



1º Congresso WINFOCUS-Ibéria

1º Congreso WINFOCUS-Iberia

Novotel Porto Gaia - Portugal

08-10 Abril 2022



www.winfocusiberia.com

Programa



PROGRAMA

CURSO | *CURSO*

08 de Abril

08:30-18:00h

Curso Básico de Ecografia no Doente Crítico (USLS BL1 PRO)

Curso Básico de Ecografía em el Enfermo Crítico (USLS BL1 PRO)

CONGRESSO | *CONGRESO*

09 de Abril

Evidência na Ecografia Clínica

Evidencia en Ecografía Clínica

08:00h

Abertura do Secretariado

08:30-09:00h

Sessão de Abertura do Congresso

Sesión de Apertura del Congreso

Ramón Nogué & Gabriele Via

09:00-10:30h

Ensino de Ecografia

Ensino de Ecografía

António Carneiro & José Mariz

09:00-09:20h

Evidência no ensino pré-graduado

Evidencia en la educación de pregrado

Tomás Villén

09:20-10:00h

Evidência no ensino pós-graduado

Evidencia en la educación de posgrado

Experiência Espanhola

Experiencia Española

Ramón Nogué

Experiência Portuguesa

Experiencia Portuguesa

Nuno Cortesão

10:00-10:20h **Desafios futuros no ensino da ecografia clínica**
Retos de futuro en la enseñanza de la ecografía clínica
Gabriele Via

10:20-10:30h **Discussão**
Discusión

10:30-11:00h Coffee-break

11:00-12:30h **Aplicações da Ecografia Clínica**
Aplicaciones de Ecografía Clínica
Nuno Cortesão & Ricardo Campo

11:00-11:20h **Avaliação da disfunção respiratória (COVID)**
Evaluación de la disfunción respiratoria (COVID)
Giovanni Volpicelli

11:20-11:40h **Avaliação da disfunção cardiocirculatória (VEXUS)**
Evaluación de la disfunción cardiocirculatoria (VEXUS)
José-Ramón Alonso Viladot

11:40-12:00h **Reanimação (PCR)**
Reanimación (PCR)
Miguel Bento Ricardo

12:00-12:20h **Evidência na Pediatria**
Evidencia en Pediatría
José Luis Vazquez

12:20-12:30h **Discussão**
Discusión

12:30-14:00h Almoço | Comida

14:00-16:00h **A Ecografia Clínica em Diferentes Cenários**
Ecografía Clínica en Distintos Escenarios

Rui Barros & José Pazeli

14:00-14:20h **Evidência no pré-hospitalar**
Evidencia en el prehospitalario

Luís Campos

14:20-14:40h **Evidência na emergência e trauma**
Evidencia en emergencia y trauma

Miguel Montorfano

14:40-15:00h **Evidência em locais remotos**
Evidencia en ubicaciones remotas
Julia Sander (Médecins Sans Frontières)

15:00-15:20h **Evidência na enfermagem**
Evidencia en enfermería

Miriam Ruiz

15:20-15:40h **Ecocardiografia pediátrica:**
Testemunho de um projecto na Paraíba, Brasil
Ecocardiografia pediátrica:
Testimonio de un proyecto en Paraíba, Brasil
Sandra Mattos

15:40-16:00h **Discussão**
Discusión

16:00-16:30h **Coffee-break**

16:30-18:00h **Comunicações Orais**
Comunicaciones Orales
Luis Magalhães & Tomás Villén

18:00-18:30h **Encerramento e Entrega de Prémio**
Clausura y Entrega de Premio
Ramón Nogué & Nuno Cortesão



CURSOS | *CURSOS*

10 de Abril

08:30-13:30h

Curso Básico de Ecografia Pulmonar (LUS BL1 PRO)

Curso Básico de Ultrasonido Pulmonar (LUS BL1 PRO)

08:30-18:00h

Curso Básico de Ecocardiografia (FoCUS)

Curso Básico de Ecocardiografía (FoCUS)



16:30-18:00h

Comunicações Orais
Comunicaciones Orales

09 de Abril

Luis Magalhães & Tomás Villén

CO 1

FORMACIÓN PRÁCTICA CON TUTORÍA: EL GRAN OBSTÁCULO A LA DIFUSIÓN DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA

Roberto Lazzari¹; Sergio Pérez Baena¹;
Sergio Herrera Mateo¹; María Teresa Álvarez Albarrán¹;
Mireia Puig Campmany¹

*¹Hospital de la Santa Creu I Sant Pau de Barcelona;
servicio de Urgencias*

Objetivos: valorar la efectividad de un método de formación práctica en ecografía clínica básica en Urgencias, en cuanto a confianza y utilización de la técnica.

Método: se han escogido tres médicos senior de nuestro servicio, formados en ecografía clínica por cursos teórico-prácticos pero sin ser utilizadores habituales de la técnica, por falta de experiencia y desconfianza. Durante el 2021 se ha llevado a cabo un taller presencial de 50 horas con un ecografista clínico experto, con el objetivo de supervisar presencialmente 60 estudios por cada alumno, fuera del horario asistencial. De manera paralela, durante la normal práctica asistencial, los alumnos tenían que llevar a cabo 60 estudios más, retro-controlados en diferido por un médico especialista. Se ha averiguado mediante cuestionario, antes y después del taller, la confianza que cada alumno tenía con respecto a las varias aplicaciones de la ecografía clínica, así como la frecuencia de utilización del ecógrafo para responder a preguntas clínicas dicotómicas básicas durante la actividad clínica diaria.

Resultados: ninguno de los tres alumnos ha

alcanzado todos los objetivos del taller. Por ser la que tiene una curva de aprendizaje más lenta, se ha priorizado la ecografía cardiaca, en la cual todos los alumnos han superado el número mínimo de exploraciones supervisadas presencialmente previstas. Al contrario, por las características del servicio y de los pacientes, la ecografía pulmonar y la vascular son las que quedaron más atrasadas. A pesar de eso, todos los alumnos han experimentado un cambio relevante en su práctica clínica, cambios que no siempre se relacionaban con el número de exploraciones tutorizadas por aparato. En particular, algunos elementos de la ecografía cardiaca, la que más se ha entrenado, seguían generando dudas, mientras que las aplicaciones básicas de ecografía abdominal generaban más confianza a pesar de no haber alcanzado los números previstos. La ecografía pulmonar probablemente esté infraentrenada. En ningún caso el Taller ha empeorado la relación con los especialistas de referencia.

Conclusión: la ecografía clínica precisa una formación práctica extensa, que carece en cualquier curso teórico-práctico. Hemos desarrollado un taller práctico de larga duración, que, a pesar de no haber sido completo, ha impactado de manera radical en la manera de trabajar de los participantes.

CO 2

SENSACIÓN DISNEICA: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA

Roberto Lazzari¹; Aina Delgado Morell²;
Mariona Condom Siñol¹; Verónica Díez Díez¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona;
servicio de Urgencias; ²Hospital de la Santa Creu i
Sant Pau de Barcelona; Servicio de Ginecología

Objetivos: Describir una presentación clínica inusual de una complicación bien conocida de las técnicas de reproducción asistida (TRA), donde la ecografía clínica ha jugado un papel determinante.

Método: utilización de ecografía clínica para estudio de sensación disneica en paciente embarazada.

Resultados: Mujer de 36 años acude a Urgencias por sensación disneica de 6 días de evolución, asociando progresivamente taquicardia y molestias epigástricas.

Único antecedente: fecundación in vitro con transferencia embrionaria en fresco 9 días antes y test de embarazo positivo.

A su llegada, normotensa, normosaturada y afebril, FC 115R, FR 22/min. Exploración con hipoforesis en campo pulmonar derecho; abdomen levemente distendido sin signos de ascitis.

La ecografía clínica mostró un derrame pleural unilateral derecho masivo, con abundante cantidad de líquido libre abdominal y una masa dishomogénea hipogástrica extrauterina.

En la ecografía ginecológica se objetivó un saco gestacional intrauterino y ambos ovarios aumentados de tamaño (de 8 y 7cm) con múltiples imágenes foliculares hemorrágicas.

Se orientó como síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) severo. Se posicionó un drenaje torácico evacuando 3 litros de líquido seroso

con mejoría del cuadro respiratorio. Se monitorizó el derrame pleural así como la ascitis por ecografía clínica. Se mantuvo el drenaje 16 días. La paciente se fue de alta sin complicaciones.

Conclusión: El SHO es una complicación asociada a TRA. Cursa con un aumento de la permeabilidad capilar que resulta en el paso de volumen al espacio extravascular, normalmente en forma de ascitis pero ocasionalmente de derrame pleural. Las formas graves se pueden complicar con eventos trombóticos, SDRA, insuficiencia renal, síndrome compartimental abdominal y shock. El diagnóstico precoz es clave para evitar estas complicaciones.

En este caso con presentación atípica (clínica respiratoria como síntoma principal) en una paciente que presentaba pocos factores de riesgo para ser hiperrespondedora (trigger con HCG; transferencia en fresco y consecución de gestación; recuento de folículos antrales normal, AMH <3.36ng/mL, obtención de <20 ovocitos), la ecografía clínica ha jugado un papel fundamental, garantizando un diagnóstico precoz y un seguimiento seguro, sin el riesgo relacionado con la exposición a radiaciones ionizantes.

CO 3

PATRÓN ECOGRÁFICO PULMONAR DE LAS BRONQUIOLITIS AGUDAS MODERADAS-GRAVES INGRESADASE

Ana Coca Perez¹; Jose Luis Vazquez Martinez¹;
Maria Sanchez Porras¹; Rocio Tapia Moreno¹;
Cesar Pérez-Caballero Macarrón¹;
Diana Folgado Toledo¹

¹PICU Hospital Universitario Ramón y Cajal

Introducción y objetivos: La ecografía clínica pulmonar es una técnica de gran utilidad para los intensivistas pediátricos, permitiendo

evaluar de manera sencilla la cambiante situación respiratoria de nuestros pacientes. En el ámbito de las bronquiolitis agudas está poco extendido su uso. El objetivo de nuestro estudio fue definir el patrón ecográfico de las bronquiolitis moderadas-graves y su correlación con la gravedad clínica.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo (noviembre de 2017-enero de 2020) de pacientes <2 años ingresados en UCIP por bronquiolitis aguda moderadas o graves que precisaron soporte respiratorio (OAF o VNI). Examen ecográfico de 10 cuadrantes por hemitórax. Usamos la escala de gravedad HSJDD.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes (53% varones), de 23 días-15 meses edad (mediana 2,5-RIQ 2-7,50), peso 2,6-11 kg (mediana 6, RIQ 5-8). Score gravedad: 25 tuvieron moderada (6-10 puntos), 11 grave (11-12 puntos). Según patrón ecográfico, 3 tuvieron un patrón normal, 12 leve, 11 moderado y 10 grave. 10 niños tenían factores de riesgo para bronquiolitis complicada (prematuridad y/o < 6 semanas). Al ingreso 4 recibieron OAF (2 lpm/kg) y 32 VNI (BiPAP para VT 7-10 ml/kg. Cuatro en VMNI necesitaron ventilación mecánica (69% de éxito de la VNI). No encontramos correlación entre la gravedad del patrón ecográfico con la gravedad clínica. Los hallazgos ecográficos se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1. Número de pacientes con afectación en la ecografía pulmonar según regiones pulmonares y patrón ecográfico.		
Patrón ecográfico	Regiones antero-laterales	Regiones posteriores
Patrón normal y/o < 3 líneas B bien definidas	36/36	36/36
3-3 líneas B bien definidas (patrón intersticial leve)	28/36	16/36
Líneas B compactas (patrón intersticial moderado-severo)	23/36	29/36

Consolidación (patrón alveolar)	4/36	13/36
---------------------------------	------	-------

Conclusiones: 1.- Los hallazgos ecográficos predominantes en las bronquiolitis agudas moderadas y graves son el patrón intersticial moderado-severo (regiones posteriores) y patrón intersticial leve (antero-laterales). El patrón alveolar se encontró también con más frecuencia en la parte posterior. 2.- La mayor afectación de las partes posteriores se explica por posición en supino obligada de lactantes y el encamamiento (no encontramos correlación entre pérdida de aireación pulmonar y gravedad clínica)

CO 4

LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN NIÑOS CON BRONQUIOLITIS AGUDA NO MEJORA EL PATRÓN ECOGRÁFICO DE AI

Ana Coca Pérez¹; Jose Luis Vazquez Martinez¹; Maria Sanchez Porras¹; Rocío Tapia Moreno¹; Cesar Pérez-Caballero Macarrón¹; Diana Folgado toledo¹

¹PICU Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos: La ecografía clínica (EC) facilita manejar problemas respiratorios del enfermo crítico y monitoriza la aireación pulmonar durante maniobras de reclutamiento en pacientes ventilados. La VMNI en bronquiolitis evita con frecuencia la intubación. Presentamos los resultados de un estudio cuyo objetivo fue evaluar la aireación pulmonar en niños con bronquiolitis agudas moderadas y graves que precisaron VNI, y compararla con la evolución clínica.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes <2 años ingresados en UCIP por bronquiolitis agudas que precisaron VNI y a los que fue posible realizar al ingreso y a las 2-3 horas de iniciado el soporte respiratorio, un examen ecográfico de 10 cuadrantes por hemitórax, asignando una puntuación de 0-5 a cada patrón ecográfico en cada cuadrante, obteniéndose un score ecográfico de aireación

pulmonar que comparar. El respirador se programó en modalidad PS/PC: PEEP 5-7 cmH2O y PC/PS 4-8 cm H2O para conseguir una VT 7-10 ml/kg. Usamos la escala de gravedad del Hospital San Juan de Dios para bronquiolitis aguda.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes, entre 23 días y 15 meses de edad (mediana 2,5-RIQ 2-7,50) y peso entre 2,6 y 11 kg (mediana 6, RIQ 5-8). Un 53% fueron varones. Según escala clínica de gravedad, 25 tuvieron puntuación moderada (6-10 puntos) y 11 grave (11-12 puntos). 10 tenían factores de riesgo para bronquiolitis aguda complicada. El motivo de ingreso en UCIP fue empeoramiento clínico (n=22), hipercapnia (n=8), pausas de apnea (n=4) e hipoxemia (n=2). Los scores pulmonares oscilaron entre 2-51 en primera exploración y 6-53 en segunda exploración, sin existir correlación con la gravedad clínica. Hubo una disminución significativa de la escala gravedad clínica-respiratorio (mediana de 10 RIQ 6-12 vs 7 RIQ 4-9, p=0,000), con aumento significativo score ecográfico (23,50 RIQ 14,25-32 vs 28 RIQ 20-37,5, p=0,019).

Conclusiones: - La VNI es un método efectivo de soporte respiratorio en bronquiolitis moderadas-graves, sin poder ser atribuida esta mejoría a mejorar la aireación pulmonar.- No hemos encontrado relación entre la gravedad clínica y el patrón de aireación pulmonar en niños con bronquiolitis agudas moderadas-graves, que podría justificarse por el patrón respiratorio mixto obstructivo-restrictivo que suele observarse en esta entidad clínica.

CO 5

INFECCION COVID-19 EN NIÑOS: HALLAZGOS EN ECOGRAFIA CLINICA

Jose Luis Vazquez Martinez¹; Ana Coca Pérez¹

¹PICU Hospital Universitario Ramón y Cajal

La ecografía clínica a pie de cama (POCUS) se propone como una herramienta eficaz también en niños con infección SARS-Cov-2

Objetivo: Presentar nuestra experiencia con POCUS en enfermos pediátricos SARS-CoV-2. Incluimos también los casos MIS-C

Pacientes y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de niños ingresados en UCIP con infección COVID-19 de Marzo 2020 a marzo 2022. Las indicaciones POCUS fueron: 1) triaje-diagnóstico 2) dx neumonía COVID-19 3) derrame pleural 4) manejo ventilación mecánica y sus complicaciones 5) intubación endotraqueal 6) evaluación cardio-hemodinámica 7) neuro-monitorización. POCUS se realizó con Edge IIØ, Fujifilm, y/o ViVID T8Ø, GE. Utilizamos en cada exploración funda estéril y jeringas desechables de gel ultrasónico además de EPI

Resultados: Incluimos un total de 1900 estudios ecográficos en 21 infecciones COVID-19 en 20 pacientes (1 re-infección) con rango edad 18 días-16 años. No hubo infección cruzada entre pacientes ni al personal. La Tabla 1 recoge los principales indicaciones y hallazgos de nuestra serie.

INDICACIONES POCUS-COVID	POCUS (+) / POCUS realizado
Triaje COVID-19 (alta sospecha vs. baja sospecha)	9/12
Neumonía COVID-19	11/20
Derrame pleural al diagnóstico	7/17
Categorización compliance (Fenotipo H/L)	2/2
Monitorización Reclutamiento	2/2
Evaluación neumotórax	0/2
Evaluación neumonía asociada a ventilación	1/2
Destete respiratorio	2/2
Intubación endotraqueal	2/2
Disfunción cardiaca sistólica	0/19

Disfunción cardíaca diastólica	1/17
Derrame pericárdico al diagnóstico	4/17
HT pulmonar	1/17
Despistaje Tromboembolismo pulmonar	1/15
Evaluación precarga dependencia	9/20
Evaluación hipervolemia (VExUS)	1/2
Hipoperfusión renal	6/8
Alteración DTC	2/8
Alteración VNO	2/6
Tercer espacio abdominal (FAST)	3/20
Celulitis	2/2
Eco-guía procedimientos	8/17

Conclusiones: 1) POCUS en COVID-19 pediátrico resultó seguro 2) Las utilidades descritas en adultos sirven también en COVID-19 en Pediatría, siendo la evaluación pulmonar y hemodinámica las más utilizadas 3) Entre estas utilidades debe contemplarse la intubación endotraqueal así como la guía de procedimientos invasivos como una estrategia más de seguridad para personal y paciente COVID pediátrico.

CO 6

ERRORES COMUNES EN ECOGRAFÍA CLÍNICA TORÁCICA: EXPERIENCIA ACUMULADA

Jose Luis Vazquez Martínez¹; Ana Coca Pérez²; Cesar Pérez-Caballero Macarrón¹; María Sánchez Porras¹; Lidia Lozano Rincón¹; Rocío Tapia Moreno¹

¹PICU Hospital Universitario Ramón y Cajal; ²Errores comunes en ecografía clínica torácica: experiencia acumulada

Introducción y objetivos: La ecografía clínica se ha mostrado como una herramienta fiable para el manejo del niño grave, con un aparente aprendizaje sencillo.

El objetivo es presentar los principales errores diagnósticos y/o limitaciones técnicas acumulados en nuestra experiencia de más de 15 años.

Metodos: revisión de base de datos de ecografía clínica en una UCI Pediátrica, diseñada para registrar semiología con carácter docente e investigador. Utilizamos sonda lineal pediátrica y/o convex, según la edad y patología, con software específico pulmonar en últimos 5 años. En caso de discordancia clínico-ecográfica se realizó radiología convencional, TAC torácico y/o re-evaluación ecográfica.

Resultados: En total se han realizado mas de 20.000 estudios ecográficos en más de 15 años. La Tabla 1 muestra los principales errores (adjunto como archivo pdf)

Conclusiones: 1) La mayoría de errores diagnósticos se relacionaron con patología pleural, especialmente en áreas próximas a mediastino, diafragma y canal vertebral 2) La ausencia de software específico pulmonar sobrestimó los patrones intersticiales 3) La detección ecográfica de excursión diafragmática no descarta parálisis frénica 4) La visión de timo y/o cámara gástrica desde campos postero-laterales son un factor de confusión importante 5) En caso de discordancia clínica, siempre debe prevalecer este ultimo criterio.

CO 7

ARRITMIAS COMPLEJAS EN UCIP: POCUS PEDIÁTRICO COMO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

Jose Luis Vazquez Martinez¹;

Elvira Garrido-Lestache Rodríguez-Monte¹;

Rocío Tapia Moreno¹; Ana Coca Pérez¹;

Cesar Pérez-Caballero Macarrón¹; Lidia Lozano Rincón¹

¹PICU Hospital Universitario Ramón y Cajal

La ecografía clínica a pie de cama (POCUS) en UCIP puede resultar de gran utilidad en el diagnóstico de arritmias complejas de difícil interpretación mediante electrocardiograma de superficie (ECG) debido a cirugías previas (cicatrices ventriculares), vendajes, drenajes torácicos y/o ausencia de cables epicárdicos temporales.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en el diagnóstico de arritmias complejas (definidas como aquellas donde el ECG no era concluyente para el Cardiólogo Infantil y/o Intensivista Pediátrico) mediante el análisis ecográfico de la asincronía atrio-ventricular, intra-, e interventricular a través de POCUS.

Pacientes y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de niños ingresados en UCIP con programa atención a cardiopatías congénitas con arritmia compleja, fuera del escenario de la parada cardio-respiratoria, con incapacidad para realizar estudio electrofisiológico urgente o registro epicárdico. Se realizó ecografía mediante ViVID T8, GE0 y/o Edgell, Sonosite0, utilizando 2D, modo-M y Doppler.

Resultados: Incluimos 22 tipos diferentes de arritmias complejas en 15 pacientes menores de 18 años ingresados en nuestra UCIP desde enero 2018 hasta febrero 2022. En todos ellos el ECG de superficie resultó de difícil interpretación y no se pudo realizar estudio electrofisiológico urgente ni registro epicárdico. La presencia de asincronía atrio-ventricular, intra-, e interventricular se estableció mediante análisis

sis Doppler transmitral y/o análisis modo-M del movimiento cardiaco.

Los diagnósticos ecográficos fueron: flutter atrial (n=7), bloqueo auriculo-ventricular (n=6), asincronía interventricular por marcapasos (n=4), taquicardia ectópica de la unión (n=1), ritmo nodal (n=1), taquicardia supraventricular (n=2), taquicardia ventricular no sostenida (n=1)

Conclusiones: 1) La detección ecográfica de asincronía ayuda a diferenciar el origen supra- o ventricular de las arritmias pediátricas complejas 2) POCUS no sustituye a otras herramientas, pero resultó eficaz para manejo arritmias pediátricas complejas, fuera del escenario de la parada cardio-respiratoria

CO 8

ECOGRAFIA POINT-OF-CARE NAS COMPLICAÇÕES RENAI DA DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA AUTOSSÓMICA DOMINA

Ana Rubim Correia¹; Laura Guerra¹;

Sara Raquel Martins¹

¹CHUP

Objetivos: Ecografia *point-of-care* (POC) no diagnóstico e monitorização de complicações de quistos renais na doença renal poliquística autossómica dominante (DRPAD).

Método: Revisão de caso clínico.

Resultados: A infeção de quisto renal é frequente na DRPAD. O diagnóstico atempado é fundamental para correta abordagem e evicção de desfechos graves, mas pode ser desafiante pela presença de quistos em número elevado e de grandes dimensões, dificultando a identificação de complicações. A tomografia computadorizada (TC) é o método mais utilizado apesar da baixa sensibilidade. Um achado comum é o espessamento da parede quística, subjetivo e inespecífico. A ecografia é mais sensível a avaliar conteúdo intraquístico, e, frequentemente, quistos homogêneos na TC relevam

heterogeneidade na ecografia. Além disso, esta não utiliza radiação e avalia vascularização sem necessidade de contraste. Outros exames imagiológicos como a tomografia de emissão de positrões (PET) ou a ressonância magnética (RM) implicam elevados custos e atraso no diagnóstico.^{1,2}

Apresentamos uma mulher de 52 anos, com DRPAD, admitida por disúria e febre, com elevação de parâmetros inflamatórios (Pls) e lesão renal aguda. Ecografia POC a salientar quisto renal no polo superior de rim esquerdo com conteúdo interno e irregularidade das paredes, 72mm, sugestivo de complicação intraquística (imagem 1a). UroTC com formação quística de maiores dimensões no terço superior do rim esquerdo, 67mm, conteúdo simples (imagem 1b). Urocultura com *klebsiella pneumoniae* multissensível. Assumida infecção de quisto renal e iniciada antibioterapia. Por manutenção de febre, realizada reavaliação imagiológica. Uro-TC sobreponível; ecografia POC com aumento dimensional e irregularidade das paredes, 87 mm. Colocado dreno ecoguiado, com saída de conteúdo purulento, com isolamento do mesmo microorganismo. Após controlo de foco, com apirexia, diminuição de Pls, normalização de função renal e colapso de quisto em ecografia POC e TC (imagem 2).

Conclusão: A ecografia, apesar de interpretação nem sempre fácil pela presença de múltiplos quistos, demarca-se como método de extrema importância, tendo em conta a sensibilidade, rapidez, facilidade da sua aquisição, inocuidade e baixo custo.

CO 9

O PAPEL FUNDAMENTAL DA ECOGRAFIA PULMONAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UM CASO CLÍNICO

Diana Moreira de Sousa¹; Renato Gonçalves¹; Juliana Carneiro¹; Joana Isabel de Matos Coelho¹; Ana Patrícia Silva¹; Margarida Afonso¹; Maria Salette Valente¹

¹Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira

Objetivos: A ecografia pulmonar tem vindo a ganhar cada vez mais importância na prática clínica, permitindo uma abordagem diagnóstica atempada. O objetivo deste trabalho é relatar um caso observado em contexto de serviço de urgência (SU), em que o diagnóstico foi realizado após estudo ecográfico.

Método: Revisão do processo clínico e ecografia pulmonar à cabeceira da doente.

Resultados: Mulher de 87 anos, com antecedentes de diabetes mellitus, recorre ao SU por febre e vômitos com 2 dias de evolução. Apresentava-se desorientada, com tensão arterial 144/69mmHg, taquicárdica (101bpm), febril (38.1°C), taquipneica, com 90% de saturação periférica e glicemia de 566mg/dL. À auscultação pulmonar, apresentava diminuição do murmúrio vesicular bilateral, sem ruídos adventícios. Restante exame objetivo sem alterações. O estudo analítico revelou leucocitose 30 G/L, com 87% de neutrofilia, PCR 27.59 mg/dL, creatinina 1.86 mg/dL, sem outras alterações relevantes. Urina II normal. O teste PCR SARS-COV2 foi negativo. Colheu culturas e antigenúrias. A radiografia torácica anteroposterior, em decúbito dorsal, revelou discreta opacificação em toalha no hemitórax esquerdo, sem imagem inequívoca de consolidação. Neste ponto foi considerado que o foco de infecção não estaria esclarecido.

Realizou-se ecografia pulmonar com análise dos campos pulmonares anterior, lateral e posterior bilateralmente. A nível do hemitórax direi-

to não se registaram alterações de relevo. Na região posteroinferior do hemitórax esquerdo foi identificado um padrão B+C com broncograma dinâmico associado a derrame pleural de pequeno volume. Integrando a informação clínica, analítica e ecográfica assumiu-se o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e iniciou-se de antibioterapia empírica com ceftriaxone. Posteriormente, a antigenúria para *pneumococos* foi positiva.

Conclusão: A ecografia pulmonar, comparativamente com a radiografia torácica, tem uma sensibilidade superior para deteção de pneumonia, acabando por se tornar num instrumento fundamental como complemento ao exame objetivo do doente em contexto de SU e para sucesso diagnóstico rápido.

Organização
Organización



www.reanima.pt

Endorsed by
WINFOCUS International



WINFOCUS

World Interactive Network
Focused on Critical Ultrasound

Institucional Support



visit Portugal



ASSOCIAÇÃO
DE TURISMO DO
PORTO
E NORTE

CONVENTION VISITORS BUREAU

Sponsors



**Boehringer
Ingelheim**

Canon
CANON MEDICAL

FUJIFILM
Value from Innovation
SONOSITE

PHILIPS

SIEMENS
Healthineers

Secretariado
Secretaría

ad medic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

www.admedic.pt

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa, PT

T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19

E: sofia.gomes@admedic.pt