

Introdução

Classicamente, a doença hepática gorda não alcoólica (NAFLD) é um termo abrangente que inclui todos os graus e estadios da doença e define-se pela presença de esteatose em mais do que 5% dos hepatócitos em associação com fatores de risco metabólicos (particularmente a obesidade e a diabetes tipo 2) e na ausência de consumo excessivo de álcool (≥ 30 g/dia nos homens e ≥ 20 g/dia nas mulheres) ou outras doenças hepáticas crónicas¹. O espectro da doença inclui a NAFL (nonalcoholic fatty liver), caracterizada por esteatose hepática macrovesicular que pode ser acompanhada por inflamação leve, e a esteatohepatite não alcoólica, a NASH (nonalcoholic steatohepatitis). O termo NASH implica a existência de inflamação e/ou fibrose, e abrange todo o contínuo de gravidade da doença com potencial de evolução cirrótica e de desenvolvimento de carcinoma hepatocelular (CHC). O primeiro passo no desenvolvimento da NAFLD/NASH é a acumulação de gordura no fígado, uma condição que é frequentemente associada às características da síndrome metabólica (MetS), como a obesidade, a diabetes mellitus tipo 2 (DM2), a dislipidemia e a hipertensão arterial. Contudo, a principal disfunção metabólica subjacente é a resistência à insulina.

Já em 2016, uma meta-análise de estudos publicados entre 1990 e 2015, apontou uma prevalência da doença hepática gorda não alcoólica (NAFLD) de cerca de 25%, tornando-a a causa mais frequente de doença hepática crónica em todo o mundo². Os estudos subsequentes da Global Burden of Disease complementaram estes dados e forneceram evidências de que a NAFLD é a doença que cresce mais rapidamente a nível mundial contribuindo para uma progressiva carga clínica relacionada com as complicações da doença hepática crónica, como a cirrose

¹ MD,PhD. Diretora do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Santo António. Professora Catedrática Convidada do ICBAS. Gastroenterologista do Hospital da Prelada.

e o CHC³⁴. Também, dados recentes do 'United States' United Network of Organ Sharing (UNOS) indicam que a NAFLD é a segunda indicação para transplante hepático, mas rapidamente alcançará o primeiro lugar na lista dos doentes com carcinoma hepatocelular⁵. Aliás, é previsível que a NAFLD seja a principal indicação para transplante hepático em 2030.

Em 2023, na última revisão sistemática e meta-análise, a prevalência global da NAFLD foi de 30% (figura 1)⁶. Adicionalmente os autores mostraram que esta aumentou 50.4%, de 25.26% (21.59-29.33) em 1990-2006 para 38.2% (33.72-42.89) em 2016-2019. E, que este aumento foi impulsionado pela pandemia da obesidade e da DM2.

Contudo, na última década, foi demonstrado que o impacto clínico da NAFLD não se limita apenas à morbidade e mortalidade relacionadas com o fígado, mas que se trata de uma doença multissistémica afetando vários órgãos extra-hepáticos. A NAFLD e os distúrbios metabólicos têm uma forte interação epidemiológica e clínica. A prevalência da NAFLD é maior (> 50%) nos obesos e diabéticos e, os doentes com NAFLD, apresentam uma prevalência significativamente maior de distúrbios metabólicos em comparação com os indivíduos sem esteatose hepática. Na verdade, como demonstrado pela meta-análise de Younossi e col.⁷ em 8.515.431 doentes, a prevalência global da NAFLD foi de 25,24% (IC 95%: 22,10-28,65%); as comorbidades metabólicas associadas à NAFLD incluíram a obesidade (51,34%; IC 95%: 41,38-61,20%), DM2 (22,51%; IC 95%: 17,92-27,89%), a hipertensão arterial (39,34%; IC 95%: 33,15- 45,88%), a dislipidemia (69,16%; IC 95%: 49,91-83,46%) e a síndrome metabólica (42,54%; IC 95%: 30,06-56,05%).

Na NAFLD, as comorbidades metabólicas, especialmente a diabetes, são fatores de risco para a gravidade da fibrose hepática; quanto maior o número de comorbidades metabólicas, maior o risco de fibrose hepática avançada. Além disso, a diabetes e os fatores de risco metabólicos aumentam o risco de desenvolver cirrose e suas complicações. Por outro lado, a NAFLD, por si só, aumenta o risco de desenvolver distúrbios metabólicos. Quanto maior o grau de fibrose hepática maior o risco de desenvolvimento de distúrbios metabólicos. Como exemplo disso, os doentes com fibrose F3-F4 apresentam um risco quatro vezes maior de incidência anual de DM2 e hipertensão arterial versus aqueles com fibrose F1-F2. Estes achados sugerem a presença de uma relação bidi-

recional entre a NAFLD e os fatores de risco cardiovasculares, mostrando que a NAFLD indicia o desenvolvimento de distúrbios metabólicos e vice-versa (figura 2)⁸. E de facto, a NAFLD é responsável por um risco aumentado de doenças cardiovasculares. Isto é de grande relevância clínica porque vários autores já salientaram que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de mortalidade nesta população. Um estudo de base populacional, que analisou a mortalidade extra-hepática anual padronizada por idade, nos indivíduos com NAFLD nos Estados Unidos, entre 2007 e 2017, referiu que a causa mais provável e crescente de morte na NAFLD eram as doenças cardiovasculares (aproximadamente 20%). O risco de doença renal crónica também tem sido identificado. Também existe evidência recente de que a NAFLD constitui um fator de risco para outras doenças crónicas, como a apneia do sono, alguns cancros como o cancro colorretal, a osteoporose e a psoríase, entre outras (figura 3)⁸.

Um Olhar Histórico

A acumulação exagerada de depósitos de gordura no fígado foi reconhecida há séculos (figura 4)⁹. O percurso da compreensão da esteatose hepática começou no século XIX, quando o fígado gordo estava predominantemente associado ao consumo de álcool e à sobrenutrição. À medida que os anos avançavam, a descrição microscópica do fígado gordo evoluía. E, as primeiras décadas de 1900 marcaram a associação inicial do fígado gordo com fibrose hepática e cirrose, e subsequentemente com diabetes.

Num artigo histórico¹⁰, publicado por Ludwig e col. (1980), o termo NASH foi usado pela primeira vez para descrever a histologia hepática associada ao excesso de gordura hepática em mulheres obesas e diabéticas que negavam o consumo de álcool, mas apresentavam alterações no fígado muito semelhantes às promovidas pelo álcool. Particularmente, um fígado aumentado de volume, alterações das transaminases e exames anatómopatológicos do fígado com macrovesículas de gordura, necrose focal, inflamação e corpos de Mallory (achados até então considerados característicos da hepatite alcoólica). Deste modo, o termo "não alcoólico" utilizado resultou das semelhanças nos achados histopatológicos destes doentes quando comparados com aqueles com doença hepática relacionada com o álcool. Assim surgiram os rótulos diagnósticos NAFLD e NASH separando-as da doença hepática alcoólica e enfatizando as suas

bases metabólicas. Esta era testemunhou uma mudança de paradigma, onde o fígado gordo transitou de ser apenas uma desordem de extremos nutricionais ou excesso de álcool para uma desordem metabólica com potencial fibrogénico e oncogénico.

E, na ausência de alternativas, a NAFLD foi adotada porque descrevia a presença de gordura no interior do fígado, excluindo a outra causa comum, o excesso de álcool. E de facto, grandes estudos de base populacional corroboraram que, apesar da considerável heterogeneidade fenotípica, a grande maioria das doenças designadas como NAFLD estavam relacionadas com os chamados fatores “metabólicos”, incluindo o excesso de peso, a obesidade visceral, a resistência à insulina e a dislipidemia. Contudo, embora a NAFLD capte com precisão o aumento da gordura dentro do fígado, ela apresenta imperfeições. Em primeiro lugar, não explica qual é a causa; em vez disso, descreve o que não é a causa e, portanto, não capta adequadamente a entidade acima mencionada. Em segundo lugar, o termo “gordo” é percebido por muitos doentes como estigmatizante e, portanto, dificulta a consciencialização sobre a doença e o envolvimento dos doentes. Em terceiro lugar, não considera um cenário clínico comum, a contribuição de ambas as causas, as metabólicas e as não-metabólicas, particularmente as relacionadas com o álcool. Este último apresenta vários problemas: os doentes com consumo de álcool diário superior a 20g nos homens e 30g nas mulheres, combinado com fatores de risco metabólicos, eram sobretudo rotulados como tendo problemas hepáticos apenas relacionados com o álcool. Ou seja, além da estigmatização subjacente, a verdadeira causa da doença hepática - a síndrome metabólica - era subestimada bem como a contribuição relativa de cada fator e dos seus potenciais efeitos sinérgicos. Além disso, os doentes com outras doenças hepáticas crónicas (por exemplo, víricas, fármacos, genéticas ou autoimunes) que também podem ter fatores de risco “metabólicos” que contribuam para a lesão hepática não são considerados.

Mas, mesmo com o reconhecimento de uma doença caracterizada pelo acúmulo de gordura no fígado e, em doentes sem consumo de álcool, ainda restava um outro problema: uma parte destes doentes não eram obesos ou diabéticos, a “lean NAFLD”. A prevalência da “lean NAFLD” varia entre as populações¹¹. Um grande estudo populacional ocidental mostrou que aproximadamente 7% dos indivíduos magros apresentam NAFLD. No entanto, outros estudos ocidentais observaram uma prevalência

que pode chegar aos 20%. Estudos populacionais asiáticos observaram variações semelhantes, mas geralmente mostram uma prevalência mais elevada de “lean NAFLD”.

Então, à medida que avançávamos para o século XXI, cresceu um consenso dentro da comunidade médica para visitar a nomenclatura existente, que parecia carregar uma conotação negativa. O termo gordo, na NAFLD, era percebido como estigmatizante, potencialmente incentivador do preconceito e da discriminação¹². Em 2020, um painel de especialistas propôs uma nova definição e critérios dando origem ao termo Metabolic Associated Fatty Liver Disease, a MAFLD¹³. Esta nomenclatura não só procurava incorporar a disfunção metabólica na essência da doença, como deslocar o foco do que a doença não é (não alcoólica) para o que ela representa fundamentalmente - uma desordem metabólica. A MAFLD exigia a presença de esteatose em coexistência com critérios metabólicos estipulados. A MAFLD tinha a vantagem de ser um nome e um diagnóstico afirmativos, mas mantinha uma terminologia estigmatizante (o uso de gordo no título), e o termo “metabólico” não foi universalmente aceite como tendo critérios claros. Por exemplo, alguns doentes que eram previamente classificados como “lean NAFLD” (índice de massa corporal normal) podiam não preencher os critérios para MAFLD. Por outro lado, se a definição de NAFLD exclui um consumo de álcool > 20/30g /dia nas mulheres e nos homens respetivamente, a definição de MAFLD é mais permissiva. Como interpretar o papel do álcool na história natural da doença? Na prática clínica, os doentes com NAFLD/MAFLD que consomem mais álcool que os mínimos definidos, representam um grupo importante e devem ser equacionados de forma independente. Esta e outras questões fragilizaram a terminologia proposta.

Consequentemente, o discurso em torno da nomenclatura da esteatose hepática continuou a evoluir. Em resposta a esta necessidade de redefinição, as sociedades científicas internacionais relacionadas com o fígado, juntamente com as associações de doentes, reuniram-se para rever as opções da nomenclatura e definição para a NAFLD/MAFLD. No início de 2020, participaram a American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), a Latin America Association for the Study of the Liver (ALEH), a Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) e a European Association for the Study of the Liver (EASL), com as associações de doentes sendo o Global Liver Institute, a European Liver Patients' Association (ELPA), a Liver Patients International (LPI), a Fatty Liver

Foundation (FLF) e a American Liver Foundation (ALF). Foi solicitado a cada sociedade e grupo de doentes que nomeassem especialistas entre os seus membros que contribuiriam e votariam neste processo. Também, endocrinologistas e pediatras estiveram envolvidos em todas as etapas do processo. Um total de 236 membros de um painel de 56 Países participaram em quatro inquéritos online e em duas reuniões híbridas (metodologia Delphi). Os termos “não alcoólico” e “gordo” foram considerados estigmatizantes por 61% e 66% dos entrevistados, respetivamente. A doença hepática esteatósica foi escolhida como um termo abrangente para integrar as várias etiologias da esteatose. O termo esteatohepatite foi considerado um conceito fisiopatológico importante que deveria ser mantido, de NASH para MASH. O nome escolhido para substituir a NAFLD foi a MASLD (Metabolic Dysfunction Associated Steatotic Liver Disease - ou doença hepática esteatósica associada a disfunção metabólica).

Doença Hepática Esteatósica

E na reunião de abril deste ano da European Association for the Study of Liver Diseases foi apresentada a nova nomenclatura, adotada globalmente por todas as sociedades científicas¹⁴.

Na nova terminologia, após o diagnóstico da esteatose (figura 5), devemos avaliar a presença da síndrome metabólica, ou fatores de risco cardiometabólicos (CMRF) (quadro 1); se tem critérios, e não tem mais nenhuma outra causa para o acúmulo de gordura no fígado, segundo a nova classificação trata-se de MASLD. A MASLD significa um passo adicional em direção a uma terminologia pela positiva. Contudo, esta mudança não é meramente semântica, mas representa uma compreensão mais profunda da natureza multifacetada da doença, reconhecendo a patogénese metabólica evidente em indivíduos com NAFLD típica.

Uma nova categoria, fora da MASLD pura, denominada MetALD (Metabolic Alcoholic Liver Disease, ou doença hepática alcoólica-metabólica), foi selecionada para descrever aqueles com MASLD que consomem maiores quantidades de álcool por semana (140 a 350 g/semana e 210 a 420 g/semana para mulheres e homens, respetivamente). Claro que, quanto menor o consumo de álcool maior a importância do distúrbio metabólico, e vice-versa. Ou seja, MetALD com predomínio de MASLD ou MetALD com predomínio de ALD.

Se a pessoa não tem CMRF, e, se a única causa for o consumo de álcool (mais de 30g por dia nos homens e 20 g nas mulheres) então trata-se de ALD (Alcohol-Associated Liver Disease - doença hepática associada ao álcool). Mas se o doente tem esteatose e foi observada uma causa específica, como hepatite C, hepatite medicamentosa (DILI), doença de Wilson, doença celíaca ou outras, então tem doença hepática esteatósica específica. Se a causa da esteatose não for identificada, é considerada doença hepática esteatósica criptogénica.

Vejamos então a nova nomenclatura e as suas equivalências em português:

- SLD ou Steatotic Liver Disease: Doença Hepática Esteatósica
 - MASLD: doença hepática esteatósica associada a disfunção metabólica
 - MASH (anterior NASH): esteatohepatite associada a disfunção metabólica
 - MetALD: doença hepática esteatósica associada a disfunção metabólica com consumo de álcool capaz de provocar lesão hepática
 - MetALD com predomínio de MASLD
 - MetALD com predomínio de ALD
 - ALD: doença hepática associada ao álcool
 - SLD: doença hepática esteatósica específica
 - SLD Cryptogenic: doença hepática esteatósica criptogénica

A figura 6 descreve o esquema da doença hepática esteatósica (SLD) e suas subcategorias. A SLD, diagnosticada histologicamente ou por imagem, tem muitas etiologias. A MASLD, definida como a presença de esteatose hepática em conjunto com um CMRF e nenhuma outra causa, a ALD e uma sobreposição das duas (MetALD), constituem as causas mais comuns de SLD. Dentro do grupo MetALD existe um continuum através do qual a contribuição da MASLD e da ALD irá variar. Outras causas de SLD precisam ser consideradas separadamente, como já é a nossa prática clínica, dada a sua distinta fisiopatologia. Também, múltiplas etiologias de esteatose podem coexistir. Se houver incerteza e o médico suspeitar fortemente de disfunção metabólica apesar da ausência de CMRF, então o termo possível MASLD pode ser considerado enquanto aguardamos testes adicionais (por exemplo, HOMA-IR). Por outro lado, a capacidade de fornecer um diagnóstico afirmativo permite considerar a coexistência

de outras formas de doença hepática com MASLD, por ex. MASLD mais hepatite autoimune ou hepatite vírica. Na presença de esteatose hepática, o achado de qualquer CMRF conferiria o diagnóstico de MASLD se não existissem outras causas de esteatose hepática. Se forem identificados fatores adicionais de esteatose, isso é consistente com uma etiologia combinada. No caso do álcool, isso é denominado de MetALD. Na ausência de CMRF evidentes, outras etiologias devem ser excluídas e, se nenhuma for identificada, isso é denominado SLD criptogénica, embora, dependendo da avaliação clínica, também possa ser considerado uma possível MASLD e, portanto, beneficiar de uma avaliação periódica, considerando caso a caso. Ou poderão eventualmente ser reclassificadas no futuro.

Bibliografia

1. European Association for the Study of the Liver, European Association for the Study of Diabetes, European Association for the Study of Obesity. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol* 2016; 64: 1388-402.
2. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. Zobair M Younossi, Aaron B Koenig et al. *Hepatology*. 2016 Jul;64(1):73-84.
3. Burden of non-alcoholic fatty liver disease in Asia, the Middle East and North Africa: Data from Global Burden of Disease 2009-2019. Pegah Golabi , James M Paik, Saleh AlQahtani et al. *J Hepatol* 2021 Oct;75(4):795-809.
4. The Growing Burden of Disability Related to Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Data From the Global Burden of Disease 2007-2017. James M Paik , Pegah Golabi , Youssef Younossi et al. *Hepato Commun*. 2020 Sep 14;4(12):1769-1780.
5. Nonalcoholic Steatohepatitis Is the Most Rapidly Increasing Indication for Liver Transplantation in the United States. Zobair M Younossi , Maria Stepanova, Janus Ong et al. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2021 Mar;19(3):580-589.e5.
6. The global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and nonalcoholic steatohepatitis (NASH): a systematic review. Zobair M Younossi , Pegah Golabi , James M Paik et al. *Hepatology*. 2023 Apr 1;77(4):1335-1347.
7. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, et al. *Hepatology* 2016; 64: 73-84.
8. MAFLD: a multisystem disease. Pipitone RM, Ciccioli C, Infantino G et al. *Ther Adv Endocrinol Metab* 2023, Vol. 14: 1-23.
9. Historical narrative from fatty liver in the nineteenth century to contemporary NAFLD - Reconciling the present with the past. Oyekoya T. Ayonrinde. *JHEP Reports* 2021 vol. 3 j 100261.
10. Nonalcoholic steatohepatitis: Mayo Clinic experiences with a hitherto unnamed disease. Ludwig J., T. R. Viggiano, D. B. Mc, and B. J. O. H. Gill. 1980. *Mayo Clin. Proc.* 55 434-438.
11. Lean Nonalcoholic Steatohepatitis and Nonalcoholic Fatty Liver Disease. Nadege T. Gunn, MD. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2021 Apr; 17(4): 184-186.
12. Stigmatization is common in patients with non-alcoholic fatty liver disease and correlates with quality of life. Carol M, Pérez-Guasch M, Solà E, Cervera M, Martinez S, Juanola A, et al. 2022. *PLoS ONE* 17(4): e0265153. [https:// doi.org/10.1371/journal.pone.0265153](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265153)
13. Eslam M, Newsome PN, Sarin SK et al. A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement. *J Hepatol*. 2020 Jul;73(1):202-209.
14. A multi-society Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature Mary E. Rinella, Jeffrey V. Lazarus, Vlad Ratziu et al. *Hepatology* (): June 24, 2023. | DOI: 10.1097/HEP.0000000000000520

Figuras e Quadros

Figura 1

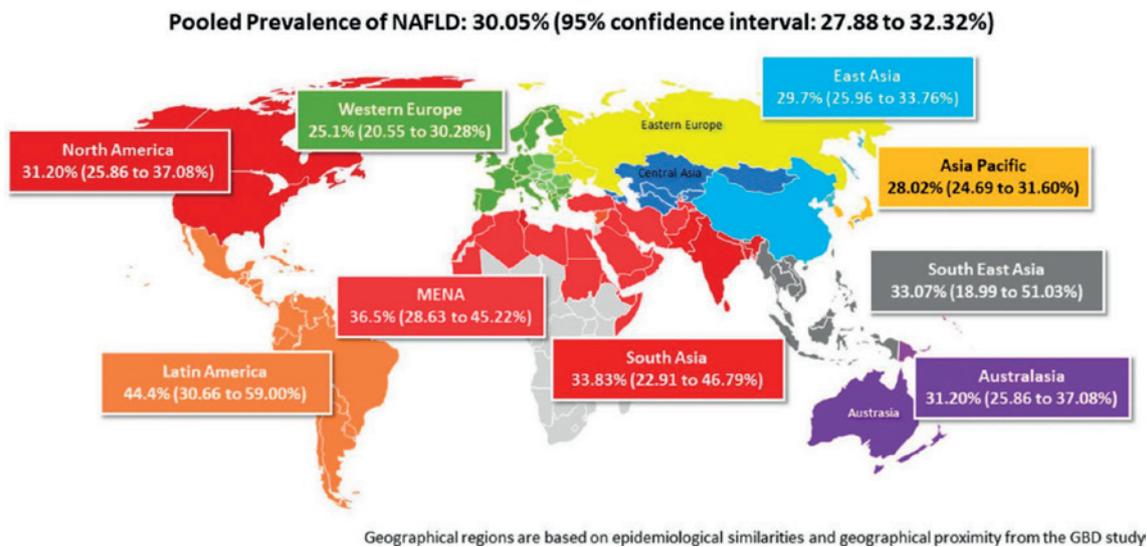


Figura 2: NAFLD/MAFLD e Risco Metabólico: uma relação bidirecional⁸

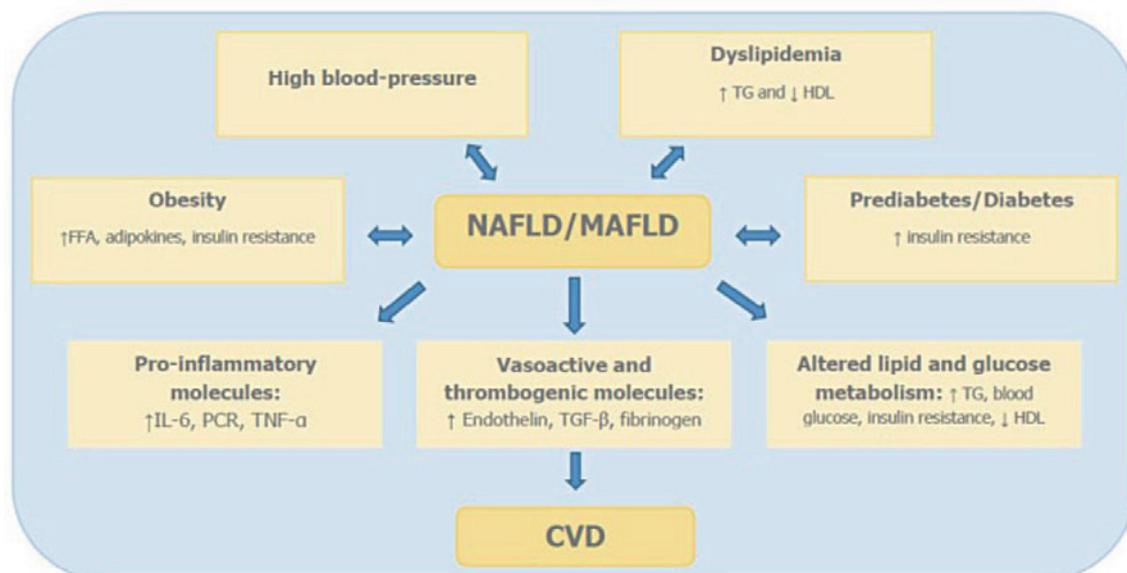
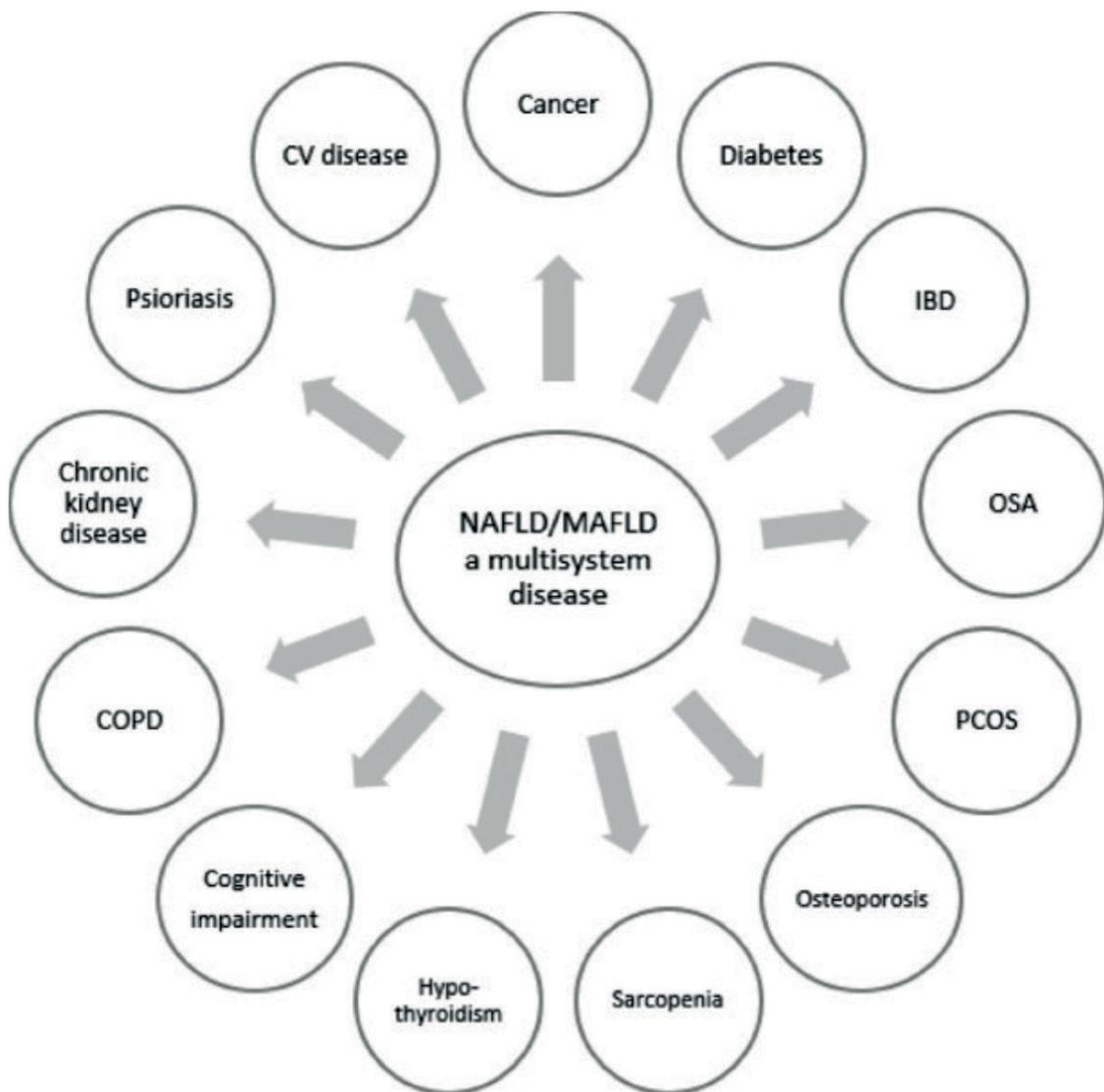


Figura 3: NAFLD/MAFLD: As principais complicações extrahepáticas⁸

IBD: Doença Inflamatória Intestinal; OSA: Apneia obstrutiva do sono; PCOS: síndrome do ovário poliquístico; COPD: doença pulmonar obstrutiva crônica; CV: cardiovascular

Figura 3: NAFLD/MAFLD: As principais complicações extrahepáticas⁸

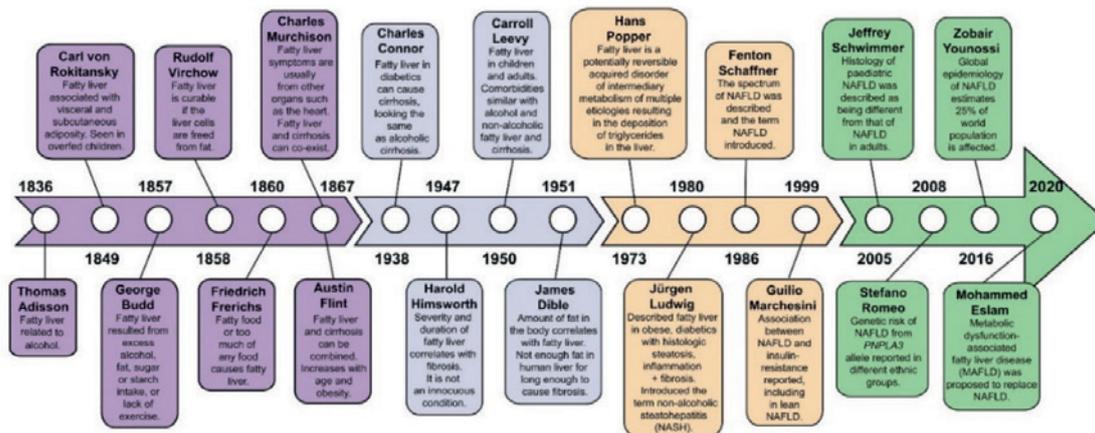
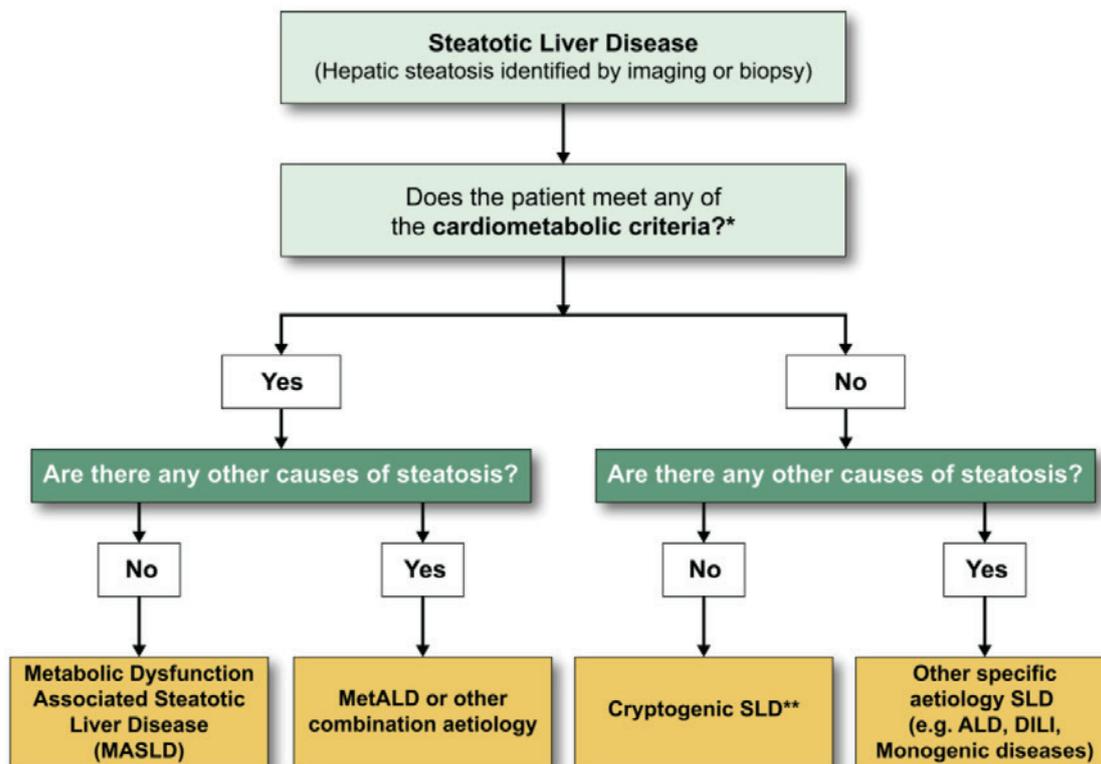


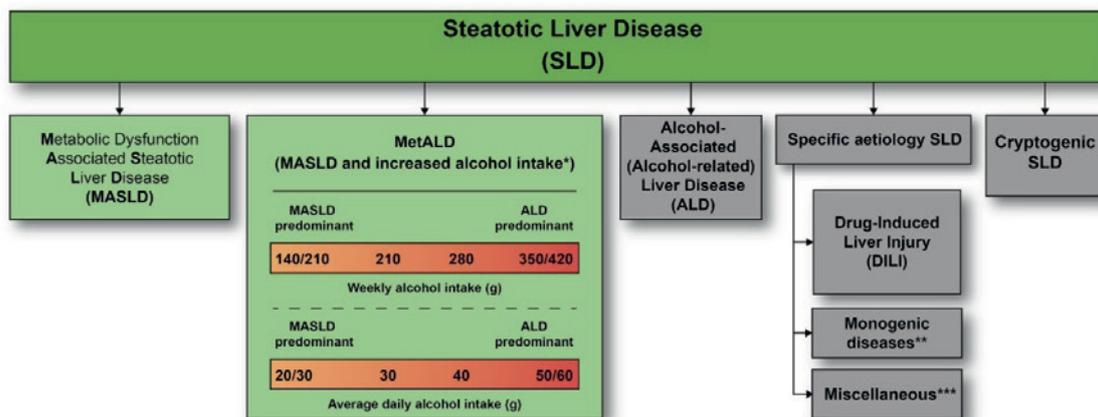
Figura 5: Critérios diagnósticos da MASLD



Quadro 1: Critérios cardiometabólicos para adultos e crianças: obesidade (por índice de massa corporal ou circunferência abdominal), resistência à insulina (pré diabetes e diabetes), hipertensão arterial e dislipidemia (aumento dos triglicérides e baixo colesterol HDL)

<u>Adult Criteria</u>	<u>Pediatric Criteria</u>
<p>At least 1 out of 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BMI ≥ 25 kg/m² [23 Asia] OR WC > 94 cm (M) 80 cm (F) OR ethnicity adjusted <input type="checkbox"/> Fasting serum glucose ≥ 5.6 mmol/L [100 mg/dL] OR 2-hour post-load glucose levels ≥ 7.8 mmol/L [≥ 140 mg/dL] OR HbA1c $\geq 5.7\%$ [39 mmol/L] OR type 2 diabetes OR treatment for type 2 diabetes <input type="checkbox"/> Blood pressure $\geq 130/85$ mmHg OR specific antihypertensive drug treatment <input type="checkbox"/> Plasma triglycerides ≥ 1.70 mmol/L [150 mg/dL] OR lipid lowering treatment <input type="checkbox"/> Plasma HDL-cholesterol ≤ 1.0 mmol/L [40 mg/dL] (M) and ≤ 1.3 mmol/L [50 mg/dL] (F) OR lipid lowering treatment 	<p>At least 1 out of 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BMI $\geq 85^{\text{th}}$ percentile for age/sex [BMI z score $\geq +1$] OR WC > 95th percentile OR ethnicity adjusted <input type="checkbox"/> Fasting serum glucose ≥ 5.6 mmol/L [≥ 100 mg/dL] OR serum glucose ≥ 11.1 mmol/L [≥ 200 mg/dL] OR 2-hour post-load glucose levels ≥ 7.8 mmol [140 mg/dL] OR HbA1c $\geq 5.7\%$ [39 mmol/L] OR already diagnosed/treated type 2 diabetes OR treatment for type 2 diabetes <input type="checkbox"/> Blood pressure age < 13y, BP $\geq 95^{\text{th}}$ percentile OR $\geq 130/80$ mmHg (whichever is lower); age $\geq 13y$, 130/85 mmHg OR specific antihypertensive drug treatment <input type="checkbox"/> Plasma triglycerides < 10y, ≥ 1.15 mmol/L [≥ 100 mg/dL]; age $\geq 10y$, ≥ 1.70 mmol/L [≥ 150 mg/dL] OR lipid lowering treatment <input type="checkbox"/> Plasma HDL-cholesterol ≤ 1.0 mmol/L [≤ 40 mg/dL] OR lipid lowering treatment

Figura 6: Esquema da Doença Hepática Esteatósica-Subclassificação



*Weekly intake 140-350g female, 210-420g male (average daily 20-50g female, 30-60g male)

**e.g. Lysosomal Acid Lipase Deficiency (LALD), Wilson disease, hypobetalipoproteinemia, inborn errors of metabolism

***e.g. Hepatitis C virus (HCV), malnutrition, celiac disease

DESPORTO APÓS PRÓTESE TOTAL DA ANCA

SPORT AFTER TOTAL HIP REPLACEMENT

Tiago Pato¹

A prótese total da anca é uma cirurgia com excelentes resultados no controlo da dor, restauro da função e mobilidade em pacientes com osteoartrose avançada da anca.

Inicialmente projetada e realizada em pacientes com maior idade, é agora uma técnica usada em pacientes mais jovens, em parte devido ao aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, mas também devido ao desenvolvimento de materiais mais resistentes e duradouros.

Naturalmente, existe uma parte desta população mais jovem que possui expectativas de um estilo de vida e recuperação diferente, muitas vezes incluindo o retorno a atividades desportivas de maior impacto.

Mas não é preciso ser-se jovem para praticar desporto, mesmo a população mais velha tem perspectivas de se manter mais ativa e envelhecer com qualidade. Manter um estilo de vida saudável com exercício físico regular deve ser um objetivo geral da população, com benefícios provados na melhoria saúde mental, vida social, sistema cardiovascular, força e resistência, controlo da dor crónica, diminuição do stress, ansiedade e insónias, assim como melhor controlo metabólico (diabetes p.e.) e diminuição do risco de mortalidade.

Após uma prótese da anca, o envolvimento em atividades desportivas está associado a diversos riscos, tais como luxação da prótese, descolamento, fraturas e desgaste acelerado dos componentes. Considerando estes riscos existem algumas recomendações na comunidade ortopédica, em particular na evicção de desportos de maior impacto.

É importante frisar que é essencial manter expectativas realísticas após a prótese da anca: sim, é possível retomar as atividades que antes já realizava com menor dor e rigidez, mas poderá não conseguir retomar o nível que antes

tinha; e não é expectável participar em atividades mais intensas que já não realizavam previamente à cirurgia.

Existe alguma evidência científica associada ao maior desgaste dos componentes, com estudos a reportar menor sobrevida em pessoas muito ativas.

A restante literatura sobre este assunto é baseada em inquéritos feitos à comunidade ortopédica, pois a evidência científica é escassa. É preciso ter em conta que existem centenas de desportos, uma enorme diferença de habilidade entre as diferentes pessoas para cada desporto, e não menos importante, os fatores individuais (desde patologias associadas, qualidade óssea, massa muscular, idade...). É assim difícil realizar estudos e estabelecer recomendações científicas transversais que se adaptem a todos os pacientes.

A *European Hip Society* realizou um estudo com base no inquérito aos seus membros, onde diferencia os timings para recomeçar a atividade, com intervalos até às 6 semanas, das 6-12 semanas, das 12 semanas aos 6 meses, e depois dos 6 meses.

Até as 6 semanas:

Caminhar, escadas, bicicleta estática, natação, hidroginástica

Entre as 6-12 semanas:

Bicicleta em estrada regular, caminhada nórdica, golf, yoga, dança

Entre as 12 semanas e os 6 meses:

Jogging, corrida em passadeira, bicicleta de montanha, navegação à vela, canoagem, remo, caminhada em montanha, escalada, ténis duplos, ténis de mesa, tai chi, halterofilismo, aeróbicos, equitação, bowling

¹ Médico Ortopedista, Hospital da Prelada

Depois dos 6 meses:

Corrida, surf, windsurf, kayak, canyoning, ski, cross-country ski, patinagem no gelo, ténis, badminton, cross-training,

Não é recomendado: snowboard, toboggan, squash, andebol, voleibol, futebol, basquetebol, artes marciais e equivalentes (boxe p.e.), desportos radicais

É importante lembrar que a retoma às atividades desportivas deve ser progressiva e cuidadosa, respeitando as indicações do cirurgião e a capacidade física individual. O nível passível de se atingir em cada atividade é também muito variável, sendo expectável, verificar-se uma diminuição face ao pré-operatório.

Ter uma vida saudável e praticar desporto frequentemente deve ser um objetivo da população em geral - os benefícios na qualidade de vida estão bem estabelecidos e devem ser sempre promovidos. Assim, o retomar de uma atividade após uma prótese total da anca deve ser incentivado, com os devidos cuidados e respeitando os timings pós-cirurgia.

O maior risco de complicações, em particular o desgaste acelerado dos componentes deve ser tido em conta e discutido perante os interesses e objetivos pessoais de cada doente.

Bibliografia:

Krismer M. Sports activities after total hip arthroplasty. EFORT Open Rev. 2017 May;2(5):189-94.

Thaler M, Khosravi I, Putzer D, Siebenrock KA, Zagra L. Return to Sports After Total Hip Arthroplasty: A Survey Among Members of the European Hip Society. J Arthroplasty. 2021 May;36(5):1645-54.

Meira EP, Zeni J, Jr. Sports participation following total hip arthroplasty. Int J Sports Phys Ther. 2014 Nov;9(6):839-50.

HERNIOPLASTA LAPAROSCÓPICA

LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY

Marco Santos¹, Paulo Baldaque², Luciana Cidade Costa³

A cirurgia é uma *arte* em constante mutação e evolução. Os desenvolvimentos técnico e tecnológico desafiam-se numa espiral infinita que visa sempre a melhoria de resultados, diminuição de complicações e elevada satisfação das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos.

Na segunda metade do século XX, ser operado a uma hérnia da parede abdominal, significava alguns dias na cama, internamentos prolongados e um regresso à vida ativa muito lento. A taxa de recidivas (reaparecimento da hérnia) era elevada e as complicações não eram desprezíveis.

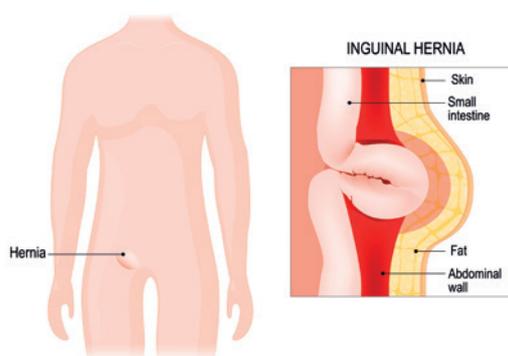
A dada altura aparecem as técnicas com recurso a próteses (“redes”) que diminuíram muito a taxa de recidivas. Os cirurgiões começaram também a simplificar o pós-operatório, permitindo aos doentes deambular mais precocemente, diminuindo os tempos de internamento, até ao paradigma atual de ambulatorizar tudo o que é possível, em prol do conforto do doente mas sem prejuízo da qualidade da sua recuperação.

O advento da laparoscopia no final do século XX, foi o grande momento de viragem que se revelou crucial na evolução das técnicas cirúrgicas e dos seus resultados.

A laparoscopia diferencia-se da cirurgia convencional na via de abordagem. No que toca a cirurgias abdominais, implica fazer pequenas incisões que variam entre os 5 e os 10mm (portas). Habitualmente as cirurgias são realizadas com 3 a 5 portas distribuídas de acordo com a anatomia do doente e do procedimento em causa .

Uma vez criadas as portas de entrada, o cirurgião e ajudantes conseguem aceder à cavidade abdominal e realizar qualquer cirurgia. São introduzidas uma câmara e pinças de trabalho, e desta forma, com acesso “remoto”, os procedimentos são realizados com menor impacto no doente.

Hernia



As hérnias da parede abdominal são defeitos ao nível muscular, permitindo passagem de conteúdo abdominal - intestino ou gordura habitualmente - para fora da cavidade abdominal. Os fatores de risco mais comuns são obesidade, má robustez muscular, esforços pesados, obstipação, sexo masculino, alterações de tecido conjuntivo, cirurgias abdominais prévias, gravidez. Em boa verdade, qualquer pessoa ao longo da vida pode desenvolver uma ou mais hérnias. Os locais mais comuns são a região inguinal (“virilha”) e umbilical mas qualquer localização é possível na parede abdominal.

Os sintomas costumam ser fáceis de identificar - dor e tumefação local (“papo”). Por vezes, podem manifestar-se de forma mais dramática como oclusão intestinal e nesses casos a cirurgia tem de ser realizada com caráter urgente, podendo ser necessário realizar resseção intestinal, com mais complicações associadas.

¹ Médico Cirurgião Geral, Hospital da Prelada. / ² Médico Cirurgião Geral, Diretor do Departamento Cirúrgico, Hospital da Prelada. / ³ Médica Cirurgiã Geral, Hospital da Prelada



Regra geral as hérnias da parede abdominal têm sempre indicação cirúrgica, seja por laparoscopia ou por via convencional, idealmente de forma eletiva.

No Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Prelada iniciámos as cirurgias por laparoscopia da parede abdominal em 2020, tendo sido realizadas desde então 37 cirurgias, sendo esta atualmente a nossa abordagem de eleição desde que existam condições apropriadas.

Os resultados são manifestamente positivos, com recuperações frequentemente sem dor, resultado estético favorável, regresso à vida ativa rápido e elevada satisfação. As taxas de recidiva são baixas.

É nosso objetivo prosseguir na senda da vanguarda técnica e tecnológica em prol dos nossos doentes.

Planeamos realizar mais procedimentos laparoscópicos, com carácter progressivamente mais complexo e de olhos no mais recente e muito promissor desenvolvimento tecnológico - cirurgia robótica.

MISSÃO E VISÃO DA REVISTA CIENTÍFICA DE SAÚDE DA MISERICÓRDIA DO PORTO

MISSION AND VISION OF THE HEALTH SCIENTIFIC JOURNAL OF MISERICÓRDIA DO PORTO

Renato Nunes¹

As revistas científicas são o melhor veículo de difusão dos resultados da investigação científica e, na área da saúde, de promoção da prática clínica baseada em evidência, contributo imprescindível para se alcançar o mais elevado nível de desenvolvimento da ciência e da técnica. A Revista Científica de Saúde da Misericórdia do Porto (RCSMP) teve a sua primeira edição em setembro de 2016 e assumiu-se como o órgão científico oficial da área da saúde da Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP).

Tem como principal objetivo divulgar os resultados da atividade científica para a área da saúde, segundo padrões éticos internacionais, e garantir uma publicação de elevada qualidade. A sua missão é constituir-se como um espaço de partilha do conhecimento científico relacionado com a saúde, contribuindo para o desenvolvimento e divulgação da investigação científica assistencial e académica.

A criação e desenvolvimento futuro da revista têm por base vários fatores. Um dos elementos mais relevantes é a equipa editorial, constituída por profissionais de diversas áreas da saúde, e que tem a responsabilidade de garantir a qualidade científica dos manuscritos submetidos, fornecendo os elementos para a decisão de editorial. Neste processo é fundamental o rigor da revisão por pares promovendo uma abordagem crítica e responsável. A uniformidade do processo de revisão passa por seguir sistematicamente as orientações publicadas, tendo sido adotado o modelo duplamente cego, garantindo a qualidade da revista e a sua confiança no seio da comunidade científica.

O conteúdo é outro parâmetro importante. Estando disponíveis diferentes tipologias de artigos para submissão, é de realçar a importância de publicar artigos originais, especialmente estudos clínicos de diferentes desenhos, não desvalorizando outro tipo de trabalhos, como artigos de revisão, casos clínicos e de opinião.

O acesso à revista é também importante no seu impacto, influência, prestígio e popularidade. A publicação iniciou impressa e a partir da quarta edição estará disponível online, acessível para qualquer utilizador ler, copiar, distribuir, imprimir e/ ou citar em outras publicações, uma vez que literatura científica é hoje uma vasta rede de artigos académicos ligados por citações que contribuem para o impacto científico das revistas em que são publicados. O conceito de impacto científico é multidimensional e nenhum indicador bibliométrico expressa claramente o estado de uma determinada revista.

No seu percurso de afirmação científica a revista terá ainda de dinamizar atividades que constituam um incentivo para a investigação, para a promoção da formação e para a colaboração com outras revistas científicas.

A experiência centenária da SCMP na área da saúde, a sua ligação ao meio académico e a tradição em publicação científica de qualidade, tornam o projeto que agora se inicia um enorme desafio, que a equipa editorial conduzirá com o maior sentido de responsabilidade.

¹ Médico Fisiatra, Diretor do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital da Prelada, Porto.

Referências bibliográficas

1. Manske PR. The impact of the impact factor. J Hand Surg [Am] 2004; 29(6):983-6.
2. Frontera WR, Grimby G, Basford J, Müller D, Ring H. Publishing in physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med 2008; 40:161-165.
3. Franchignoni F, Munoz Lasa S. Bibliometric indicators and core journals in physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med 2011; 43: 471-476.
4. Grimby G. Bibliometric indicators and international publishing in physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med 2011 May; 43(6):469-70. Renato Nunes 11 Médico Fisiatra, Centro de Reabilitação do Norte; Diretor da Esculápio - Revista Científica de Saúde da Misericórdia do Porto ESCULÁPIO - REVISTA CIENTÍFICA DE SAÚDE DA MISERICÓRDIA DO PORTO | N.º 0 | ANO 1 (2016) 10
5. Grimby G. Mission, vision and current development of Journal of Rehabilitation Medicine. J Rehabil Med 2009; 41: 853-855. 6. Nunes R. A Revista da SPMFR: Missão, Visão e Futuro. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação 2013; 24 (2): 7-8.

Smith+Nephew

+ Life Unlimited

We restore more than bodies
we restore self-belief





MISERICÓRDIA
DO PORTO

www.scmp.pt